

# Panorama de la salud 2007

LOS INDICADORES DE LA OCDE





# **PANORAMA DE LA SALUD 2007**

**INDICADORES DE LA OCDE**



# ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO

La OCDE es un foro singular en el que los gobiernos de 30 democracias se reúnen para abordar los retos económicos, sociales y medioambientales de la globalización. La OCDE se sitúa a la vanguardia de las iniciativas emprendidas para comprender diversos acontecimientos y nuevos temas de interés, como la gobernanza corporativa, la economía de la información y los desafíos que plantea el envejecimiento de la población, así como para ayudar a los gobiernos a responder ante estas situaciones. La Organización brinda una plataforma en la que los gobiernos pueden comparar diversas experiencias en el terreno de la formulación de 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: Australia, Austria, Bélgica, Canadá, República Checa, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Italia, Japón, Corea, Luxemburgo, México, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Portugal, República Eslovaca, España, Suecia, Suiza, Turquía, Reino Unido y Estados Unidos. La Comisión de las Comunidades Europeas participa en los trabajos de la OCDE.

El departamento de publicaciones de la OCDE se ocupa de la divulgación general de los resultados de las tareas de la Organización en el ámbito de la recogida de estadísticas y la investigación de cuestiones económicas, sociales y medioambientales, así como de los convenios, las directrices y las normas convenidos por sus miembros.

*Esta obra se publica bajo la responsabilidad del Secretario General de la OCDE. Las opiniones expresadas y los argumentos empleados en ella no reflejan necesariamente las posturas oficiales de la Organización ni de los gobiernos de sus países miembros.*

Originalmente publicado por la OCDE en inglés y en francés con los títulos:

Health a a Glance - OCDE Indicators 2007

Panorama de la santé: les indicateurs de l'OCDE 2007

© 2007 de la OCDE

Todos los derechos reservados.

© 2009 Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Política Social, España, por la edición española.

Publicado por acuerdo con la OCDE, París.

La calidad de la traducción al español y su coherencia con el texto original es responsabilidad de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Política Social, España.

Fotografía: COMSTOCK Images/Jupiterimages, CREATAS/Jupiterimages, © Vincent Hazat/PhotoAlto e © Inmage Ltd.

Las correcciones de las publicaciones de la OCDE pueden consultarse en línea en: [www.oecd.org/publishing/corrigenda](http://www.oecd.org/publishing/corrigenda).

NIPO Papel: 840-09-086-3

NIPO CDROM: 840-09-087-9

Depósito legal: M. 51.870-2009

Impreso en España - Printed in Spain

Imprime y encuaderna: Closas-Orcoyen, S. L.

Polígono Igarsa. Paracuellos de Jarama (Madrid)

## Prólogo

**E**n esta última edición de *Panorama de la salud* se muestran los avances conseguidos en la medición del rendimiento de los sistemas sanitarios desde la primera reunión de Ministros de Sanidad de la OCDE, celebrada en mayo de 2004. En tal ocasión, los ministros asignaron a la OCDE el mandato inequívoco de colaborar con las administraciones nacionales para mejorar la base de información disponible con el fin de comparar el rendimiento de los sistemas sanitarios: 1) garantizando que los datos contenidos en *Eco-Salud OCDE* sean oportunos y precisos; 2) dando continuidad a la ejecución de las cuentas sanitarias, con el fin de mejorar la disponibilidad y la comparabilidad de los datos de financiación y gastos sanitarios; y 3) desarrollando indicadores de la calidad de la atención, en colaboración con los expertos nacionales. Se han obtenido avances significativos en todas estas materias desde 2004, como se refleja en la más amplia variedad de indicadores de los insumos, los productos y los resultados de los sistemas sanitarios consignada en la presente publicación.

La elaboración de *Panorama de la salud* no habría resultado posible sin la aportación de los correspondientes nacionales responsables de datos, así como de los expertos en cuentas sanitarias, y los que participan en el Proyecto sobre indicadores de la calidad de la atención sanitaria en los 30 países de la OCDE. La OCDE reconoce con agradecimiento su esfuerzo en la facilitación de la mayor parte de los datos y la información cualitativa que contiene la presente publicación, así como la contribución de otros organismos internacionales, y en especial de la Organización Mundial de la Salud y Eurostat, que proporcionaron algunos de los datos presentados en la obra.

La presente publicación fue preparada por un equipo de la División de Salud de la OCDE, bajo la coordinación de Gaetan Lafortune. La elaboración del capítulo 1 corrió a cargo de David Morgan; la del segundo, a cargo de Gaetan Lafortune y Michael de Looper (del Australian Institute of Health and Welfare); la del tercero, a cargo de Franco Sassi; la del cuarto, a cargo de Jeremy Hurst, Francesca Colombo, Rie Fujisawa, Maria Hofmarcher, Pierre Moïse, Valérie Paris y Gaëlle Balestat; la del quinto, a cargo de David Morgan y Sandra Hopkins; y la del sexto, a cargo de Sandra García-Armesto, Niek Klazinga y Soeren Mattke (de RAND). Gaëlle Balestat, Caroline Berchet y David Morgan elaboraron los cuadros y tablas de los cinco primeros capítulos, mientras que los correspondientes al capítulo 6 corrieron a cargo de María Luisa Gil Lapetra y Lihan Wei. Esta publicación se ha beneficiado de los numerosos comentarios y sugerencias de Elizabeth Docteur y Peter Scherer.



## Índice

<b>Introducción</b> .....	7
<b>Capítulo 1. Contexto demográfico y económico</b> .....	11
1.1. Población total y estructura de la población .....	12
1.2. Tasas de fertilidad .....	14
1.3. Producto interior bruto y desigualdad de la renta .....	16
<b>Capítulo 2. Estado de salud</b> .....	19
2.1. Esperanza de vida al nacer .....	20
2.2. Esperanza de vida a los 65 años de edad .....	22
2.3. Mortalidad prematura .....	24
2.4. Mortalidad por cardiopatías e ictus .....	26
2.5. Mortalidad por cáncer .....	28
2.6. Mortalidad por accidentes de tráfico .....	30
2.7. Suicidio .....	32
2.8. Mortalidad en niños menores de un año .....	34
2.9. Salud infantil: bajo peso al nacer .....	36
2.10. Salud dental infantil .....	38
2.11. Estado de salud percibido .....	40
2.12. Incidencia del SIDA .....	42
<b>Capítulo 3. Determinantes no médicos de la salud</b> .....	45
3.1. Consumo de tabaco .....	46
3.2. Consumo de alcohol .....	48
3.3. Sobrepeso y obesidad .....	50
<b>Capítulo 4. Recursos dedicados a la atención sanitaria y su utilización</b> .....	53
4.1. Médicos y personal de enfermería .....	54
4.2. Médicos en ejercicio .....	56
4.3. Personal de enfermería en ejercicio .....	58
4.4. Remuneración de los profesionales sanitarios (médicos y personal de enfermería) .....	60
4.5. Camas de hospital para cuidados agudos, disponibilidad e índices de ocupación .....	62
4.6. Camas para cuidados prolongados en hospitales y otros centros de asistencia .....	64
4.7. Tecnologías médicas .....	66
4.8. Consultas a médicos .....	68
4.9. Altas hospitalarias .....	70
4.10. Estancia media en hospitales .....	72
4.11. Procedimientos cardiovasculares .....	74
4.12. Tratamiento de la insuficiencia renal (diálisis y trasplantes de riñón) ..	76

4.13. Operaciones de cesárea .....	78
4.14. Operaciones de cataratas, ambulatorias y con hospitalización .....	80
4.15. Consumo de medicamentos .....	82
Capítulo 5. <b>Gasto y financiación sanitarios</b> .....	85
5.1. Gasto sanitario per cápita .....	86
5.2. Gasto sanitario en relación con el producto interior bruto (PIB) .....	88
5.3. Gasto sanitario por función .....	90
5.4. Gasto farmacéutico .....	92
5.5. Financiación de la atención sanitaria .....	94
5.6. Cobertura de los seguros de enfermedad (públicos y privados) .....	96
Capítulo 6. <b>Calidad de la asistencia</b> .....	99
<b>Introducción</b> .....	100
<b>Atención en caso de trastornos agudos</b>	
6.1. Tasa de letalidad hospitalaria tras un infarto agudo de miocardio .....	104
6.2. Tasa de letalidad hospitalaria tras un ictus .....	106
<b>Atención oncológica</b>	
6.3. Supervivencia en caso de cáncer colorrectal .....	108
6.4. Supervivencia y detección en el cáncer de mama .....	110
6.5. Supervivencia y detección en el cáncer de cuello uterino .....	112
<b>Atención en caso de trastornos crónicos</b>	
6.6. Tasa de ingresos hospitalarios evitables y de mortalidad en el asma ...	114
6.7. Exploraciones oculares anuales para diabéticos .....	116
<b>Atención en las enfermedades transmisibles</b>	
6.8. Vacunación contra la gripe de las personas de edad avanzada .....	118
6.9. Programas de vacunación infantil .....	120
<b>Bibliografía</b> .....	123
Anexo A. <b>Anexo estadístico</b> .....	133
Anexo B. <b>Definición de gasto sanitario y notas metodológicas sobre comparabilidad de los datos</b> .....	191
Anexo C. <b>Lista de variables utilizadas en Eco-Salud OCDE 2007</b> .....	193
Anexo D. <b>Categorías de enfermedades y lesiones y códigos CIE</b> .....	194

La presente obra tiene...



**StatLinks** 

**Un servicio que genera archivos Excel®  
a partir de la página impresa.**

Busque los StatLinks en la esquina inferior derecha de las tablas y gráficos de este libro. Para descargar la hoja de cálculo Excel® correspondiente, basta con anotar el vínculo en su navegador de Internet, comenzando por el prefijo <http://dx.doi.org>. En caso de que disponga de la edición de libro electrónico en PDF, y su ordenador esté conectado a Internet, basta con hacer clic en el enlace. StatLinks aparecerá en otras obras de la OCDE.

## Introducción

**P**anorama de la Salud 2007 permite a los lectores comparar los sistemas sanitarios y su rendimiento en lo que atañe a diversas dimensiones fundamentales, sirviéndose para ello de un grupo primordial de indicadores de salud, y de sistemas sanitarios, que se seleccionaron por su pertinencia en materia de formulación de políticas, así como por la disponibilidad y la comparabilidad de los datos.

La OCDE ha ejercido tradicionalmente como líder internacional en el desarrollo de instrumentos y la recogida de datos para la evaluación del rendimiento de los sistemas sanitarios. En los últimos 15 años, Eco-Salud OCDE ha constituido la fuente más acreditada de estadísticas comparables en materia de salud, y de sistemas sanitarios, en los países de la OCDE. Todos los datos y metadatos que se exponen en la presente publicación, con la excepción del nuevo capítulo sobre indicadores de la calidad de la atención sanitaria, se han extraído de *Eco-Salud OCDE 2007*.

### Contexto de la formulación de políticas

El gasto sanitario se situaba en torno al 4 % del PIB cuando se constituyó la OCDE en 1960; sin embargo, el promedio del conjunto de países de la Organización es ahora del 9 %, y se aproxima o supera el 11 % en varias economías nacionales de gran dimensión. El sector sanitario de las economías nacionales ha crecido enormemente en importancia a lo largo del tiempo. En cualquier caso, persiste una gran variación entre países, y no sólo en lo que se refiere al gasto.

Aunque los sistemas sanitarios difieren ampliamente en cuanto a su diseño, a los recursos que utilizan y los resultados que obtienen, los responsables de la formulación de políticas en todos los países de la OCDE comparten el fin común y general de lograr unos sistemas sanitarios de alto rendimiento (OCDE, 2004a). Entre tales objetivos de las políticas figuran:

- la mejora del estado de salud de la población, así como de los resultados en materia de salud de las intervenciones médicas;
- el fomento de un acceso adecuado y equitativo a la asistencia;
- el refuerzo de la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios;
- el aumento de la eficacia de los sistemas sanitarios; y
- la garantía de unos costes y una financiación sostenibles.

En *Panorama de la Salud 2007* se proporciona información acerca del rendimiento de los sistemas sanitarios en lo que atañe a varios de estos objetivos de las distintas políticas, así como parte de la información contextual necesaria para comprender las diferencias entre países y las variaciones en el rendimiento a lo largo del tiempo. Aunque sigue habiendo lagunas en la información sobre los sistemas sanitarios y en la capacidad técnica para evaluar y comparar el rendimiento en lo que concierne a diversas dimensiones, la OCDE colabora con expertos en la medición de los datos y del rendimiento en sus respectivos Estados miembros, con el fin de corregir tales lagunas. Cabe destacar que esta edición de 2007 de *Panorama de la Salud* incluye, por vez primera, un capítulo sobre la calidad de la atención sanitaria, elaborado en respuesta al creciente interés manifestado en las distintas políticas en evaluar, comparar y mejorar la calidad de la asistencia que se presta a los pacientes, garantizando con ello una adecuada rentabilidad de los fondos dedicados a la salud.

## Estructura de la publicación

*Panorama de la Salud 2007* se organiza como sigue:

En el capítulo 1 se presentan varios indicadores del contexto demográfico y económico en el que operan los sistemas sanitarios en los diferentes países de la OCDE.

En el capítulo 2 sobre el *Estado de salud* se hace hincapié en los datos que acreditan las grandes variaciones existentes entre países en cuanto a esperanza de vida y otras mediciones del estado de salud de la población.

En el capítulo 3 sobre *Determinantes no médicos de la salud* se otorga prioridad a determinados factores de riesgo relacionados con hábitos de vida y conductas modificables.

En el capítulo 4 sobre *Recursos dedicados a la Atención Sanitaria y su Utilización* se compara la prestación de los profesionales sanitarios y el número de nuevos licenciados en medicina y enfermería, en un contexto de creciente preocupación respecto al hecho de que escaseces presentes o futuras de profesionales sanitarios puedan impedir el acceso a la asistencia. Se presentan asimismo indicadores que proporcionan ciertas medidas parciales de la eficacia de la prestación de servicios sanitarios, como el número anual de consultas por médico, la estancia hospitalaria promedio por diversas enfermedades y el grado en que procedimientos de gran volumen como las operaciones de cataratas se efectúan actualmente sin pernoctar en el hospital en diversos países.

En el capítulo 5 sobre *Gasto y Financiación Sanitarios* se evalúa la cuantía del gasto de los países de la OCDE en salud, en general, y en los diferentes tipos de bienes y servicios sanitarios, así como el modo en que éstos se abonan en los distintos países (es decir, la combinación entre financiación pública, seguros de enfermedad privados allí donde existen, y pagos directos efectuados por los pacientes). Se incluye asimismo nueva información sobre el grado en que las poblaciones se benefician de la cobertura sanitaria (seguros privados y de financiación pública), lo que constituye un importante factor determinante del acceso a la asistencia y a la protección económica.

En el capítulo 6 sobre *Calidad de la Asistencia* se presenta un primer grupo de indicadores para la medición de la misma. Se reflejan los avances alcanzados en el desarrollo de indicadores para la realización de comparaciones entre países y se hace hincapié en la calidad en lo que atañe a los cuidados agudos, la asistencia oncológica, la asistencia relacionada con enfermedades crónicas y la que se presta en los casos de enfermedades transmisibles. Este nuevo capítulo incluye varios criterios de valoración, como las tasas de supervivencia después de un ataque al corazón, un ictus o un cáncer.

## Presentación de indicadores

### Texto y cuadros

Cada uno de los temas abordados en los diferentes capítulos de esta publicación se presenta en dos páginas. En la primera se ofrece un breve comentario en el que se destacan las principales conclusiones extraídas de los datos, se definen indicadores y se refieren variaciones nacionales significativas respecto a tales definiciones que puedan afectar a la comparabilidad de los datos. En la página de la derecha hay una serie de cuadros en los que se muestran generalmente los niveles presentes del indicador y, siempre que resulta posible, su evolución en el tiempo. En algunos casos se incluye un cuadro adicional alusivo a la relación entre el indicador y otra variable. Cuando se incluye la media de la OCDE en el cuadro, se trata del promedio no ponderado de los países consignados, salvo que se especifique lo contrario en las notas adjuntas.

### Tablas

Los datos adicionales figuran en el anexo estadístico (Anexo A) incluido al final de la presente publicación. En los casos en que no se dispone de datos de países correspondientes a los años seleccionados, en las tablas se consignan los datos más recientes disponibles, normalmente del año previo al seleccionado o de alguno de los tres años inmediatamente anteriores.

Las tablas contienen un máximo de dos estadísticas descriptivas. El **promedio uniforme** alude al promedio no ponderado únicamente de aquellos países para los que se dispone de datos en todos los períodos considerados y se emplea con el fin de presentar

la información correspondiente a un grupo uniforme de países en el tiempo. Los países no considerados para calcular el promedio (debido a lagunas en los datos) se listan bajo la tabla. Además del promedio uniforme en el tiempo, en la mayoría de los casos se consigna el **promedio más reciente**, que consiste en el promedio correspondiente únicamente al último ejercicio disponible, respecto a tantos países como sea posible.

Salvo que se especifique lo contrario, los datos de gastos se presentan en dólares de los Estados Unidos ajustados con arreglo a las diferencias de poder adquisitivo de las distintas divisas nacionales, con el fin de eliminar el efecto de las diferencias de niveles de precio entre países. En cuanto a las tasas de crecimiento, los gastos nominales se deflactan utilizando índices de precios. En la presente publicación, a falta de índices de precios de la salud fiables y fácilmente accesibles, se utiliza un índice de precios para toda la economía (PIB) (para más información acerca del uso de las paridades de poder adquisitivo y las tasas de crecimiento reales, véase el Anexo B).

Los datos que faltan que no son aplicables o no se encuentran disponibles se indican en la tabla mediante "...", y las interrupciones en las series se marcan con el símbolo "!" entre columnas. El resto de notas metodológicas se han incluido directamente bajo la tabla correspondiente.

## Limitaciones de los datos

Las limitaciones en cuanto a comparabilidad de los datos se indican tanto en el texto (en el cuadro relativo a "Definición y desviaciones"), como en las notas al pie de tablas y cuadros. El lector deberá considerar con especial precaución las tendencias temporales correspondientes a Alemania. Los datos relativos a este país hasta 1990 suelen referirse a Alemania Occidental, y para años posteriores, a la Alemania unificada.

Se recomienda a los interesados que utilicen los datos presentados en esta publicación en actividades de análisis e investigación al consultar la documentación completa de definiciones, fuentes y métodos contenida en Eco-Salud OCDE 2007. Los pedidos de esta obra pueden realizarse en línea en SourceOECD ([www.sourceOECD.org](http://www.sourceOECD.org)), o en la librería de la OCDE en Internet, en la dirección ([www.oecd.org/bookshop](http://www.oecd.org/bookshop)).

En cuanto al nuevo capítulo sobre indicadores de la calidad de la atención sanitaria, puede obtenerse más información sobre definiciones, fuentes y métodos en [www.oecd.org/health/hcqi](http://www.oecd.org/health/hcqi).

## Cifras de población

Las cifras de población consignadas en el capítulo y utilizadas para calcular índices per cápita en toda la presente publicación proceden fundamentalmente de la Base de Datos de Estadísticas de la Población Activa de la OCDE (de mayo de 2007), y aluden a estimaciones efectuadas a mitad de año. No coinciden necesariamente con exactitud con las últimas cifras de población publicadas por los institutos nacionales de estadística de los países miembros de la OCDE.

Nótese que, en el caso de algunos países como Francia, el Reino Unido y los Estados Unidos, que cuentan con colonias, protectorados y territorios en el extranjero, estas poblaciones, en general, se han excluido. No obstante, la estimación del PIB per cápita y otras medidas económicas puede basarse en una población diferente en estos países.

## Códigos de país (códigos ISO)

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





# 1. CONTEXTO DEMOGRÁFICO Y ECONÓMICO

1.1. POBLACIÓN TOTAL Y ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN. . . . .	12
1.2. TASAS DE FERTILIDAD. . . . .	14
1.3. PRODUCTO INTERIOR BRUTO Y DESIGUALDAD DE LA RENTA. .	16

# 1. CONTEXTO DEMOGRÁFICO Y ECONÓMICO

## 1.1. POBLACIÓN TOTAL Y ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN

El crecimiento y la composición de la población de un país pueden ejercer efectos significativos en el gasto de la administración y de las personas en salud y atención de largo duración, tanto en el presente como en años futuros. El incremento natural de la población (nacimientos menos fallecimientos) se ha ralentizado en general desde el decenio de 1960 en todos los países miembros de la OCDE, provocando un aumento de la media de edad de la población. Las variaciones de la población se han visto afectadas asimismo por la migración.

En 2005, los países de la OCDE concentraban en torno al 18 % de la población total mundial, que ascendía a 6.500 millones de personas. En la OCDE, los Estados Unidos siguen siendo el país más poblado, con un número de habitantes que se aproxima a la cota de los 300 millones. Japón y México son los otros dos únicos miembros de la OCDE con más de 100 millones de habitantes. En el otro extremo de la escala, Islandia y Luxemburgo cuentan, cada uno, con una población inferior al medio millón de personas (cuadro 1.1.1 y tablas A.1.1a y A.1.1b).

Desde 1960, la población total de los países de la OCDE ha crecido en más de un 50 %; el aumento más pronunciado se ha producido en el período comprendido entre 1960 y 1980, a causa de las tasas de fertilidad relativamente elevadas en algunos países, así como del rápida descenso de las tasas de mortalidad. Desde entonces, el crecimiento de la población se ha desacelerado en numerosos países de la OCDE, a medida que las tasas de fertilidad descendían (véase el indicador 1.2 "tasas de fertilidad") y los patrones de migración se modificaban. Entre 1990 y 2005, el promedio de las tasas de crecimiento de la población para el conjunto de países de la OCDE se situó ligeramente por encima del 0,6 % anual, lo que supone aproximadamente la mitad de la tasa registrada en los decenios de 1960 y 1970 (cuadro 1.1.2). No obstante, dentro de este promedio, se han producido grandes variaciones. México y Turquía han seguido registrando el mayor crecimiento de la población, aunque significativamente inferior al experimentado en el decenio de 1970. En Australia, Canadá, Nueva Zelanda y los Estados Unidos, el crecimiento poblacional se ha mantenido relativamente pujante, apenas por encima del 1,0 % anual, debido a la contribución de unas tasas de fertilidad superiores y una migración neta con destino en dichos países. Por el contrario, Hungría, la

República Checa, Polonia y la República Eslovaca han experimentado un escaso crecimiento, o incluso descensos en sus poblaciones en los últimos años, como consecuencia de unas bajas tasas de fertilidad (y, en el caso de Polonia, de la migración al exterior).

La demanda y la financiación de la salud y la atención de larga duración (así como las pensiones y otras prestaciones sociales) dependen en parte del modo en que varía la estructura demográfica de un país. El porcentaje de la población de 65 o más años de edad ha aumentado en todos los países de la OCDE, y se prevé que siga elevándose en los próximos decenios. Como promedio en los países de la OCDE, cerca del 15 % de la población es mayor de 65 años (cuadro 1.1.3), y en Japón, Italia y Alemania tal proporción se acerca al 20 %. En los países con las poblaciones "más jóvenes" (Turquía, México y Corea), la proporción de su población por encima de los 65 años sigue siendo inferior al 10 %, aunque en Corea se ha producido uno de los mayores incrementos proporcionales de esta cifra desde 1960.

La población de edad avanzada como proporción de la población activa, tasa a la que se denomina "coeficiente de dependencia de la vejez", constituye otro método útil de evaluar el efecto del envejecimiento de la población en la financiación de la atención sanitaria y de las pensiones. En 2005, dicho coeficiente variaba entre menos del 10 % en el caso de Turquía y México y niveles cercanos al 30 % en Japón, Italia y Alemania. Se mantenía en torno al 25 % en diversos países europeos, como el Reino Unido y Francia. Se prevé que el promedio actual de la OCDE, ligeramente superior al 20 %, se elevará hasta alcanzar una proporción superior al 50 % para 2050, dando lugar a un coeficiente aproximado de una persona de edad avanzada por cada dos en edad de trabajar. Puesto que una población envejecida suele adolecer de un peor estado de salud y, por tanto, requiere un aumento de sus necesidades en el terreno de la sanidad y la atención a largo plazo, es previsible que el envejecimiento de la población siga provocando aumento del gasto público destinado a satisfacer tales necesidades. Además, se prevé que el crecimiento de la población inactiva en el mercado de trabajo, y el descenso de la oferta de mano de obra, tengan como consecuencia una ralentización del crecimiento del PIB por habitante en numerosos países de la OCDE en los próximos decenios (Oliveira y cols., 2005).

### Definición y desviaciones

La población total se define como la población residente, es decir, la totalidad de ciudadanos presentes en el país, o temporalmente ausentes de éste, y los extranjeros que disponen de un lugar de residencia permanente en el mismo. En la mayoría de los países de la OCDE, las estimaciones poblacionales se basan en censos periódicos realizados cada diez años, ajustados con datos administrativos respecto a los años intercensales. Los datos sobre la población proceden fundamentalmente de la Base de Datos de Estadísticas de Población Activa de la OCDE (en mayo de 2007). No coinciden necesariamente con las cifras de población más recientes publicadas por los institutos nacionales de estadística de los países miembros de la OCDE.

En el caso de algunos países como Francia, el Reino Unido y los Estados Unidos, que cuentan con colonias, protectorados y territorios, estas poblaciones, en general, se han excluido. En algunos casos, puede que éstas no sean las mismas poblaciones utilizadas en la estimación del PIB por habitante y otras mediciones económicas.

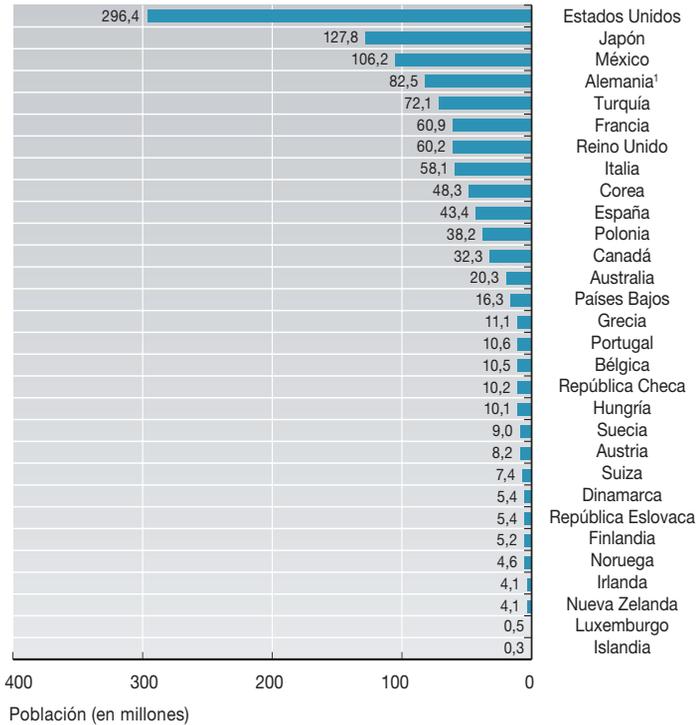
El coeficiente de dependencia de la vejez se define como la población de 65 o más años de edad comparada con la población en edad de trabajar, comprendida entre los 15 y los 64 años. La inclusión del grupo de 15 a 19 años de edad se basa en el supuesto general de que la fracción de adolescentes de menos de 20 años integrados en la población activa equivale a la del grupo de 65 o más años de edad que permanece activo en el mercado de trabajo.

Las cifras de población de Alemania anteriores a 1991 corresponden a la antigua Alemania Occidental.

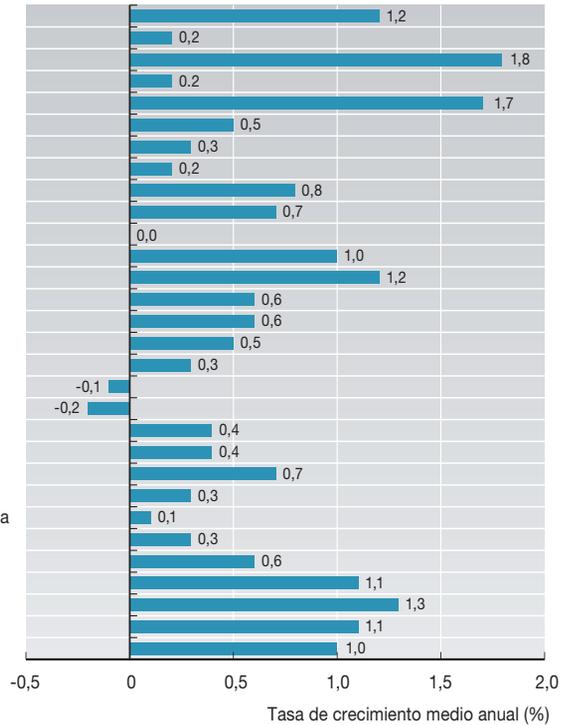
# 1. CONTEXTO DEMOGRÁFICO Y ECONÓMICO

## 1.1. POBLACIÓN TOTAL Y ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN

1.1.1. Población total de los países de la OCDE, en millones, 2005

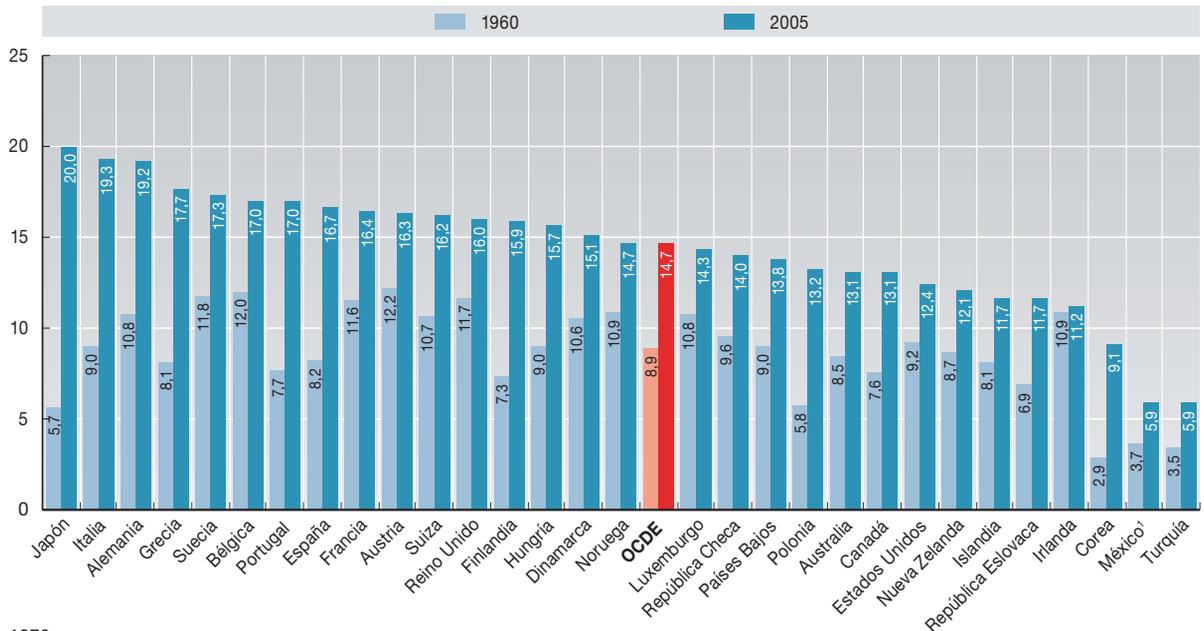


1.1.2. Crecimiento medio anual de la población, 1990-2005



1. La tasa de crecimiento medio anual corresponde al período 1991-2005.

1.1.3. Proporción de población de 65 o más años de edad, 1960 y 2005



1. 1970.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/113121435865>

# 1. CONTEXTO DEMOGRÁFICO Y ECONÓMICO

## 1.2. TASAS DE FERTILIDAD

Las tasas de fertilidad totales han experimentado un descenso espectacular en los últimos decenios en los países de la OCDE y, junto con el descenso en las tasas de mortalidad, han provocado un envejecimiento de la población (véase el indicador 1.1 "población total y estructura de la población"). Los países pueden abocar a tasas de natalidad bajas a largo plazo a causa de la pérdida de potencial reproductivo causada por el descenso del número de mujeres en edad fértil. Varios países de la OCDE consideran actualmente la manera en que sus políticas afectan de modo directo o indirecto a las tasas de natalidad, a causa de su repercusión tanto en el tamaño total de la población como en la estructura de edades.

Todos los Estados miembros de la OCDE han experimentado un descenso de sus tasas de fertilidad totales en los últimos decenios, que, como promedio, han descendido del 3,2 de 1960, a menos del 2,0 a principios del decenio de 1980, para mantenerse apenas por encima de 1,6 hijos por mujer en edad fértil en 2005 (cuadro 1.2.1). Actualmente, México y Turquía son los únicos países de la OCDE con una tasa de fertilidad superior a los 2,1 hijos, lo que equivale al "nivel de sustitución" requerido para garantizar la estabilidad en general de la población, suponiendo la inexistencia de inmigración neta y de variaciones de las tasas de mortalidad. Sin embargo, incluso Turquía y México han experimentado drásticas reducciones de sus tasas de fertilidad desde los decenios de 1960 y 1970, cuando éstas se situaban en torno a los seis o siete hijos.

El ritmo de descenso ha variado de un país a otro. Mientras que las tasas de fertilidad han disminuido de manera acusada y siguen descendiendo en Japón y Corea (en este último país, experimentan un declive notable, al pasar de seis hijos en 1960, a 1,8 en 2005, la tasa más baja de todos los países de la OCDE), en los Estados Unidos y Dinamarca se produjo una cierta inversión de la tendencia en el decenio de 1980, así como en Francia a mediados del de 1990 (cuadro 1.2.2).

Otros muchos países parecen seguir una misma línea, ya sea de estabilización, o de ligera inversión de la tendencia a la baja en años recientes.

Hay numerosos factores interrelacionados que afectan a las tasas de fertilidad y reflejan tanto preferencias de modo de vida individuales como influencias sociales e históricas en cada uno de los países. El rápido incremento de la disponibilidad de métodos anticonceptivos en la segunda mitad del siglo XX ha constituido un factor primordial en el descenso histórico de la fertilidad en muchos países. Otra razón importante que subyace al cambio observado en la fertilidad ha sido el aplazamiento de la maternidad en numerosos países. La media de edad de las madres en el primer parto se ha elevado, como promedio, en un año por decenio desde 1970 (cuadro 1.2.3), hasta situarse en 27,6 años de edad en 2004. En un extremo de la escala, Alemania ha experimentado un aumento, de 24 años de edad en 1970 a 29 en 2004. El efecto de la demora de la maternidad hasta etapas posteriores de la vida incrementa asimismo la probabilidad de que las mujeres se mantengan sin hijos o de que tengan un menor número de ellos. Esta demora puede estar relacionada con diversas condiciones individuales y sociales, como el papel desempeñado por las mujeres en la sociedad al combinar su vida familiar y profesional, los cambios en la seguridad económica y financiera, y la variación en los vínculos entre nupcialidad y maternidad (D'Addio y Mira d'Ercole, 2005).

Habida cuenta de la repercusión de las tasas de fertilidad pasadas y futuras en la estructura de la población, los países han de considerar con detenimiento las políticas capaces de influir en el tamaño de las familias. Las políticas favorables a la familia que permiten combinar la formación y la carrera profesional con el cuidado de los hijos (por ejemplo, mediante una atención a la infancia asequible y la concesión de bajas por paternidad), así como el efecto de los impuestos y las prestaciones familiares, pueden repercutir en la variación de la tasa de fertilidad (OCDE, 2005d).

### **Definición y desviaciones**

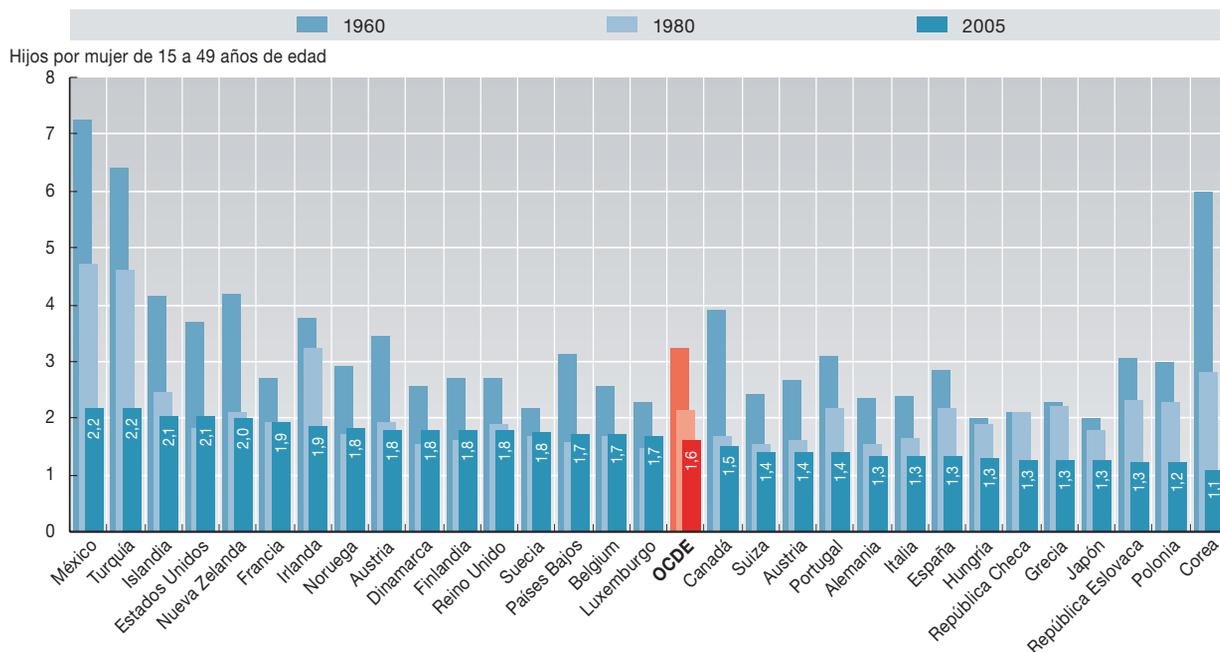
La tasa de fertilidad equivale al número total de hijos que nacerían de cada mujer si ésta viviera hasta el final de su período de fertilidad (de los 15 a los 49 años) y tuviera hijos a lo largo del mismo con arreglo a las tasas de fertilidad específicas para la edad en cada momento.

Una tasa de fertilidad de 2,1 hijos por mujer garantiza la estabilidad general de la población (suponiendo la ausencia de flujos de migración neta y de variaciones de las tasas de mortalidad).

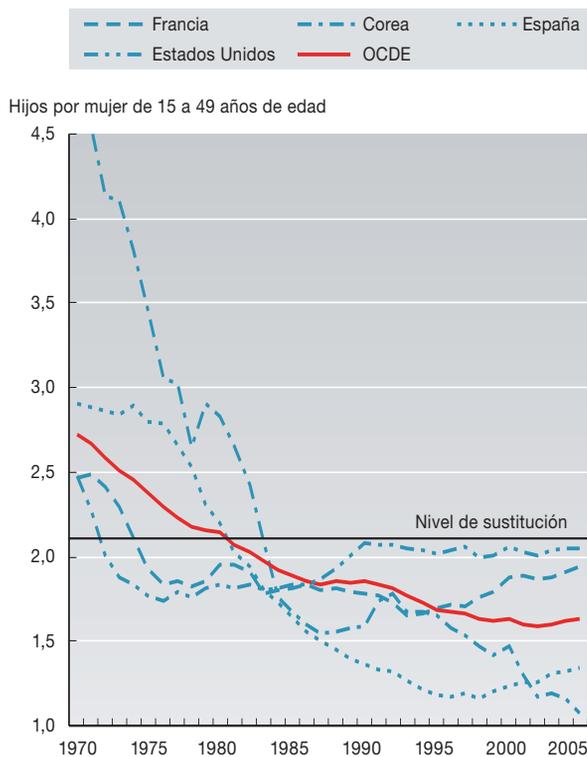
# 1. CONTEXTO DEMOGRÁFICO Y ECONÓMICO

## 1.2. TASAS DE FERTILIDAD

### 1.2.1. Tasas de fertilidad, 1960, 1980 y 2005

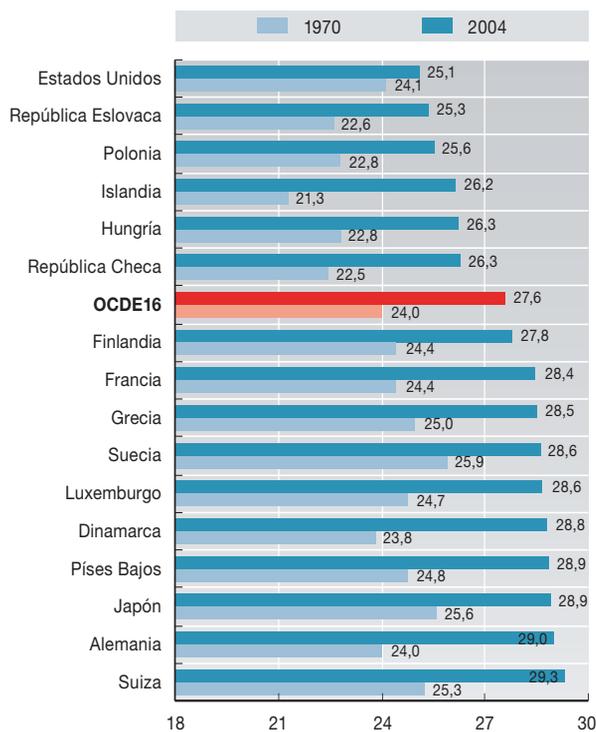


### 1.2.2. Tasas de fertilidad de 1970 a 2005



Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

### 1.2.3. Media de edad de las madres en el primer parto



Fuente: D'Addio y Mira d'Ercole (2005), con la excepción de Dinamarca (Registro de Natalidad Danés) y Grecia (Servicio Nacional de Estadística).

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/113180167806>

## 1.3. PRODUCTO INTERIOR BRUTO Y DESIGUALDAD DE LA RENTA

Mientras que el PIB constituye una manera de medir la dimensión de la economía de un país al sumar el valor de todos los bienes y servicios producidos durante un período determinado, el PIB per cápita es un indicador general de la prosperidad de su población, dado que el nivel de vida tiende a elevarse a medida que aumenta dicho índice.

El promedio del PIB per cápita en la OCDE fue ligeramente superior a 30.000 PPC (Poder paritario de compra) en dólares USA, aunque la cifra del país situado en primer lugar multiplica por nueve a la correspondiente al ubicado en el último lugar de esta clasificación (cuadro 1.3.1). Aparte de Luxemburgo (véase el cuadro de "Definición y desviaciones" más adelante), los niveles más elevados de PIB per cápita se registran en Noruega y los Estados Unidos. En el otro extremo de la escala, Turquía y México disponen del PIB por habitante más bajo, con un 26 y un 35 % del promedio de la OCDE, respectivamente. No obstante, más de la mitad de los países de la OCDE se sitúan en una escala comprendida entre los 25.000 y los 35.000 PPC en dólares de USA.

A lo largo de los últimos 15 años, el crecimiento real del PIB per cápita ha sido, como promedio, del 2,2 % anual. Irlanda y Corea han superado de manera significativa tal promedio con un crecimiento anual del 5,3 y el 4,7 %, respectivamente. Polonia, la República Eslovaca y Hungría han alcanzado asimismo un crecimiento del PIB per cápita superior al 3 % anual como media desde 1990, después de experimentar inicialmente descensos de su PIB real en los primeros años de la transición hacia la economía de mercado. Por el contrario, cuatro de las principales economías nacionales (Japón, Italia, Ale-

mania y Francia) han experimentado un crecimiento lento, a un ritmo del 50 % del promedio de la OCDE, o una proporción inferior (cuadro 1.3.2).

Aunque un PIB per cápita elevado suele asociarse a un mejor estado de salud, la relación es menos pronunciada en los casos de niveles altos de renta nacional, y hay diferencias significativas en cuanto al estado de salud entre países de la OCDE con rentas per cápita similares (véase el indicador 2.1 "Esperanza de vida al nacer"). En sí mismo, el PIB per cápita proporciona únicamente el nivel medio de la renta nacional y no mide la distribución de ésta entre la población, lo que puede influir en el estado de salud de los residentes en un país. Algunos analistas han recabado datos que acreditan la existencia de una relación entre la esperanza de vida y las desigualdades de la renta, en el sentido de que aquella es superior en los países en que tales desigualdades son menores (Wilkinson, 1996, 2000). En el cuadro 1.3.3 se muestra una medida de la desigualdad de la renta, expresada en función del coeficiente de Gini, en todos los países la OCDE, así como la variación observada desde mediados del decenio de 1980. Aunque en la mayoría de los países, la variación significativa de la desigualdad de la renta es escasa o nula a lo largo del período, en otros se han producido cambios sorprendentes. La igualdad en la distribución de la renta ha avanzado de manera acusada en España e Irlanda, mientras que lo contrario puede afirmarse en el caso de Nueva Zelanda, Finlandia o Suecia (aunque en este último país sigue observándose uno de los niveles de desigualdad de la renta más bajos de la OCDE). En 2000, los países con las desigualdades de la renta más acusadas eran México y Turquía, seguidos por Polonia y los Estados Unidos.

### Definición y desviaciones

El producto interior bruto (PIB) es la medida de referencia del valor de los bienes y los servicios producidos por un país durante un determinado período. Puede medirse de tres formas diferentes: como la diferencia entre el producto bruto y el consumo intermedio; como la suma de las rentas del trabajo, los beneficios netos y la amortización; o como la suma de los gastos de consumo, la formación de capital fijo (inversión), las variaciones de las existencias y las exportaciones netas (OCDE, 2007b).

Cada país calcula su PIB en su propia moneda, y éste puede expresarse en precios corrientes (PIB nominal) o constantes (PIB real). El PIB real medido mediante la deflación de los componentes de gasto con arreglo a los índices de precios pertinentes resulta más apropiada para efectuar comparaciones en el tiempo.

Las comparaciones entre los PIB de los distintos países sólo deben realizarse utilizando PPC (Poder paritario de compra) (véase asimismo el Anexo B, pág. 191). A causa de los márgenes estadísticos de error, tanto en el PIB como en las PPA, se considera en general que las diferencias entre países en cuanto al PIB per cápita del 5 % o una proporción inferior no son significativas.

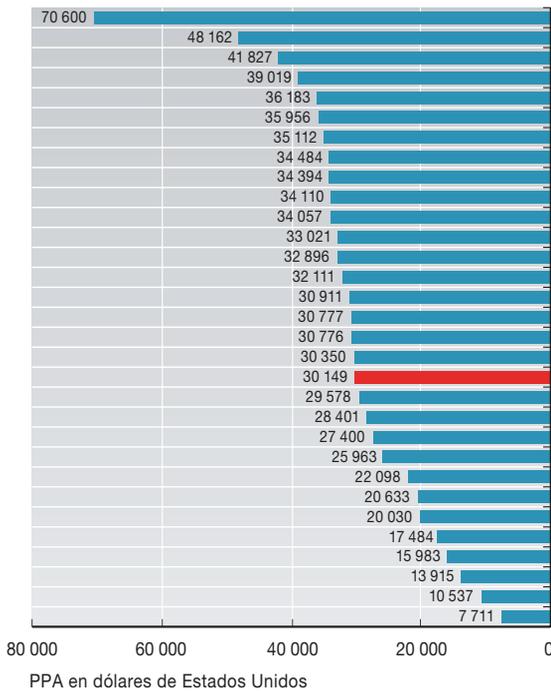
Casi todos los países de la OCDE aplican actualmente el Sistema de Cuentas Nacionales de 1993. No obstante, puesto que Luxemburgo y, en menor medida, Suiza cuentan con un número de trabajadores fronterizos relativamente elevado, su PIB per cápita está sobrestimado en comparación con otros países. Una situación parecida se observa en el caso de Irlanda, debido a la influencia de las empresas extranjeras que operan en este país.

La distribución de la renta se mide mediante el coeficiente de Gini. Éste se define como el área situada entre la curva de Lorenz (que compara proporciones acumulativas de la población, de la más pobre a la más rica, con las proporciones acumuladas de la renta que reciben) y la diagonal de 45° de la gráfica ("línea de igualdad perfecta"). Los valores oscilan entre 0 en el caso de la "igualdad perfecta" y 100, en el caso de "desigualdad perfecta". Por tanto, un aumento del coeficiente de Gini representa un incremento de la desigualdad.

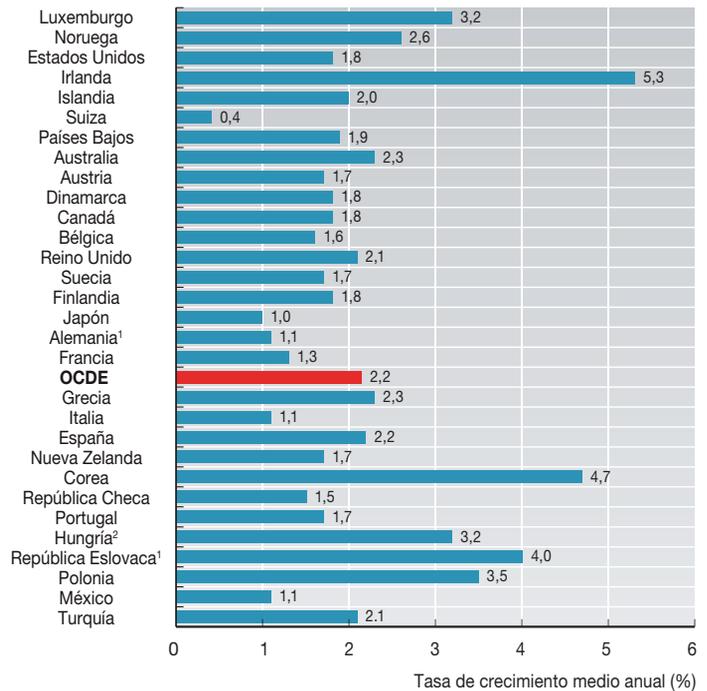
# 1. CONTEXTO DEMOGRÁFICO Y ECONÓMICO

## 1.3. PRODUCTO INTERIOR BRUTO Y DESIGUALDAD DE LA RENTA

### 1.3.1. PIB per cápita, 2005

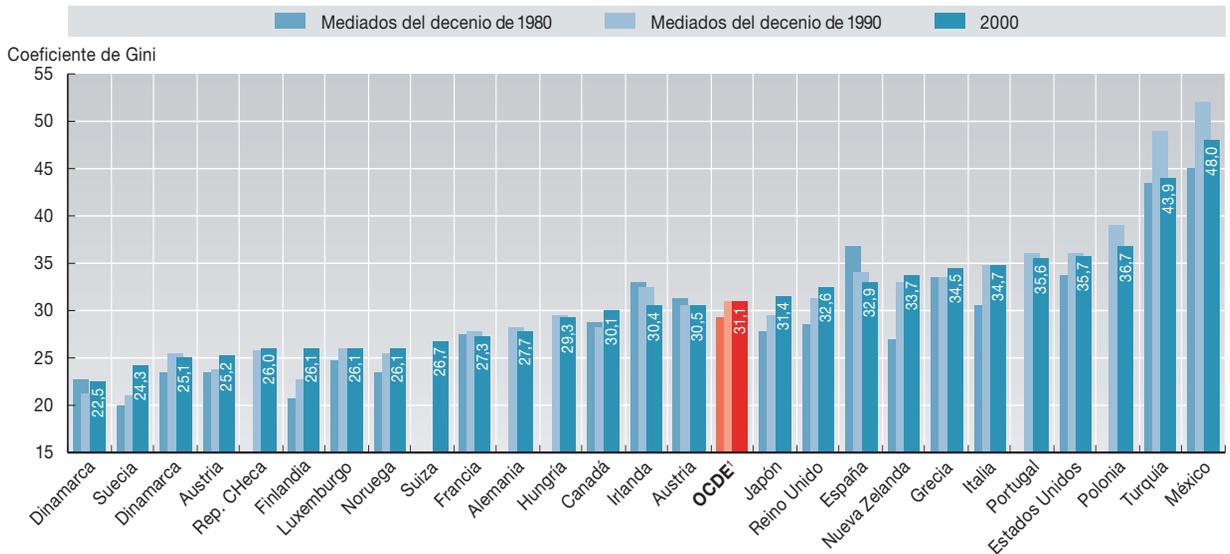


### 1.3.2. Tasa de crecimiento media anual en el PIB real per cápita, de 1990 a 2003



1. Tasa de crecimiento medio anual, 1992-2005.
  2. Tasa de crecimiento medio anual, 1991-2005.
- Fuente: Fuente: Eco-Salud OCDE, 2007.

### 1.3.3. Desigualdad en la distribución de la renta, coeficiente de Gini, a mediados de los decenios de 1980 y 1990 y en 2000



- Nota: Un mayor valor del coeficiente de Gini indica una mayor desigualdad en la distribución de la renta.
1. La media de la OCDE engloba los países citados respecto a los que se dispone de datos durante todo el periodo.
- Fuente: Förster y Mira d'Ercole (2005).





## 2. ESTADO DE SALUD

2.1. ESPERANZA DE VIDA AL NACER . . . . .	20
2.2. ESPERANZA DE VIDA A LOS 65 AÑOS . . . . .	22
2.3. MORTALIDAD PREMATURA . . . . .	24
2.4. MORTALIDAD POR CARDIOPATÍA E ICTUS . . . . .	26
2.5. MORTALIDAD POR CÁNCER . . . . .	28
2.6. MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁFICO . . . . .	30
2.7. SUICIDIOS . . . . .	32
2.8. MORTALIDAD INFANTIL . . . . .	34
2.9. SALUD INFANTIL: BAJO PESO AL NACER. . . . .	36
2.10. SALUD DENTAL INFANTIL. . . . .	38
2.11. ESTADO DE SALUD PERCIBIDO. . . . .	40
2.12. INCIDENCIA DEL SIDA . . . . .	42

### 2.1. ESPERANZA DE VIDA AL NACER

La esperanza de vida al nacer ha aumentado de manera notable en los países de la OCDE en los últimos decenios, como reflejo de las acusadas reducciones de las tasas de mortalidad a todas las edades. Estos incrementos de la longevidad pueden atribuirse a diversos factores, entre los que figuran el aumento de los niveles de vida, la mejora del modo de vida y de la educación, y el mayor acceso a servicios sanitarios de calidad. Otros factores, como la mejora de la nutrición, la higiene y la vivienda también han influido, sobre todo en los países con economías en desarrollo (OCDE, 2004a).

Como término medio en los países de la OCDE, la esperanza de vida al nacer del conjunto de la población alcanzó los 78,6 años en 2005, diez años más que en 1960 (cuadro 2.1.1). En un tercio de los países de la OCDE, la esperanza de vida al nacer excedía de los 80 años en 2005. El país con mayor nivel en lo que atañe a este índice es Japón, en el que, en conjunto para varones y mujeres, equivale a 82,1 años. En el otro extremo de la escala, la menor esperanza de vida entre los países de la OCDE correspondía a Turquía, seguida de Hungría. No obstante, aunque dicho índice ha crecido en Hungría sólo de una manera modesta desde 1960, se ha elevado drásticamente en Turquía, donde se ha registrado una rápida aproximación al promedio de la OCDE.

La diferencia entre géneros en cuanto a esperanza de vida se situaba en 5,7 años de media en el conjunto de países de la OCDE en 2005, con una esperanza de vida de 75,7 años para los varones y de 81,4 para las mujeres (cuadro 2.1.2). Esta diferencia se elevó en medio año como promedio en el conjunto de países entre 1960 y 2005 (tablas A.2.1b y A.2.1c). Sin embargo, tal resultado oculta tendencias dispares entre decenios anteriores y posteriores. La diferencia entre géneros respecto a la esperanza de vida se amplió considerablemente en numerosos países durante los decenios de 1960 y 1970 y se estrechó en los últimos 25 años, lo que refleja que las mejoras de la esperanza de vida de los varones superaron las de las mujeres en la mayoría de los países de la OCDE. La disminución de la diferencia entre los géneros en cuanto a esperanza de vida en los últimos 25 años

puede atribuirse, al menos en parte, a la reducción de las diferencias en las conductas que elevan el riesgo, como el tabaquismo, entre varones y mujeres, acompañada de una acusada disminución de las tasas de mortalidad debida a enfermedades cardiovasculares en el caso de los hombres.

Resulta difícil evaluar la contribución relativa de los numerosos factores no médicos y médicos que pueden inducir diferencias de esperanza de vida entre diversos países o en un mismo país a lo largo del tiempo. Por lo general, una renta nacional elevada (medida en función del PIB per cápita) se relaciona con una mayor esperanza de vida al nacer, aunque la relación es menos acusada cuanto más elevado es el nivel de renta (cuadro 2.1.3). Hay asimismo notables diferencias de esperanza de vida entre países de la OCDE con renta per cápita similar. Japón y España tienen una esperanza de vida mayor de lo que hubiera podido deducirse simplemente por su PIB per cápita, mientras que los Estados Unidos, Dinamarca y Hungría tienen una esperanza de vida inferior de lo que haría suponer su renta.

En el cuadro 2.1.4 se muestra la relación entre esperanza de vida al nacer y gasto en salud per cápita en todos los países de la OCDE. En lo que se refiere al PIB per cápita, un gasto en salud per capita superior suele asociarse a una mayor esperanza de vida al nacer, aunque esta relación tiende a ser menos pronunciada en países con un gasto en salud per cápita superior. De nuevo en esta ocasión, destacan los casos de Japón y España por registrar esperanzas de vida al nacer relativamente elevadas, y los de Estados Unidos, Dinamarca y Hungría por presentar esperanzas de vida relativamente bajas, dados sus respectivos niveles de gasto en salud.

Estas sencillas correlaciones son interesantes, pero se requiere un análisis más pormenorizado. Las variaciones del PIB per cápita pueden influir tanto en la esperanza de vida como en el gasto en salud per cápita. Han de tenerse en cuenta asimismo otros muchos factores, aparte de la renta nacional y el gasto total en salud, para explicar las variaciones en la esperanza de vida entre países.

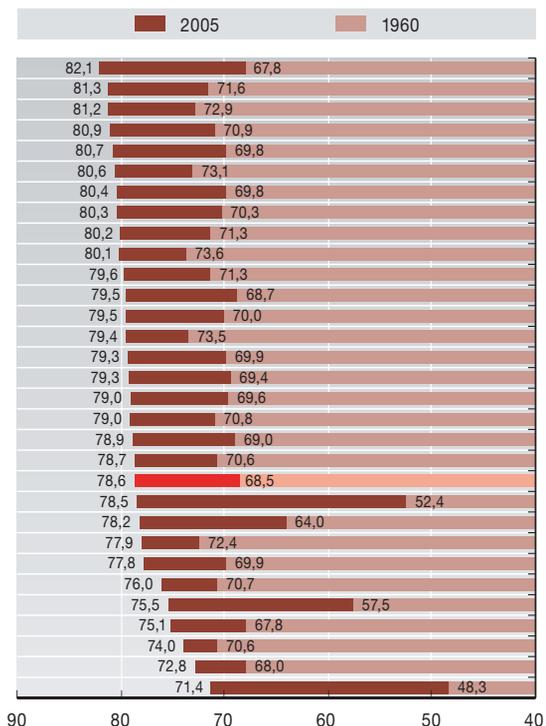
#### Definición y desviaciones

La esperanza de vida mide el período medio que viviría una persona en función de un conjunto dado de tasas de mortalidad específicas de cada edad. No obstante, las tasas de mortalidad reales específicas de cada edad de una determinada cohorte de nacimiento no puede conocerse de manera anticipada. Si las tasas de mortalidad específicas de cada edad descienden (como ha ocurrido en los últimos decenios en los países de la OCDE), los períodos reales de vida serán superiores a la esperanza de vida calculada en función de las tasas de mortalidad actuales.

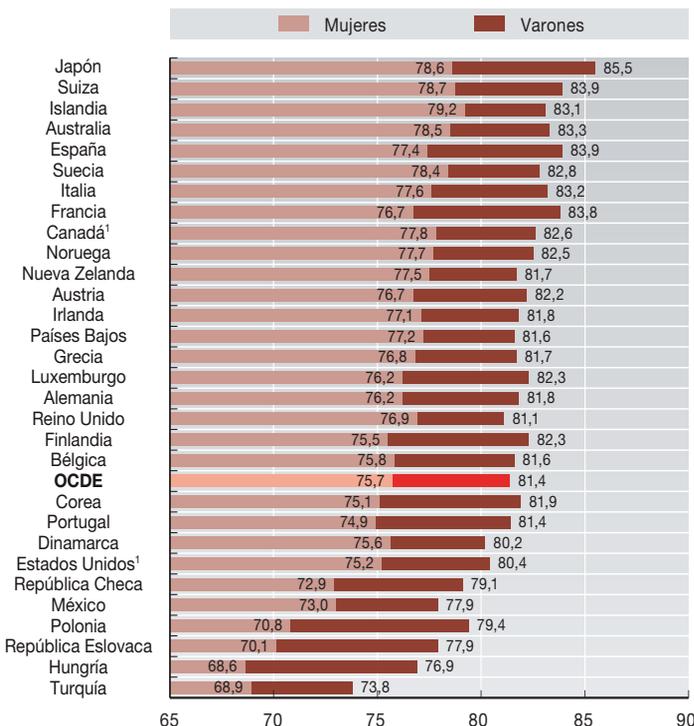
Cada país calcula su esperanza de vida con métodos que pueden variar en cierta medida. Estas diferencias metodológicas pueden afectar a la comparabilidad de los cálculos de esperanza de vida declarados, ya que la utilización de métodos dispares puede provocar una variación de tales cálculos en una determinada fracción de un año. La Secretaría de la OCDE calcula la esperanza de vida al nacer de la población total para todos los países, empleando la media no ponderada de la esperanza de vida de varones y mujeres.

2.1. ESPERANZA DE VIDA AL NACER

2.1.1. Esperanza de vida al nacer total de la población, 1960 y 2005

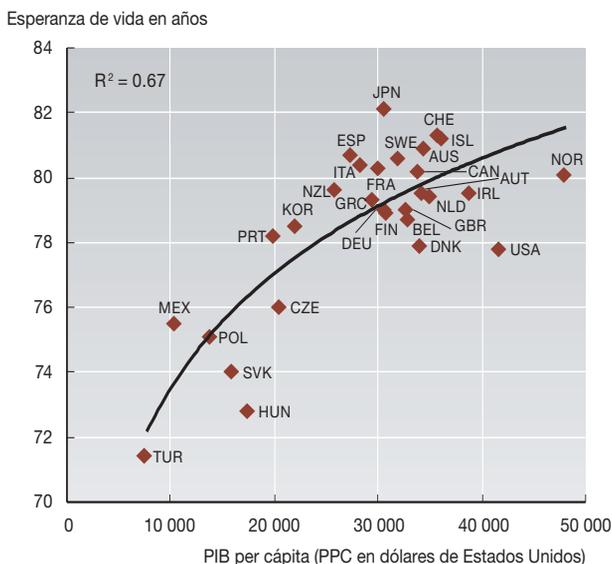


2.1.2. Esperanza de vida al nacer, según sexo, 2005

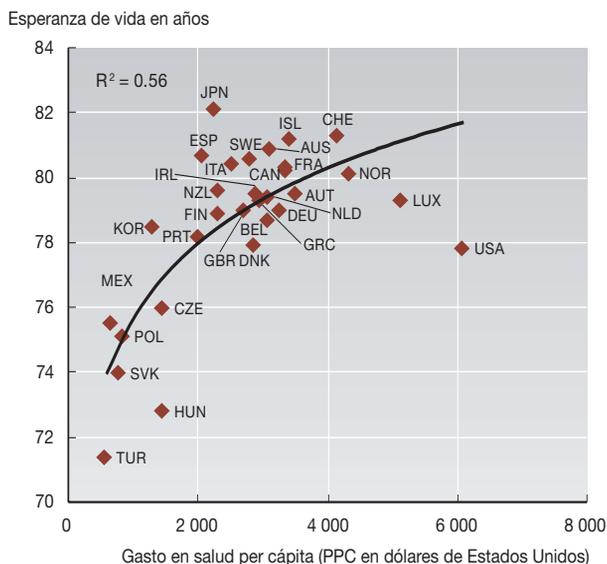


Años  
1. 2004.

2.1.3. Cuadro 2.1.3. Esperanza de vida al nacer y PIB per cápita, 2005



2.1.4. Esperanza de vida al nacer y gasto en salud per cápita, 2005



Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/113221054683>

### 2.2. ESPERANZA DE VIDA A LOS 65 AÑOS

La esperanza de vida a los 65 años de edad ha aumentado de manera significativa tanto para los varones como para las mujeres en los últimos decenios en todos los países de la OCDE. Entre los factores que explican esta mejora figuran los avances de la atención médica, combinados con una ampliación del acceso a la asistencia sanitaria, hábitos de vida más saludables y mejores condiciones de vida en general antes y después de alcanzar tal edad.

En 2005, la esperanza de vida a los 65 años en los países de la OCDE se situaba, como media, cerca de los 20 años en el caso de las mujeres y en más de 16 años en el de los varones (cuadro 2.2.1; tablas A.2.2a y A.2.2b). Estos datos revelan un aumento de 4 años para las mujeres y de 3,5 para los varones, como promedio, en el conjunto de los países de la OCDE desde 1970. De ahí que la diferencia entre sexos en cuanto a la esperanza de vida a los 65 años de edad se elevase ligeramente en muchos países entre 1970 y 2005.

Del mismo modo, la esperanza de vida a los 80 años de edad ha aumentado también de un modo ligeramente más rápido en el caso de las mujeres que en el de los hombres como promedio en los países de la OCDE a lo largo de los últimos 25 años (cuadro 2.2.2). En 2005, la esperanza de vida media de las mujeres a los 80 años de edad era de 8,8 años (por encima de los 6,5 años observados en 1970) en los países de la OCDE, mientras que la de los varones de esa edad ascendía a 7,3 años (superior a los 5,7 años de 1970).

Japón ha registrado aumentos de la esperanza de vida a los 65 años particularmente significativas en los últimos decenios, con un incremento de casi ocho años en el caso de las mujeres y de 5,6 en el de los hombres entre 1970 y 2005. Como resultado de estos notables incrementos, las mujeres y los varones japoneses presentaban la mayor esperanza de vida a los 65 años de todos los países de la OCDE en 2005, con períodos de vida restante de 23,2 y 18,1 años respectivamente (iguales en Australia en el caso de los hombres). Tales mejoras en Japón pueden explicarse, al menos en parte, por una acusada reducción de las tasas de mortalidad debi-

da a cardiopatías y enfermedades cerebrovasculares (ictus) entre la población de edad avanzada. Otros muchos países de la OCDE han registrado asimismo reducciones significativas de la mortalidad debida a enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en las poblaciones de edad avanzada en los últimos decenios (OCDE, 2003a; Moon y cols., 2003).

Los progresos en cuanto a longevidad en edades avanzadas en los últimos decenios en todos los países de la OCDE, combinados con la reducción en la tendencia de las tasas de fertilidad, contribuyen a un aumento continuo de la proporción de personas de edad avanzada en la mayoría de dichos países (véanse los indicadores 1.1 "Población total y estructura de la población" y 1.2 "Tasas de fertilidad").

Se prevé que la esperanza de vida a los 65 años de edad siga creciendo en los próximos decenios. De conformidad con la base de datos de población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, se prevé que, en 2040, la esperanza de vida media a los 65 años de edad en los países de la OCDE alcance los 21,6 años en el caso de las mujeres y los 18,1 en el de los varones (OCDE, 2007e).

El que una esperanza de vida mayor se acompañe o no de un buen estado de salud y funcional de la población que envejece tiene importantes repercusiones para los sistemas sanitarios y de cuidados prolongados. En recientes estudios de la OCDE se ha observado que, aunque existe una tendencia a la baja en los casos de discapacidad grave entre las poblaciones de edad avanzada de algunos países (p. ej., en los Estados Unidos, Italia y los Países Bajos), tal patrón no constituye una norma universal (cuadro 2.2.3). En algunos otros países (como Australia y Canadá), la tasa (ajustada por edades) de discapacidad grave es estable, e incluso en otros países (como Suecia y Japón), parece haberse elevado en los últimos cinco a diez años. Combinadas con el envejecimiento de la población, estas tendencias indican que existirá una necesidad creciente de cuidados prolongados en la mayoría, si no en todos, los países de la OCDE en los próximos decenios (Lafortune y cols., 2007).

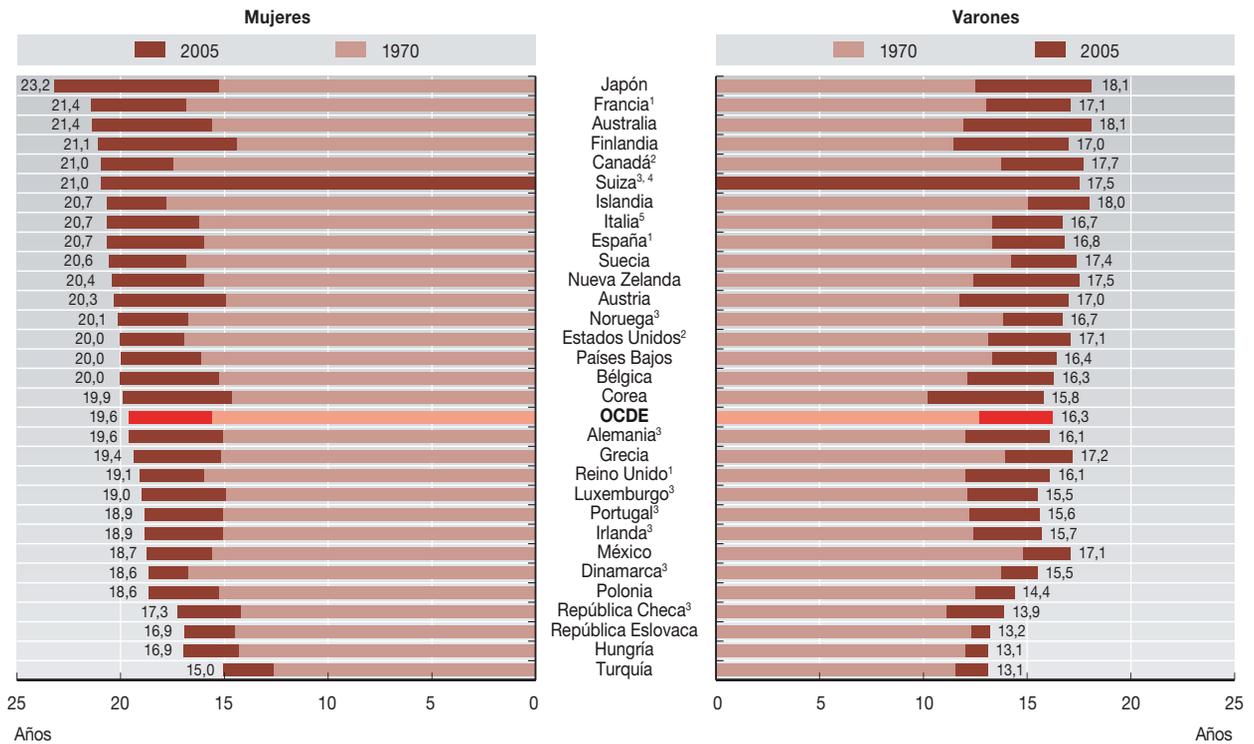
#### **Definición y desviaciones**

La esperanza de vida mide el período medio que vivirá una persona de una determinada edad en función de un conjunto dado de tasas de mortalidad específicas de cada edad. No obstante, las tasas de mortalidad reales específicas de cada edad de una determinada cohorte de nacimiento no puede conocerse de manera anticipada. Si las tasas de mortalidad específicas de cada edad descienden (como ha ocurrido en los últimos decenios en los países de la OCDE), los períodos reales de vida serán superiores a la esperanza de vida calculada en función de las tasas de mortalidad actuales.

Cada país calcula su esperanza de vida con métodos que pueden variar en cierta medida. Estas diferencias metodológicas pueden afectar a la comparabilidad de los cálculos de esperanza de vida declarados, ya que la utilización de métodos dispares puede provocar una variación de tales cálculos en una determinada fracción de un año.

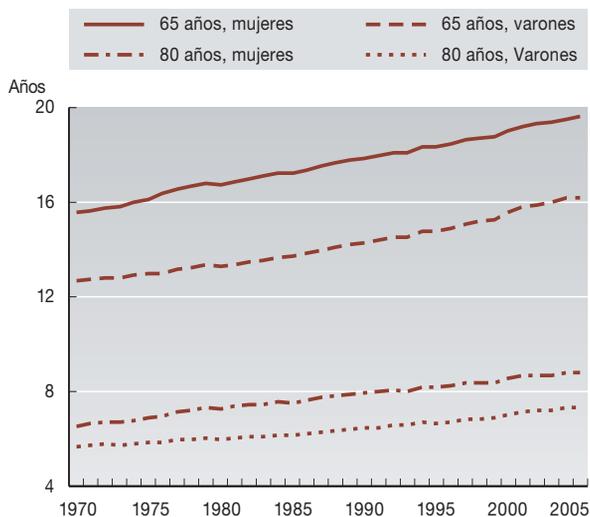
2.2. ESPERANZA DE VIDA A LOS 65 AÑOS

2.2.1. Esperanza de vida a los 65 años según sexo, 1970 y 2005



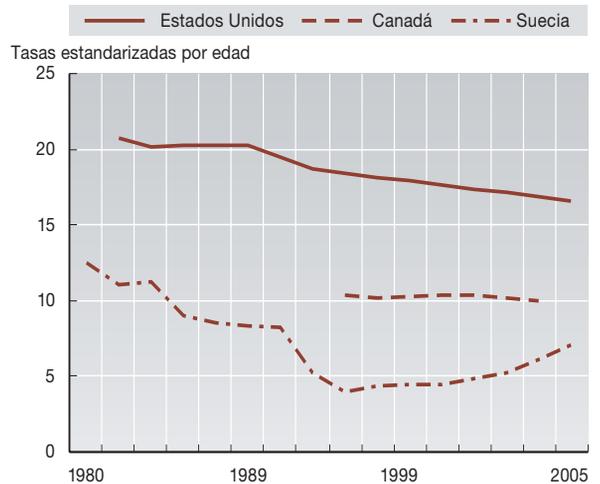
- 1. 2002. 2. 2004. 3. 2003.
- 4. No hay datos disponibles para 1970.
- 5. 2001.

2.2.2. Tendencias en la esperanza de vida a los 65 y los 80 años, varones y mujeres, Media de la OCDE, 1970-2005



Fuente: Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

2.2.3. Tendencias en la discapacidad grave entre la población de 65 o más años, varios países de la OCDE, 1980-2005



Nota: Los datos de Suecia se refieren únicamente a la población de 65-84 años

Fuente: Lafortune, Balestat et al. (2007)

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/113331002474>

### 2.3. MORTALIDAD PREMATURA

La mortalidad prematura, medida con arreglo a los años potenciales de vida perdidos (APVP), hace hincapié en los fallecimientos en los grupos de población de menor edad. Los valores de los APVP están influidos en gran medida por la mortalidad infantil y los fallecimientos derivados de las enfermedades y las lesiones que afectan a niños y adultos de menor edad.

En todos los países de la OCDE, la mortalidad prematura ha disminuido en más de la mitad, como promedio, desde 1970 (cuadro 2.3.1). La tendencia a la baja de la mortalidad infantil ha constituido un factor primordial que ha contribuido al descenso durante los primeros años (véase el indicador 2.8 "Mortalidad infantil"). En fechas más recientes, el descenso de los fallecimientos por cardiopatías entre adultos ha contribuido a la reducción global de la mortalidad prematura en numerosos países (véase el indicador 2.4 "mortalidad debida a cardiopatías e ictus").

En Portugal se ha asistido a un rápido descenso de las tasas de mortalidad prematura de varones y mujeres desde 1970. La drástica reducción de las tasas de mortalidad infantil ha contribuido de manera relevante a tal disminución. Por el contrario, la mortalidad prematura ha descendido con mayor lentitud en Hungría, sobre todo en el caso de los varones. Tal circunstancia se atribuye en gran medida a la persistencia de tasas elevadas de mortalidad por enfermedades circulatorias (actualmente, 2,5 veces más que el promedio de la OCDE) y de

cirrosis y otras enfermedades del hígado (casi cinco veces más que el promedio de la OCDE). Se cree que estos datos reflejan hábitos de vida poco saludables en relación con el consumo de alcohol y de tabaco entre los varones en Hungría. Las elevadas tasas de suicidio de los varones en dicho país también contribuyen a la elevada mortalidad prematura.

En los Estados Unidos también se registran tasas de mortalidad superiores a la media de la OCDE, concretamente, un 28 % por encima de la misma en el caso de los varones y un 42 % en el de las mujeres (cuadro 2.3.2). En lo que atañe a los varones, la mitad (y en el de las mujeres, casi un tercio) de estas tasas de mortalidad prematura superiores a la media puede atribuirse a los fallecimientos debidos a causas externas, entre las que figuran los accidentes, los suicidios y los homicidios. Los fallecimientos prematuros debidos a homicidios en los Estados Unidos superan en más de cinco veces la media de la OCDE.

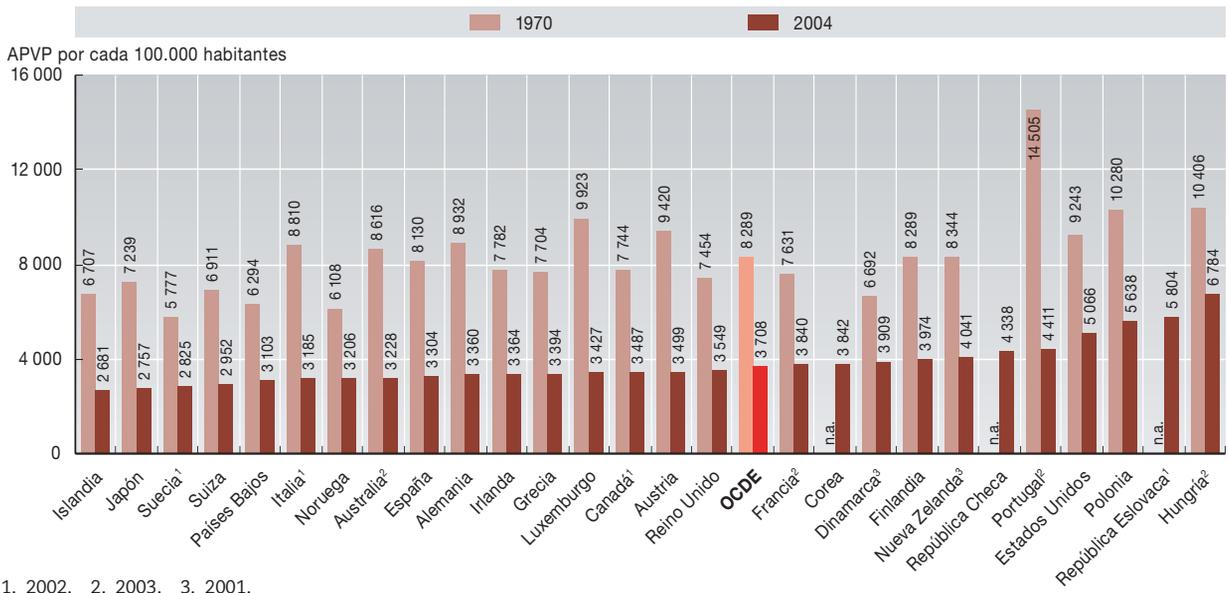
Como promedio de los países de la OCDE, las principales causas de años de vida potenciales perdidos antes de los 70 años de edad entre los varones son externas, y entre ellas se cuentan los accidentes y los casos de violencia (29 %), seguidos por el cáncer (21 %) y las enfermedades circulatorias (18 %). En el caso de las mujeres, las causas principales son el cáncer (31 %), factores externos (17 %) y enfermedades circulatorias (13 %).

#### **Definición y desviaciones**

Los años potenciales de vida perdidos (APVP) constituyen una medida de síntesis de la mortalidad prematura y proporcionan una manera explícita de ponderar los fallecimientos que se producen en edades poco avanzadas. La estimación de los APVP conlleva la suma de los fallecimientos que se producen en cada edad y la ponderación de éstos en función del número de años restantes de vida hasta un límite seleccionado, que se ha definido en este caso como los 70 años de edad. Por ejemplo, una muerte que ocurre a los cinco años de edad equivale a 65 años de APVP. El indicador se expresa por cada 100.000 varones y mujeres.

2.3. MORTALIDAD PREMATURA

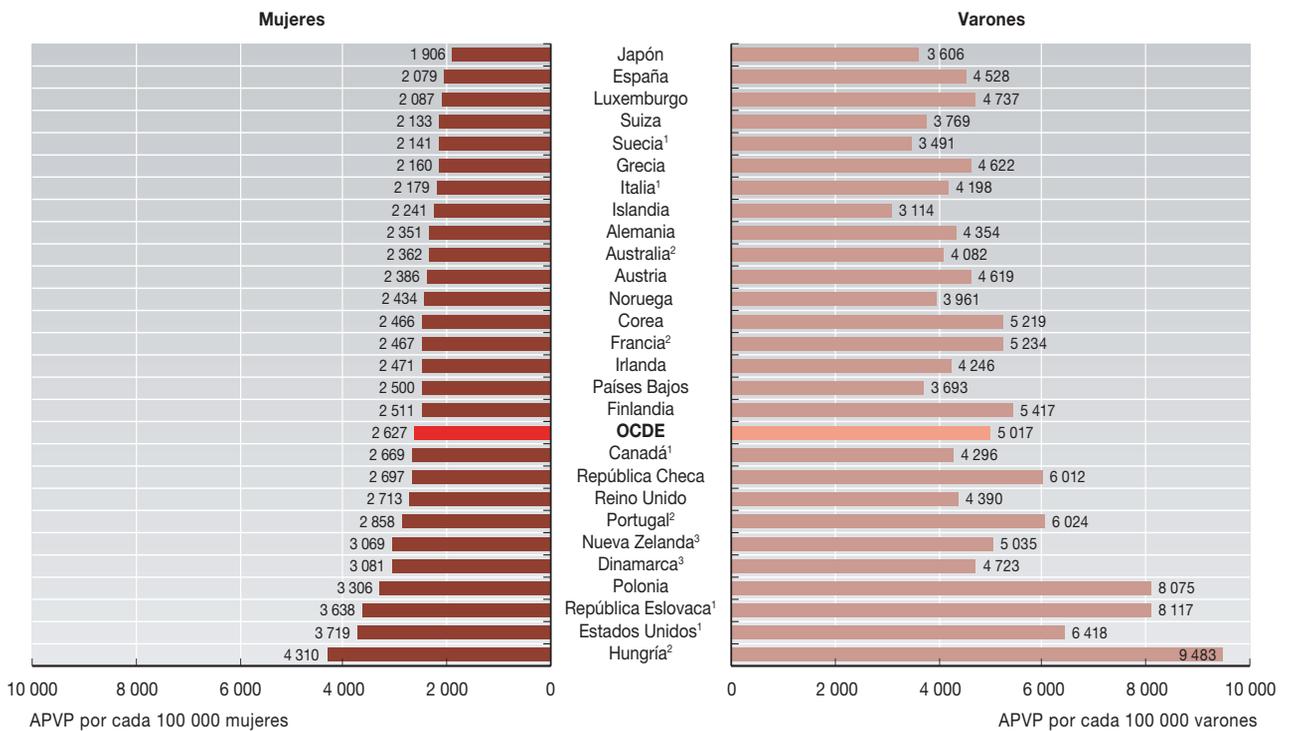
2.3.1. Reducción de los años potenciales de vida perdidos (APVP), mujeres y varones en conjunto, 1970-2004



1. 2002. 2. 2003. 3. 2001.

2.3.2. Años potenciales de vida perdidos (APVP), mujeres y varones, 2004

Los países se clasifican en función de las tasas en las mujeres, de las más bajas a las más altas



1. 2002. 2. 2003. 3. 2001.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007. Los datos de mortalidad brutos se extraen de la Base de datos de Mortalidad de la OMS.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/113345281845>

### 2.4. MORTALIDAD POR CARDIOPATÍAS E ICTUS

Conjuntamente, la cardiopatía isquémica (o ataque al corazón) y los ictus fueron la causa de una cuarta parte de todos los fallecimientos acaecidos en los países de la OCDE en 2004.

La cardiopatía isquémica (CI) se origina por la acumulación de depósitos de grasa que recubren la pared interior de las arterias coronarias, lo que restringe el flujo sanguíneo al corazón. La CI por sí sola fue responsable, como media, del 16 % del total de fallecimientos en países de la OCDE en 2004. En cualquier caso, la mortalidad por CI varía considerablemente entre los distintos países de la Organización (cuadro 2.4.1). La República Eslovaca presenta la mayor tasa de mortalidad por CI tanto en varones como en mujeres, seguida por Hungría y la República Checa. Dicha tasa es asimismo relativamente elevada en Finlandia, Nueva Zelanda y los Estados Unidos, con valores varias veces superiores a los de Japón y Corea, los países con las tasas de mortalidad por CI más reducidas. Existe una pauta regional inequívoca respecto a la variabilidad de tasas de mortalidad por CI. Tras los dos países asiáticos de la OCDE con las menores tasas de mortalidad por CI se sitúan cuatro países ubicados en el sur de Europa (Francia, España, Portugal e Italia) y los Países Bajos. Tal circunstancia avala la hipótesis comúnmente admitida de la existencia de factores de riesgo subyacentes, como la dieta, que explican las diferencias en la mortalidad por CI de unos países a otros.

Hay una diferencia entre géneros significativa en lo que respecta a la mortalidad por CI: las tasas de mortalidad de los varones son muy superiores a las de las mujeres en todos los países (cuadro 2.4.1). En el promedio de los países de la OCDE, las tasas de mortalidad por CI de varones en 2004 eran casi dos veces superiores a las de mujeres.

Desde 1980, las tasas de mortalidad por CI se han reducido en casi todos los países de la OCDE (tabla A.2.4). El descenso ha sido especialmente acusado en Dinamarca, Suecia, Australia, Países Bajos y Canadá, países en los que se han producido reducciones superiores al 50 %. Varios factores son responsables de la reducción de dichas tasas. La disminución del consumo de tabaco ha contribuido a aminorar la incidencia de la CI y, por tanto, a reducir las tasas de mortalidad debidas a esta enfermedad. Las mejoras significativas cosechadas en el terreno del tratamiento médico de la CI ha propiciado asimismo dicho descenso (véanse los indicadores 4.11 "Procedimientos cardiovasculares", y 6.1 "Tasa de letalidad hospitalaria tras un IAM").

El ictus constituye otra importante causa de mortalidad en los países de la OCDE, y produjo en torno al 10 % del total de fallecimientos en 2004. Además de su relevancia como causa de muerte, la carga de discapacidad generada por los ictus es considerable (Moon y cols., 2003). Existen grandes variaciones en las tasas de mortalidad por ictus entre unos países y otros (cuadro 2.4.2). Las tasas más elevadas se registran en Hungría, Portugal, Grecia y la República Checa. Las más bajas, en Suiza, Francia y Canadá.

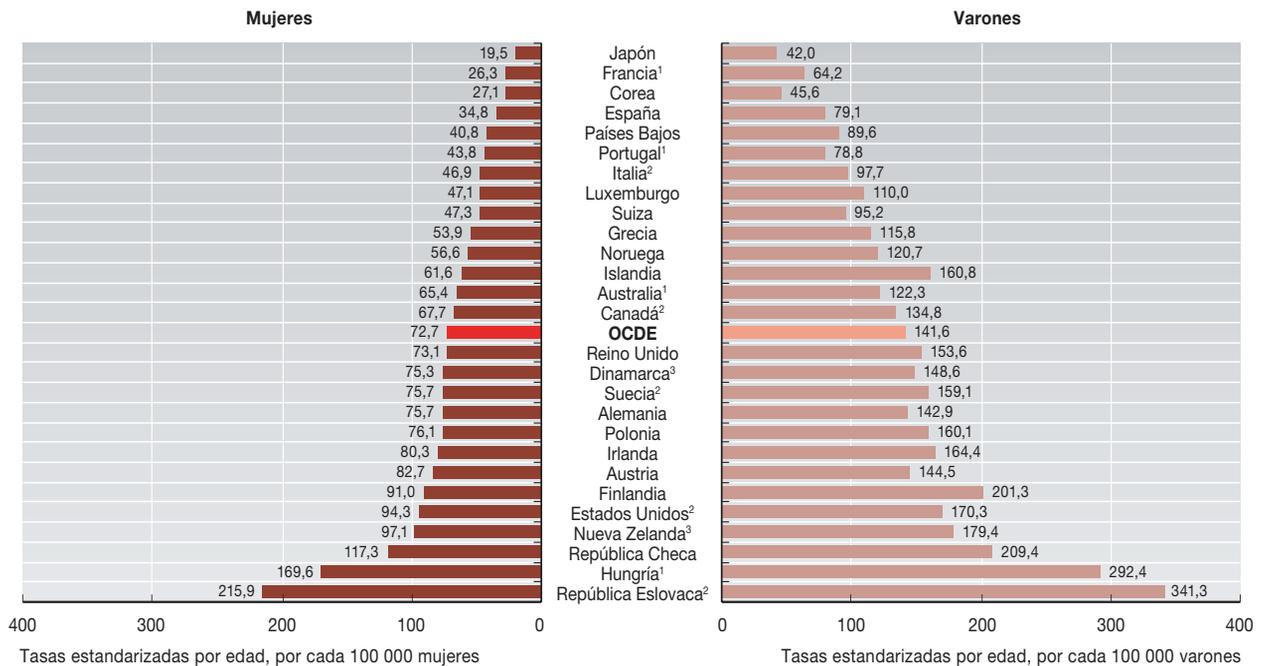
En lo que respecta a las tendencias a lo largo del tiempo, la mortalidad por ictus ha descendido en todos los países de la OCDE (excepto Polonia) desde 1980 (tabla A.2.4). Por lo que se refiere a la CI, la reducción de la mortalidad por ictus puede atribuirse, al menos en parte, a una atenuación de los factores de riesgo. El tabaquismo y la hipertensión son los principales factores de riesgo modificables en el caso del ictus (Stemayr y cols., 1997). Las mejoras del tratamiento médico del ictus han elevado igualmente las tasas de supervivencia (véase el indicador 6.2 "Tasa de letalidad hospitalaria tras un ictus").

#### Definición y desviaciones

Las tasas de mortalidad se basan en el número bruto de muertes, con arreglo a determinadas causas consignadas en la *Base de datos de Mortalidad de la OMS*. Mathers y cols. (2005) han realizado una evaluación general de la cobertura, la exhaustividad y la fiabilidad de los datos de la OMS sobre causas de fallecimiento. Las tasas de mortalidad se han estandarizado en función de la edad conforme a la estructura poblacional de la OCDE de 1980, con el fin de eliminar las variaciones que se derivan de las diferencias de estructuras de edades entre países, y a lo largo del tiempo en cada país.

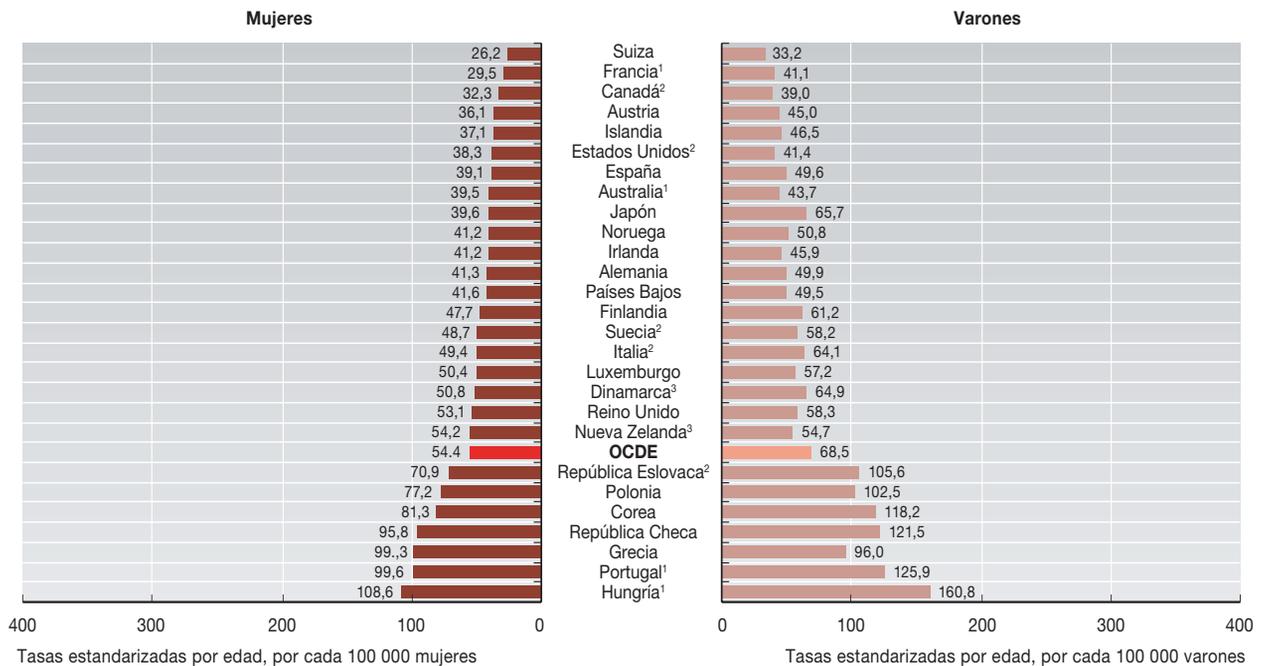
2.4. MORTALIDAD POR CARDIOPATÍAS E ICTUS

2.4.1. Cardiopatía isquémica, tasas de mortalidad, 2004



1. 2003. 2. 2002. 3. 2001.

2.4.2. Ictus, tasas de mortalidad, 2004



1. 2003. 2. 2002. 3. 2001.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007. Los datos brutos sobre mortalidad se han obtenido de la base de datos de mortalidad de la OMS y se normalizan por edad con arreglo a la población de la OCDE en 1980.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/113384677718>

### 2.5. MORTALIDAD POR CÁNCER

El cáncer es la segunda causa de mortalidad en los países de la OCDE después de las enfermedades del aparato circulatorio, y en 2004, como media, provocó un 27 % del total de fallecimientos.

En 2004, las menores tasas de mortalidad por cáncer conjuntas de varones y mujeres se registraban en los países nórdicos (con la excepción de Dinamarca), Suiza y Japón. Las más elevadas se daban en Hungría, las Repúblicas Checa y Eslovaca, y Polonia (cuadro 2.5.1 y tabla A.2.5a). Dinamarca presenta asimismo tasas de mortalidad por cáncer relativamente elevadas, tanto para los varones como para las mujeres. Las diferencias en las tasas de mortalidad por cáncer entre unos países y otros se deben tanto a factores no médicos, entre los que figura la exposición de la población a factores de riesgo (como el tabaquismo), como a factores médicos, entre los que se cuenta el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz de los diversos tipos de la enfermedad (véase el apartado sobre el tratamiento del cáncer en el capítulo 6 sobre la calidad de la asistencia).

Las tasas de mortalidad por cáncer de los varones son superiores a las de las mujeres en todos los países de la OCDE (cuadro 2.5.1). En 2004, la diferencia entre sexos era particularmente amplia en Japón, Corea, Francia, Luxemburgo, España y la República Eslovaca, con tasas en el caso de los hombres más de dos veces superiores a las de las mujeres. Tal diferencia puede explicarse, al menos en parte, por una mayor incidencia de los factores de riesgo entre los varones y una menor disponibilidad o utilización de programas de exploración para distintos tipos de cáncer que afectan a los varones, lo que da lugar a menores tasas de supervivencia tras el diagnóstico.

Por lo que respecta a los tipos específicos de cáncer, el de pulmón sigue produciendo el mayor número de fallecimientos debidos a esta enfermedad entre los varones en todos los países de la OCDE (excepto Suecia), mientras que constituye asimismo una de las principales causas de mortalidad entre las mujeres. El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante para contraer cáncer de pulmón. En 2004, las tasas más altas de mortalidad por cáncer de pulmón en varones se registraron en los países de Europa central y oriental (Hungría, Polonia, la República Checa y Eslovaquia), los Países Bajos, Grecia y Corea (cuadro 2.5.2). Se trata en todos los casos de países en los que, tradicionalmente, los índices de tabaquismo por varones han sido, y siguen siendo, elevados. Las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón más bajas en varones se dan en Suecia, uno de los países con los menores índices de

consumo de tabaco por hombres (véase el indicador 3.1 "Consumo de tabaco").

El de mama es la forma más común de cáncer en el caso de las mujeres en todos los países de la OCDE (IARC, 2004). En muchos de ellos, su incidencia equivale o supera el 30 % del total de cánceres que afectan a las mujeres, y es causa del 15 % al 20 % de muertes provocadas por esta enfermedad. Aunque se ha producido un aumento de las tasas de incidencia medidas de cáncer de mama en la mayoría de los países a lo largo del pasado decenio, las tasas de mortalidad de la enfermedad se han reducido o se han mantenido estables igualmente en la mayoría de los casos, lo que indica el aumento de las tasas de supervivencia debidas a un diagnóstico precoz y a la mejora de los tratamientos (véase el apartado sobre el tratamiento del cáncer en el capítulo 6). En 2004, las tasas de mortalidad por cáncer de mama variaron de manera significativa de unos países a otros (cuadro 2.5.3). Las más bajas se dieron en Corea y Japón, mientras que las más altas se registraron en Dinamarca, Hungría, Irlanda y los Países Bajos.

El de próstata se ha convertido en el cáncer más común en los varones en muchos países de la OCDE, particularmente entre los mayores de 65 años de edad, aunque las tasas de mortalidad por esta enfermedad siguen siendo inferiores a las correspondientes al cáncer de pulmón en todos los países, salvo en Suecia. El aumento registrado en la incidencia de cáncer de próstata en numerosos países a lo largo del decenio de 1990 se debe en gran medida a un mayor uso de la prueba del antígeno prostático específico (PSA). Las tasas de mortalidad por cáncer de próstata en 2004 variaron de valores mínimos inferiores a 10 casos por cada 100.000 varones en Corea y Japón a máximos por encima de los 34 casos por 100.000 varones en Noruega, Dinamarca y Suecia (cuadro 2.5.4). Las causas del cáncer de próstata no se conocen con precisión. Algunos datos indican que ciertos factores relacionados con el ambiente y la dieta podrían influir en el riesgo de padecer la enfermedad (Institute of Cancer Research, 2003).

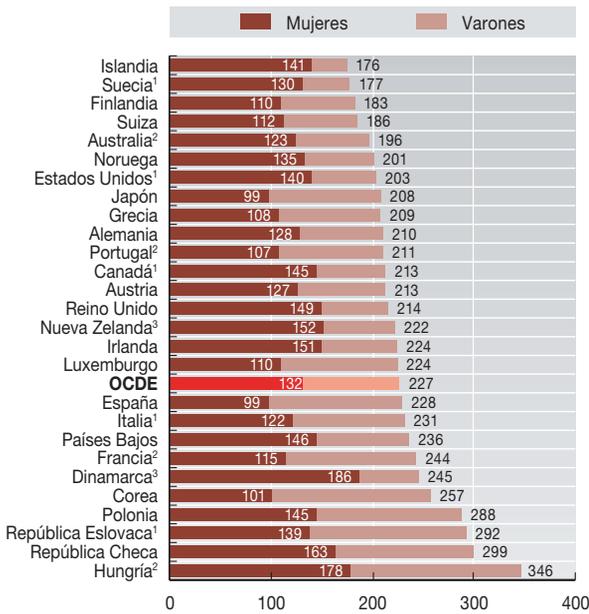
Las tasas generales de mortalidad por todos los tipos de cáncer en varones y mujeres se han reducido, al menos ligeramente, en la mayoría de los países de la OCDE desde 1980, aunque el descenso ha sido más modesto que en el caso de las enfermedades cardiovasculares, lo que explica por qué el cáncer es causa actualmente de una mayor proporción del total de muertes. Las excepciones a esta tendencia a la baja son Grecia, Hungría, Polonia y España, donde las tasas de mortalidad por cáncer se elevaron entre 1980 y 2004 (tabla A.2.5a).

#### Definición y desviaciones

Las tasas de mortalidad por cáncer se basan en el número bruto de muertes, con arreglo a determinadas causas consignadas en la *Base de datos de Mortalidad de la OMS*. Mathers y cols. (2005) han realizado una evaluación general de la cobertura, la exhaustividad y la fiabilidad de los datos de la OMS sobre causas de fallecimiento. La comparabilidad internacional de los datos sobre mortalidad por cáncer puede verse afectada por las diferencias en cuanto a formación y prácticas médicas, así como a procedimientos de certificación de la defunción, entre unos países y otros. Las tasas de mortalidad se han estandarizado en función de la edad conforme a la estructura poblacional de la OCDE de 1980, con el fin de eliminar las variaciones que se derivan de las diferencias de estructuras de edades entre países, y a lo largo del tiempo en cada país.

2.5. MORTALIDAD POR CÁNCER

2.5.1. Todos los cánceres, tasas de mortalidad, varones y mujeres, 2004

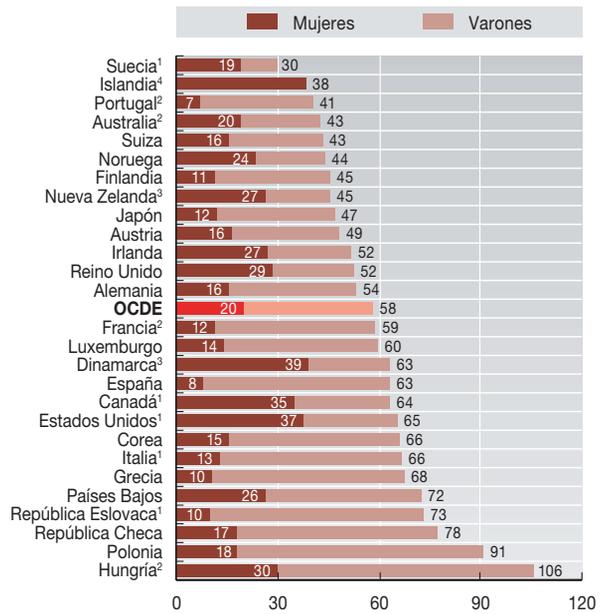


Tasas estandarizadas por edad, por cada 100 000 habitantes

1. 2002. 2. 2003. 3. 2001.

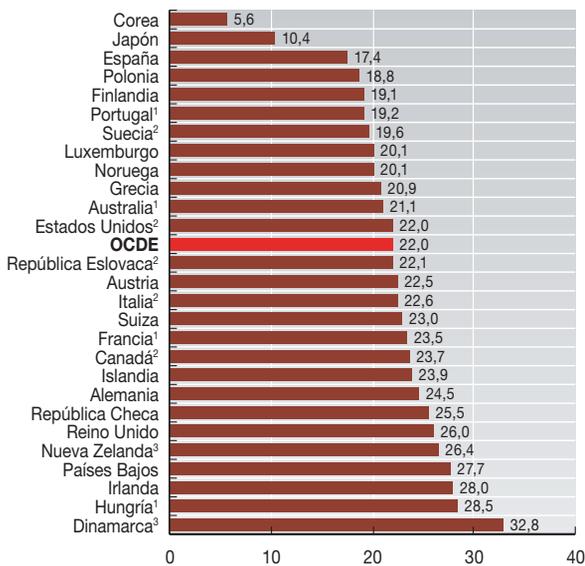
4. En Islandia la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón es similar entre hombres y mujeres.

2.5.2. Cáncer de pulmón, tasas de mortalidad, varones y mujeres, 2004



Tasas estandarizadas por edad, por cada 100 000 habitantes

2.5.3. Cáncer de mama, tasas de mortalidad, mujeres, 2004

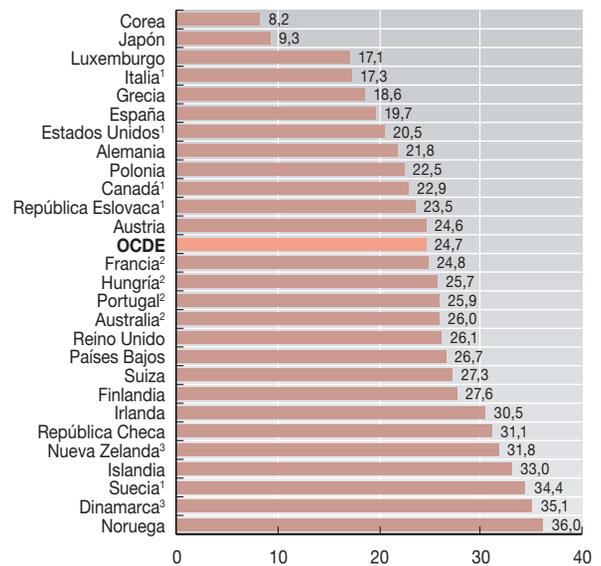


Tasas estandarizadas por edad, por cada 100 000 mujeres

1. 2003. 2. 2002. 3. 2001.

Fuente: Fuente: Eco-Salud OCDE 2007. Los datos brutos sobre mortalidad se han obtenido de la Base de Datos de Mortalidad de la OMS y se estandarizan por edad con arreglo a la población de la OCDE en 1980.

2.5.4. Cáncer de próstata, tasas de mortalidad, varones, 2004



Tasas estandarizadas por edad, por cada 100 000 varones

1. 2002. 2. 2003. 3. 2001.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/113450104303>

### 2.6. MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁFICO

En todo el mundo se calcula que 1,2 millones de personas mueren en accidentes de tráfico cada año, y en torno a 50 millones sufren lesiones. Sólo en los países de la OCDE, este tipo de accidentes provocaron más de 120.000 defunciones en 2004, y constituyen la causa principal de muerte entre los varones jóvenes de numerosos países. Las lesiones y las muertes por accidentes de tráfico siguen siendo un grave motivo de preocupación en el ámbito de la salud pública.

Las tasas de mortalidad por accidente de tráfico varían ampliamente entre los distintos países de la OCDE. En 2004, considerando conjuntamente las tasas de mortalidad de varones y de mujeres, los valores máximos se dieron en Corea y Portugal, seguidos de Grecia, Estados Unidos, Polonia y Hungría (cuadro 2.6.1). Los mínimos se registraron en los Países Bajos, Suecia y el Reino Unido. La cifra de fallecimientos por accidentes de tráfico en el caso de los varones es muy superior a la de las mujeres en casi todos los países de la OCDE, con disparidades que van de tasas 2,2 veces superiores para los varones en Islandia, a 4,2 veces superiores en Suiza (cuadro 2.6.2).

Gran parte de las lesiones y la mortalidad por accidentes de tráfico es evitable. La seguridad del transporte por carretera ha aumentado en los últimos decenios

en muchos países mediante las mejoras de las redes viarias, las campañas de educación y prevención, la aprobación de nuevas leyes y reglamentos y la ejecución de esta nueva legislación mediante la aplicación de más controles de tráfico. Como consecuencia, las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico se han reducido, como media, en más de la mitad en los países de la OCDE desde 1970 (cuadro 2.6.3). Alemania, los Países Bajos y Suiza han registrado los mayores descensos de las tasas de mortalidad, con una reducción de un 75 % desde 1970, aunque los kilómetros/vehículo recorridos se elevaron en 2,6 veces como media en los países de Europa occidental en el mismo período (ECMT, 2007). Las tasas de mortalidad se han reducido asimismo en los Estados Unidos, pero a un ritmo inferior y, por tanto, permanecen por encima del promedio de la OCDE. En Grecia y Polonia se han producido incrementos significativos de las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico desde 1970 (cuadro 2.6.4).

Basándose en tendencias pasadas, las previsiones del Banco Mundial indican que, entre 2000 y 2020, las muertes por accidente de tráfico pueden disminuir aún más, en torno a un 30 % en los países de renta alta, pero pueden elevarse considerablemente en los de rentas bajas y medias si no se adoptan contramedidas de seguridad en carretera adicionales (Peden y cols., 2004).

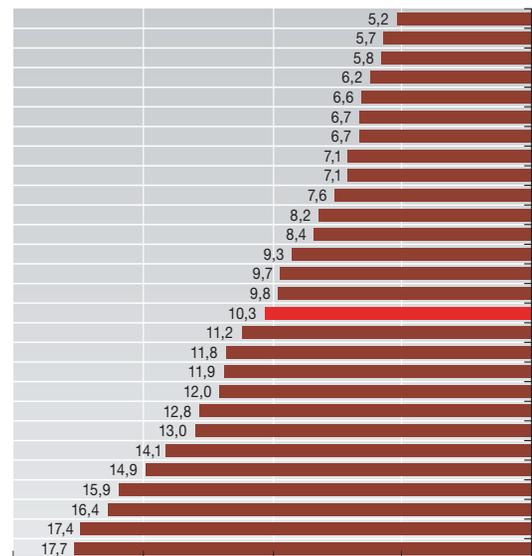
#### Definición y desviaciones

Las tasas de mortalidad se basan en el número bruto de fallecimientos, con arreglo a determinadas causas consignadas en la *Base de Datos de Mortalidad de la OMS*. Mathers y cols. (2005) han realizado una evaluación general de la cobertura, la exhaustividad y la fiabilidad de los datos de la OMS sobre causas de fallecimiento. Las tasas de mortalidad se han normalizado en función de la edad conforme a la estructura poblacional de la OCDE de 1980, con el fin de eliminar las variaciones que se derivan de las diferencias de estructuras de edades entre países, y a lo largo del tiempo en cada país.

Las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico en Luxemburgo tienen un sesgo al alza debido al gran volumen de tráfico en tránsito a otros destinos fuera del país, lo que produce una proporción significativa de muertes de no residentes en este tipo de siniestros.

2.6. MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁFICO

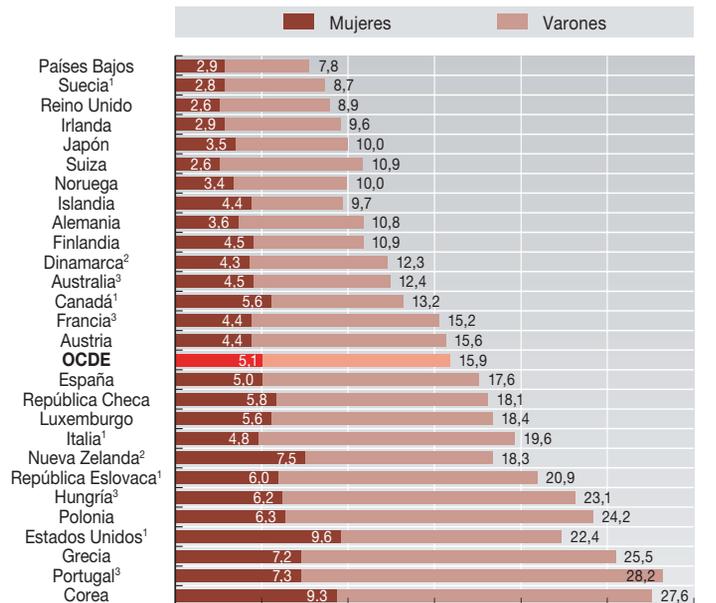
2.6.1. Accidentes de tráfico, tasas de mortalidad, población total, 2004



Tasas estandarizadas por edad, por cada 100 000 habitantes

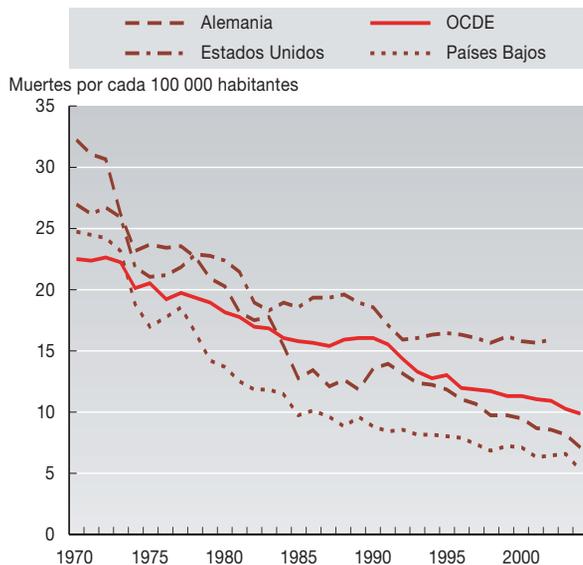
1. 2002. 2. 2001. 3. 2003

2.6.2. Accidentes de tráfico, tasas de mortalidad, varones y mujeres, 2004

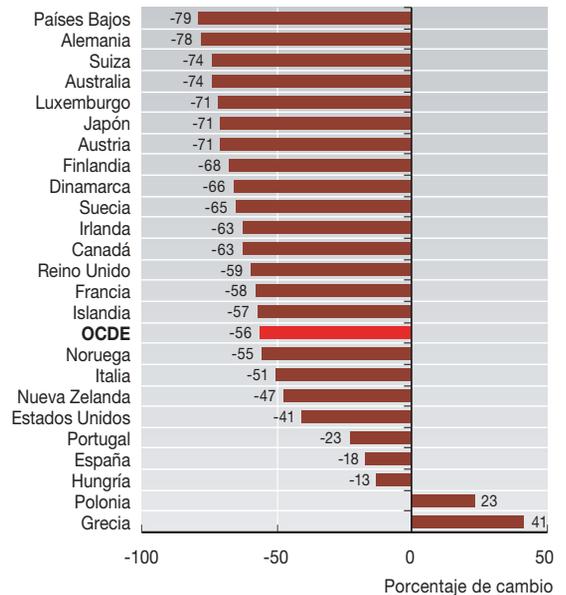


Tasas estandarizadas por edad, por cada 100 000 habitantes

2.6.3. Tendencias en las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico, varios países de la OCDE, 1970-2004



2.6.4. Variación de las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico, 1970-2004 (o año más cercano)



Fuente: Fuente: Eco-Salud OCDE 2007. Los datos brutos sobre mortalidad se han obtenido de la Base de Datos de Mortalidad de la OMS y se estandarizan por edad con arreglo a la población de la OCDE en 1980.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/113524161632>

### 2.7. SUICIDIO

Acabar con la vida de uno mismo de manera deliberada es prueba no sólo de una quiebra personal, sino también de un deterioro del contexto social en el que habita la persona. El suicidio puede ser el resultado final de diversos factores coadyuvantes. Es más probable que ocurra en períodos de crisis asociados a un divorcio, al abuso de alcohol o drogas, al desempleo, la depresión clínica y otras formas de enfermedad mental. Por estas razones, el suicidio se utiliza a menudo como indicador aproximado del estado de salud mental de una población. No obstante, el número de suicidios en ciertos países puede estar subestimado a causa del estigma asociado a este acto.

El suicidio constituye una causa significativa de muerte en muchos países de la OCDE, en concreto de más de 130.000 fallecimientos en 2004. Las tasas de suicidio varían de manera considerable entre los distintos países de la Organización (cuadro 2.7.1). En 2004, los valores mínimos se daban en los países de Europa meridional (Grecia, Italia y España) y el Reino Unido, con tasas de siete muertes o menos por cada 100.000 habitantes. Los valores máximos se registraban en Corea, Hungría, Japón y Finlandia, con 18 o más muertes por cada 100.000 habitantes.

Desde 1980, las tasas de suicidio han descendido en numerosos países de la OCDE, con descensos pronunciados del 40 % o más en Dinamarca, Hungría, Alemania y Suiza (cuadro 2.7.3). A pesar de estos avances, Hungría sigue registrando una de las tasas más elevadas entre los países de la Organización. Por otro lado, las tasas de mortalidad por suicidio han experimentado su mayor ascenso desde 1980 en España e Irlanda, aunque se mantienen en niveles relativamente bajos. En Corea y Japón, las tasas de suicidio se han incrementado desde 1990 y, en la actualidad, se sitúan bastante por encima del promedio de la OCDE (cuadro 2.7.4). Las

tasas de suicidio de varones en Corea se triplicaron, al pasar de 12 por cada 100.000 en 1990, a 36 en 2004, y las de las mujeres se sitúan entre las más elevadas de los países de la OCDE, con un 14 por cada 100.000. Las tensiones de la rápida modernización y la erosión de la base de apoyo de la familia tradicional han intervenido en el reciente aumento de las tasas de suicidio en Corea (Park y cols., 2003; Ra y cols., 2006).

En general, las tasas de mortalidad por suicidio son tres o cuatro veces superiores en el caso de los varones que en el de las mujeres en los países de la OCDE (cuadro 2.7.2), y esta diferencia entre los dos sexos ha mantenido cierta estabilidad a lo largo del tiempo. Tal diferencia se pequeña si se consideran los intentos de suicidio, lo que refleja el hecho de que las mujeres suelen utilizar métodos menos letales que los hombres.

El suicidio está relacionado asimismo con la edad, y los jóvenes menores de 25 años y las personas de edad avanzada se encuentran especialmente expuestos a este riesgo. Mientras que las tasas de suicidio entre las personas de edad avanzada han disminuido en general en los dos últimos decenios, no se han observado apenas avances entre la población más joven.

La prevención de los suicidios no es tarea fácil. Puesto que este tipo de acto está vinculado, en la gran mayoría de los casos, a depresión o a abuso de alcohol u otras sustancias, la detección precoz de tales problemas psicosociales por las familias, asistentes sociales y profesionales sanitarios ha de formar parte de las campañas de prevención del suicidio, junto con la provisión de apoyo y tratamiento eficaces. En Finlandia e Islandia, los programas de prevención del suicidio se han basado en iniciativas encaminadas a promover una sólida colaboración multisectorial, así como la creación de redes (NOMESCO, 2007).

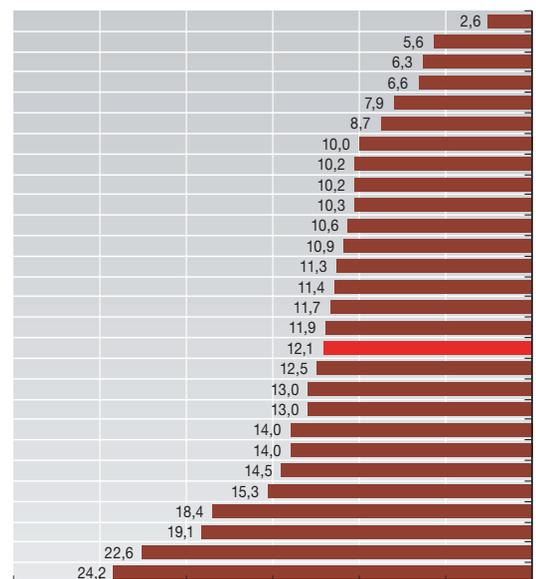
#### Definición y desviaciones

La Organización Mundial de la Salud define "suicidio" como un acto deliberadamente iniciado y ejecutado por una persona con pleno conocimiento o expectativa de su desenlace mortal.

Las tasas de mortalidad se basan en el número bruto de fallecimientos, con arreglo a determinadas causas consignadas en la *Base de Datos de Mortalidad de la OMS*. Mathers y cols. (2005) han realizado una evaluación general de la cobertura, la exhaustividad y la fiabilidad de los datos de la OMS sobre causas de fallecimiento. Las tasas de mortalidad se han estandarizado en función de la edad conforme a la estructura poblacional de la OCDE de 1980, con el fin de eliminar las variaciones que se derivan de las diferencias de estructuras de edades entre países, y a lo largo del tiempo en cada país.

La comparabilidad de los datos sobre suicidios entre los distintos países se ve afectada por varios criterios de consignación de los mismos, incluidos los que atañen al modo en que se determina la intención de una persona de acabar con su propia vida, al responsable de cumplimentar el certificado de defunción, a la realización o no de una investigación medicolegal y a las disposiciones sobre confidencialidad de la causa de la muerte. Por tanto, se requiere precaución al interpretar las variaciones entre países.

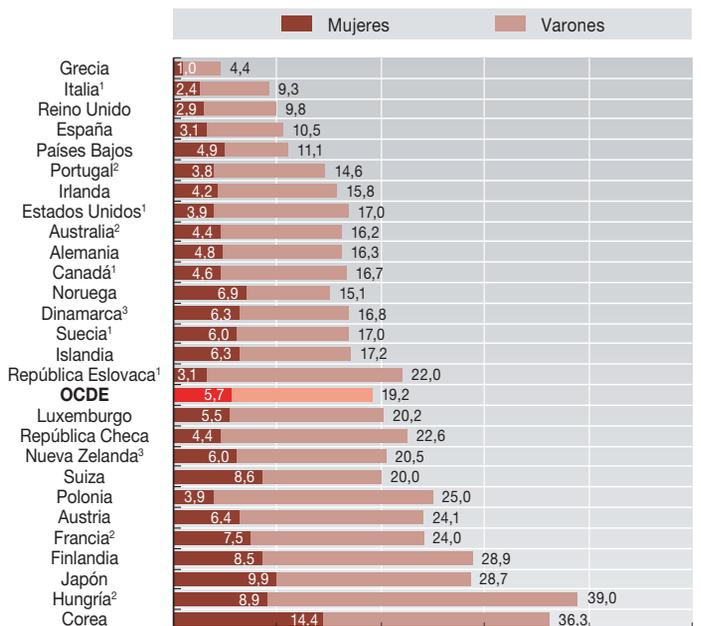
2.7.1. Suicidio, tasas de mortalidad, población total, 2004



Tasas estandarizadas por edad, por cada 100 000 habitantes

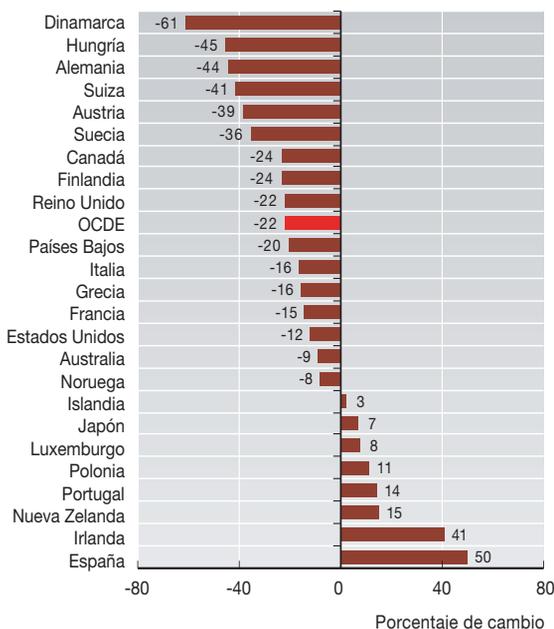
1. 2002. 2. 2003. 3. 2001.

2.7.2. Suicidio, tasas de mortalidad, varones y mujeres, 2004

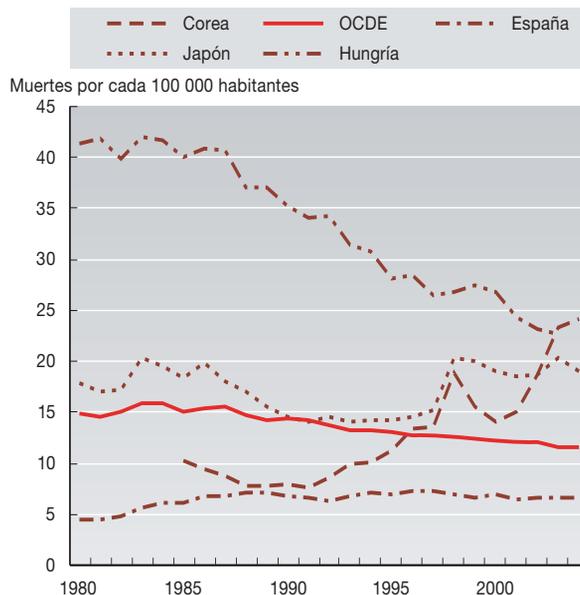


Tasas estandarizadas por edad, por cada 100 000 habitantes

2.7.3. Variación de las tasas de suicidios, 1980-2004 (o año más cercano)



2.7.4. Tendencias en las tasas de suicidios, varios países de la OCDE, 1980-2004



Fuente: Fuente: Eco-Salud OCDE 2007. Los datos brutos sobre mortalidad se han obtenido de la base de datos de mortalidad de la OMS y se estandarizan por edad con arreglo a la población de la OCDE en 1980.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/113587303211>

### 2.8. MORTALIDAD INFANTIL

La tasa de mortalidad infantil, que mide la proporción de niños menores de un año de edad que fallecen, refleja el efecto de las condiciones económicas y sociales en la salud de madres y recién nacidos, así como la eficacia de los sistemas sanitarios.

En 2005, las tasas de mortalidad en niños menores de un año en los países de la OCDE oscilaron entre un valor mínimo de dos o tres muertes por cada 1.000 nacidos vivos en Japón, los países nórdicos (con la excepción de Dinamarca) y Luxemburgo, y un máximo de 19 y 24 fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos en México y Turquía, respectivamente (cuadro 2.8.1). Las tasas de mortalidad infantil también fueron relativamente elevadas (más de seis muertes por cada 1.000 nacidos vivos) en los Estados Unidos y en ciertos países de la Europa central y oriental. El promedio de los países de la OCDE ascendió a 5,4 en 2005.

En torno a dos tercios de los fallecimientos que ocurren en el primer año de vida son neonatales (es decir, en las primeras cuatro semanas). Las malformaciones congénitas, la prematuridad y otros trastornos que surgen durante el embarazo constituyen los factores principales que explican la mortalidad neonatal en los países desarrollados. El aumento del número de mujeres que demoran su maternidad, así como el incremento de los partos múltiples vinculados a tratamientos de fertilidad, han motivado un crecimiento de los partos prematuros (véase el indicador 2.9 "Salud infantil: bajo peso al nacer"). En varios países de renta alta, esta situación ha contribuido a una nivelación de la tendencia a la baja de las tasas de mortalidad infantil en los últimos años. De hecho, el aumento de los partos de niños de muy pequeño tamaño se ha citado como razón fundamental para el primer aumento desde el decenio de 1950 de las tasas de mortalidad infantil en los Estados Unidos entre 2001 y 2002 (CDC, 2003). En cuanto a las muertes posteriores al mes de vida (mortalidad posneonatal), suele haber una gama más amplia de cau-

sas, siendo las más comunes las anomalías congénitas, el síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS), las infecciones y los accidentes.

Todos los países de la OCDE muestran notables avances en la reducción de las tasas de mortalidad infantil desde 1970, cuando la media se aproximaba a los 30 fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos (cuadro 2.8.3). De hecho, la reducción acumulada ha superado el 80 % desde 1970. En Portugal, por ejemplo, la tasa de mortalidad en niños menores de un año se ha reducido en casi un 8 % anual como media desde 1970, y el país ha pasado de presentar la tasa más elevada de Europa a contar con una de las más bajas en la OCDE en 2005 (cuadro 2.8.2). En Corea se han observado asimismo notables reducciones de las tasas de mortalidad infantil. Por otra parte, la disminución ha sido más lenta en los Países Bajos y en los Estados Unidos. Las tasas de mortalidad infantil en los Estados Unidos solían situarse por debajo de la media de la OCDE (y de la mediana), pero actualmente se encuentran por encima (cuadro 2.8.3).

En numerosos estudios se han tomado las tasas de mortalidad infantil como criterio de valoración de la salud con el fin de examinar el efecto de diversos determinantes médicos y no médicos de la salud. Aunque la mayoría de los análisis ponen de relieve una relación general negativa entre la mortalidad infantil y el gasto en salud, el hecho de que algunos países con un nivel elevado de este último no muestren necesariamente cotas bajas de mortalidad infantil ha llevado a algunos investigadores a concluir que no es imprescindible dedicar un mayor gasto a la salud para obtener mejores resultados (Retzlaff-Roberts y cols., 2004). En numerosos estudios se indica asimismo que abundan los factores al margen de la calidad y la eficacia del sistema sanitario, como la desigualdad de la renta, el entorno social y las actitudes y los hábitos de vida individuales, que influyen en las tasas de mortalidad en niños menores de un año (Kiely y cols. 1995).

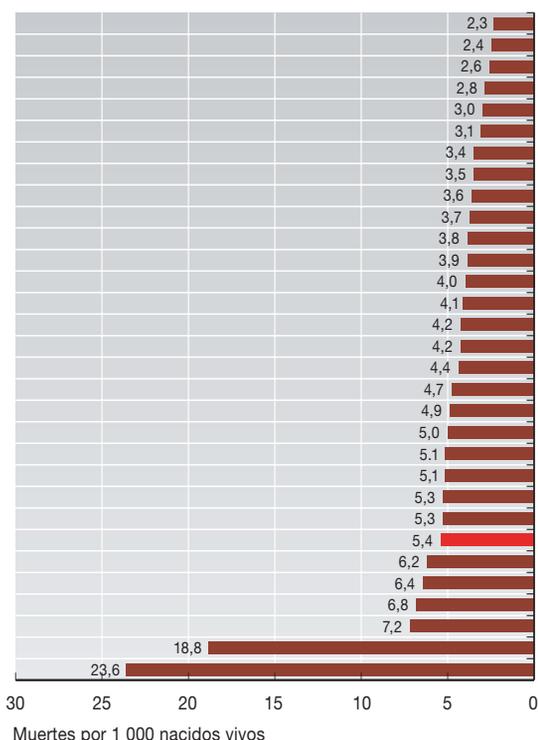
#### Definición y desviaciones

La tasa de mortalidad infantil es el número de muertes de niños menores de un año de edad en un determinado año por cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal alude al fallecimiento de niños de menos de 28 días de vida.

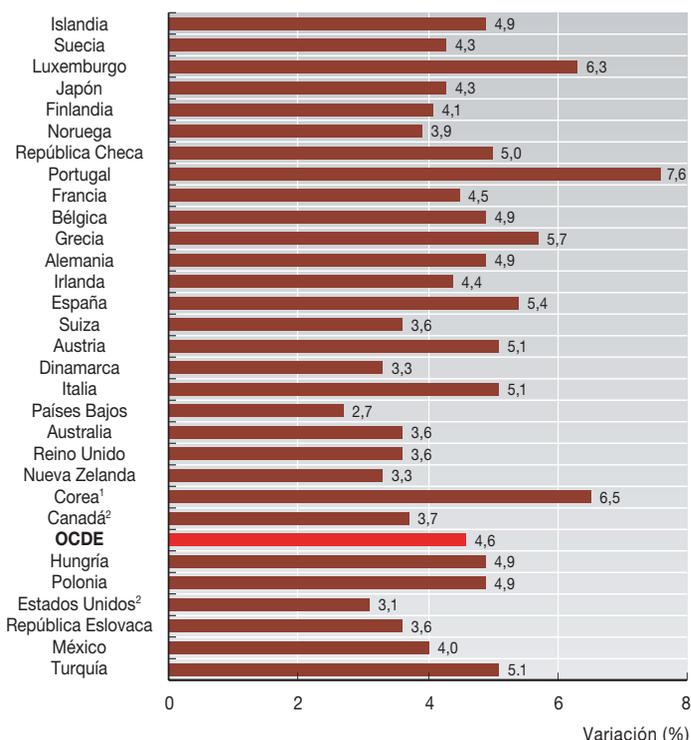
La variación internacional de las tasas de mortalidad infantil y neonatal puede deberse en parte a las diferencias entre países en cuanto a las prácticas de registro de partos prematuros (tanto si se registran como nacidos vivos o como muertes fetales). En varios países, como los Estados Unidos, Canadá, Japón y los Países Nórdicos, los niños muy prematuros con posibilidades de supervivencia relativamente escasas se registran como nacidos vivos, lo que eleva las tasas de mortalidad en comparación con otros países que no siguen tal procedimiento (Sachs y cols., 1995).

2.8. MORTALIDAD INFANTIL

2.8.1. Tasas de mortalidad infantil, 2005



2.8.2. Descenso de las tasas de mortalidad infantil, 1970-2005

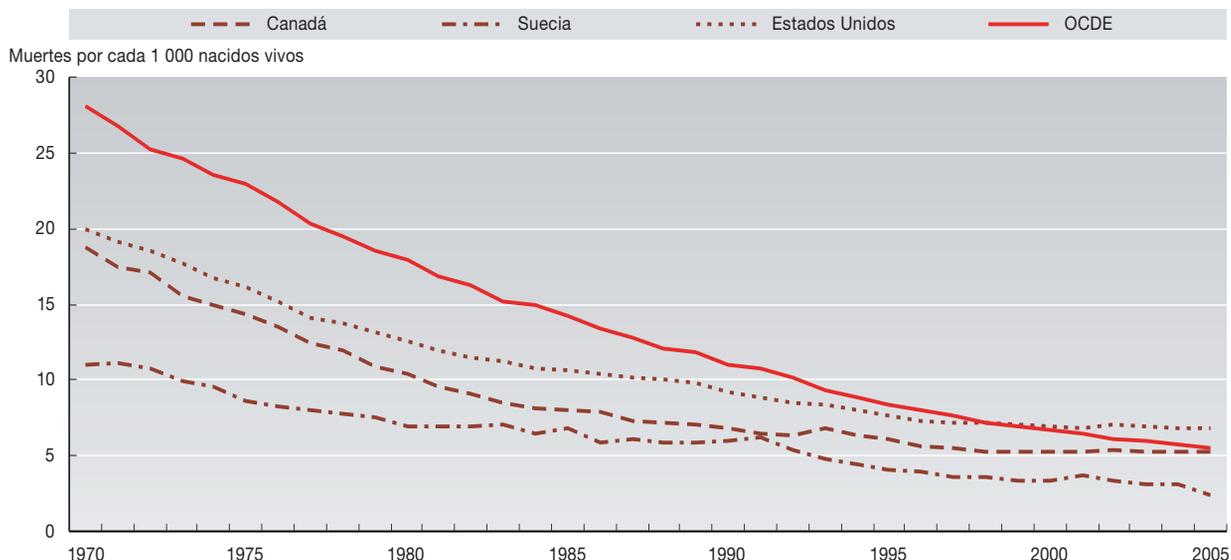


Nota: En Canadá, Japón, Estados Unidos y algunos Países Nórdicos, los niños muy prematuros con muy escasas posibilidades de supervivencia se registran como nacidos vivos, por lo que las tasas notificadas son más altas que en los países que no siguen tal procedimiento.

1. 2002. 2. 2004.

2.8.3. Tasas de mortalidad infantil, 1970-2005

Canadá, Suecia, Estados Unidos y media de la OCDE



Fuente: Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/113588610054>

### 2.9. SALUD INFANTIL: BAJO PESO AL NACER

El bajo peso al nacer (definido como los recién nacidos de menos de 2.500 gramos) constituye un indicador importante de la salud infantil, debido a la estrecha relación entre el peso al nacer y la morbilidad en lactantes. Hay dos categorías de niños con bajo peso al nacer: la que comprende los casos que se producen como resultado de un crecimiento fetal limitado y la que engloba los que se derivan de un parto prematuro. Los lactantes con bajo peso al nacer tienen mayor riesgo de presentar una salud deficiente o de fallecer, requieren un período de hospitalización más prolongado tras el parto y tienen más probabilidades de sufrir discapacidades significativas (UNICEF y OMS, 2004). Entre los factores de riesgo que conciernen al bajo peso al nacer figuran un bajo nivel socioeconómico de los padres, el aumento de la edad de la madre y la fertilidad múltiple, las conductas dañinas como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y una nutrición deficiente, así como un nivel escaso de atención prenatal.

En 2005, los Países Nórdicos (Islandia, Finlandia, Suecia, Noruega y Dinamarca), junto con Corea, Luxemburgo e Irlanda registran las menores proporciones de casos de bajo peso al nacer, con un 5 % o menos respecto al total de los partos de nacidos vivos. Turquía, Japón, Grecia, México, Hungría y los Estados Unidos se sitúan en el otro extremo de la escala, con tasas por encima del 8 % (cuadro 2.9.1). La media global de la OCDE se sitúa en el 6,6 %.

Desde 1980, la prevalencia de niños con bajo peso al nacer ha aumentado en varios países de la OCDE (cuadro 2.9.2 y tabla A.2.9). Puede haber diversas razones de este incremento. En primer lugar, la cifra de partos múltiples, con los riesgos asociados de aumento de partos prematuros y bajo peso al nacer, ha experimentado un incremento constante, en parte como resultado de la expansión de los tratamientos de fertilidad. Entre otros factores que pueden haber influido en el aumento de casos de bajo peso al nacer se cuentan la edad más avanzada en la maternidad y el incremento de uso de técnicas de control del parto, como la inducción y la cesárea.

Japón y España, históricamente entre el grupo de países con una escasa proporción de casos de bajo peso al nacer, han experimentado grandes aumentos en los últimos 25 años. Como consecuencia, la proporción de niños con bajo peso al nacer en estos dos países se sitúa ahora por encima del promedio de la OCDE (cuadro 2.9.3). En el caso de Japón, se han citado varios factores de riesgo como coadyuvantes de este incremento, entre los que figura el aumento de la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres jóvenes a partir del decenio de 1970, junto con un movimiento significativo hacia la demora de la maternidad (Jeong y Hurst, 2001; y Ohmi y cols., 2001). A pesar del incremento del número de niños con bajo peso al nacer, la atención médica en Japón a los recién nacidos ha sido especialmente eficaz en cuanto a la reducción de la mortalidad en lactantes.

En el cuadro 2.9.4 se muestra cierta correlación entre el porcentaje de niños con bajo peso al nacer y las tasas de mortalidad infantil. En general, los países que registran una escasa proporción de niños con bajo peso al nacer declaran asimismo tasas de mortalidad infantil relativamente bajas. Así ocurre, por ejemplo, en los países nórdicos. Japón, sin embargo, constituye una excepción, ya que presenta la proporción más elevada de niños con bajo peso al nacer, y una de las tasas de mortalidad infantil más bajas.

Las comparaciones de diversos grupos poblacionales dentro de cada país indican que la proporción de niños con bajo peso al nacer podría verse influida por la existencia de diferencias en materia de educación, renta y condiciones de vida asociadas. En los Estados Unidos se han observado grandes diferencias entre grupos étnicos en cuanto a la proporción de niños con bajo peso al nacer; en concreto, la proporción de niños de raza negra nacidos en tales circunstancias casi duplica la de los de raza blanca (CDC, 2003). Se han observado diferencias similares entre las poblaciones indígenas y no indígenas de Australia (Laws y cols., 2006) y México, lo que refleja las condiciones de vida desfavorables de muchas de estas madres.

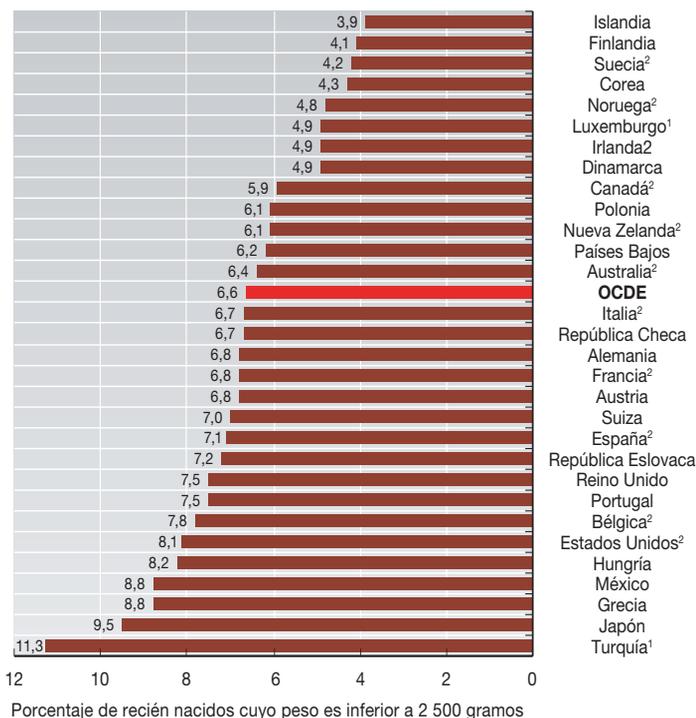
#### Definición y desviaciones

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define bajo peso al nacer como el de un niño que en el parto pesa menos de 2.500 gramos, con independencia de la edad de gestación del lactante. Esta definición se basa en observaciones epidemiológicas relativas al aumento del riesgo de fallecimiento del niño y se utiliza en estadísticas comparativas internacionales de salud. El número de partos de niños con bajo peso al nacer se expresa como porcentaje del total de nacidos vivos.

La mayoría de los datos proceden de los registros civiles; no obstante, en el caso de los Países Bajos, la fuente es una encuesta nacional de salud basada en la realización de entrevistas.

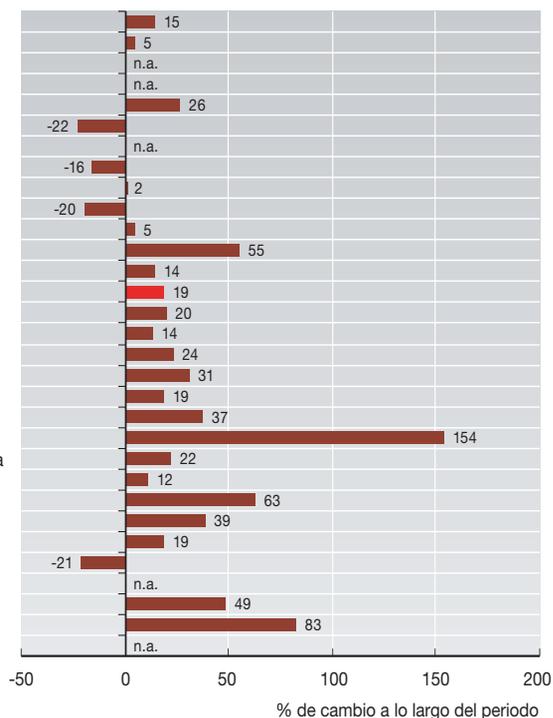
2.9. SALUD INFANTIL: BAJO PESO AL NACER

2.9.1. Niños con bajo peso al nacer, 2005

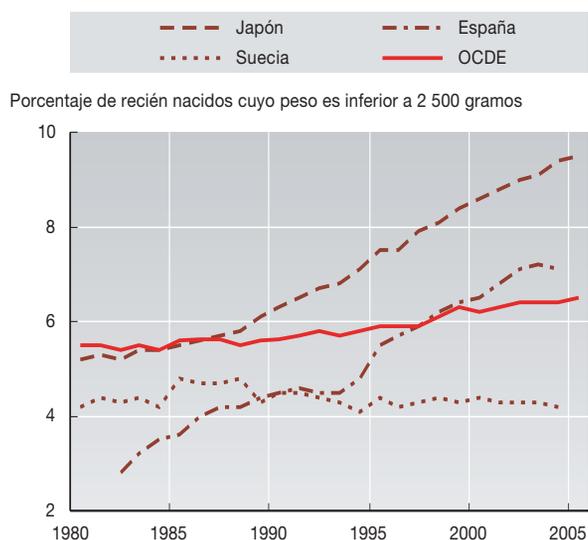


1. 2003. 2. 2004.

2.9.2. Variación de la proporción de niños con bajo peso al nacer, de 1980 a 2005

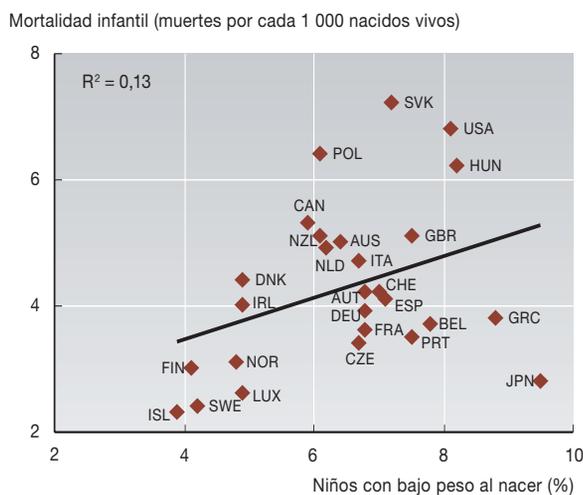


2.9.3. Tendencias de los niños con bajo peso al nacer, varios países de la OCDE, 1980-2005



Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

2.9.4. Niños con bajo peso al nacer y mortalidad infantil, 2005



StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/113636302586>

### 2.10. SALUD DENTAL INFANTIL

Los problemas dentales, fundamentalmente en forma de caries y enfermedades de las encías, son comunes en los países desarrollados, y afectan del 60-90 % de los escolares y a la gran mayoría de los adultos (OMS, 2003). En este sentido, las enfermedades dentales, y otras afecciones bucales, constituyen un problema de salud pública significativo. Dichas enfermedades están muy relacionadas con factores vinculados al modo de vida, entre los que figura las dietas ricas en azúcar, y reflejan asimismo si se aplican o no medidas de protección como la utilización de flúor y una higiene bucal adecuada. Las personas con una salud bucal deficiente pueden experimentar dolor y molestias, discapacidad funcional, baja autoestima e insatisfacción con su aspecto. Gran parte de la carga de las enfermedades dentales recae en las poblaciones desfavorecidas y marginadas socialmente (OMS, 2003). Su tratamiento en los países desarrollados suele ser costoso.

En 2003, o el año más cercano a éste del que se dispone de datos, los niños de 12 años de edad de Alemania, el Reino Unido, los Países Bajos, Suiza, Luxemburgo y Dinamarca tenían, como media, menos de un diente cariado, ausente u obturado de manera permanente (CAO) (cuadro 2.10.1). Por el contrario, los niños de Polonia, Hungría, la República Checa y Portugal tenían tres dientes CAO o más. En la mayoría de los países de la OCDE, los niños de 12 años de edad presentaban de uno a tres dientes CAO.

En los últimos 25 años se ha asistido a una reducción considerable de la tasa de CAO en los países de la

OCDE, pasando de una media de 4,5 en 1980, a 2,6 en 1990 y 1,4 en 2003 en un grupo de países uniforme que disponen de series temporales extensas (tabla A.2.10 y cuadro 2.10.3). En ese mismo período, en 16 de los 19 países de la OCDE respecto a los que se dispone de datos se produjeron descensos de la cifra CAO iguales o superiores al 50 % (cuadro 2.10.2). Se trata de un logro significativo en el ámbito de la salud pública. La mayoría de los países pudieron alcanzar el objetivo de la Organización Mundial de la Salud que consistía en no superar el umbral de 3 CAO en 2000 (OMS, 2003).

Las reducciones del número de caries y de otros problemas dentales se lograron mediante la aplicación de numerosas medidas de salud pública, como la fluoración del agua de las redes públicas de suministro, así como la modificación de las condiciones de vida, el control de enfermedades y la mejora de la higiene bucal.

En el cuadro 2.10.4 se muestra la existencia de una relación débil entre la cifra de CAO en niños y el número de dentistas per cápita. Hay diferencias considerables en los resultados de la tasa de CAO entre países que cuentan con el mismo número de dentistas por habitante, lo que indica que otros muchos factores afectan a la salud dental aparte de la disponibilidad de odontólogos.

Hay motivos para preocuparse en algunos países en los que se ha registrado una ralentización del descenso de dicha tasa, o incluso un aumento de ésta, en los últimos años (tabla A.2.10).

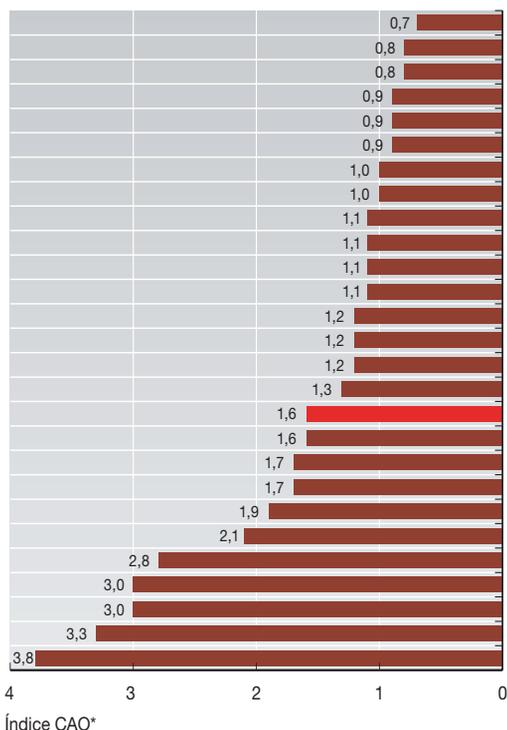
#### Definición y desviaciones

Una medición habitual de la salud dental es el índice CAO. Describe la cantidad de caries en una persona mediante el cálculo del número de dientes cariados (C), ausentes (A) u obturados (O) de forma permanente. La suma de estas tres cifras conforma el índice de CAO. En este caso, los datos se refieren a niños de 12 años de edad. Un índice de CAO inferior a 1,2 se califica como "muy bajo"; entre 1,2 y 2,6, "bajo"; de 2,7 a 4,4, "moderado", y de 4,5 o superior, "alto".

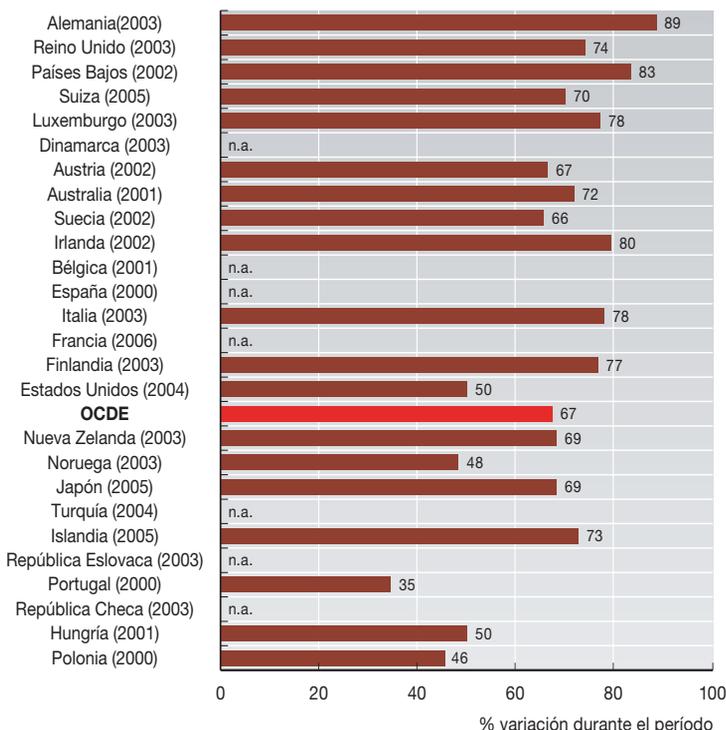
Noruega facilita un índice AO que no incluye los dientes cariados. Suecia utiliza un índice CAO y excluye una medida de los dientes ausentes. La media de edad de los niños de Nueva Zelanda puede ser ligeramente superior a los 12 años, puesto que su estudio se basa en los escolares de octavo curso.

2.10. SALUD DENTAL INFANTIL

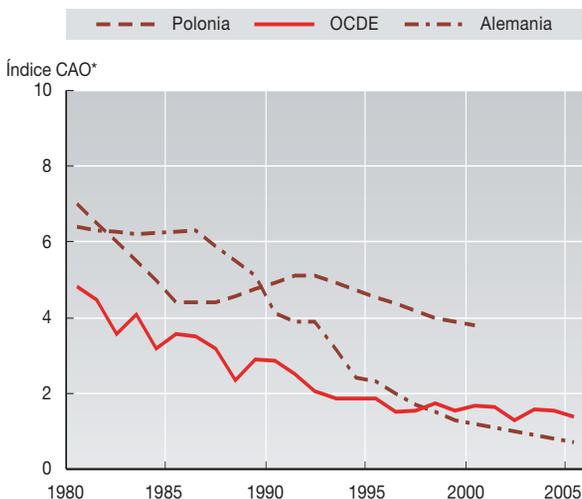
2.10.1. Promedio de dientes cariados, ausentes u obturados, niños de 12 años de edad, 2003 (o el último año disponible)



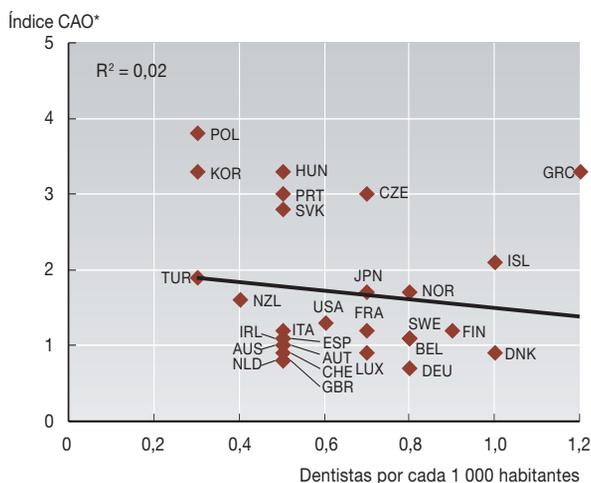
2.10.2. Descenso del promedio de dientes cariados, ausentes u obturados, niños de 12 años de edad, de 1980 a 2003



2.10.3. Promedio de dientes cariados, ausentes u obturados, niños de 12 años de edad, varios países de la OCDE, 1980-2005



2.10.4. Promedio de dientes cariados, ausentes u obturados, niños de 12 años de edad, y dentistas por cada 1.000 habitantes, 2003



\* CAO: Dientes cariados, ausentes u obturados.  
Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

### 2.11. ESTADO DE SALUD PERCIBIDO

La mayoría de los países de la OCDE llevan a cabo encuestas periódicas sobre el estado de salud basadas en la realización de entrevistas, que permiten a los consultados informar de diversos aspectos de su salud. Una pregunta que se plantea con frecuencia atañe al estado de salud percibido, y es del tipo: "¿cómo se encuentra usted de salud en general?" A pesar de la naturaleza general y subjetiva de esta cuestión, se ha determinado que los indicadores del estado de salud percibido constituyen un buen factor de predicción del uso futuro de la atención sanitaria y de la mortalidad de las personas (p. ej., véase Miilunpalo y cols., 1997). No obstante, a efectos de la realización de comparaciones internacionales, las diferencias entre países en el estado de salud percibido resultan difíciles de interpretar, puesto que las respuestas pueden verse afectadas por diferencias en la formulación de las preguntas y las contestaciones de la encuesta, así como por factores culturales.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, en la mitad de los países de la OCDE, casi tres cuartas partes o más de la población adulta califican su salud como, buena, muy buena, o excelente (cuadro 2.11.1). Los Estados Unidos, Canadá y Nueva Zelanda son los tres países que registran el mayor porcentaje de personas que valoran su salud como buena o muy buena, con una proporción en torno a nueve de cada diez consultados que declaran encontrarse en buen estado de salud. Sin embargo, las categorías de respuesta ofrecidas a los encuestados en estos tres países difieren de las utilizadas en los países europeos y los miembros asiáticos de la OCDE, lo que introduce un sesgo al alza en los resultados (véase más adelante el recuadro sobre "Definición y desviaciones").

En España y Finlandia, dos tercios aproximadamente de la población adulta califica su salud como buena o muy buena. En el extremo inferior de la escala,

menos de la mitad de la población adulta de la República Eslovaca, Hungría, Portugal, Japón y Corea valora su salud como buena o muy buena.

Haciendo hincapié en las diferencias en cada uno de los países, en la mayoría de estos es más probable que los varones califiquen su salud como buena, o mejor, que lo hagan las mujeres (cuadro 2.11.2). No resulta sorprendente que la autovaloración positiva de la salud tienda a declinar con la edad. En muchos países se observa un descenso especialmente acusado de la autovaloración positiva de la salud propia después de los 45 años de edad, y un descenso ulterior tras los 65 años. En todos los países de la OCDE, las personas con un nivel de formación y de renta bajo no califican su salud de manera tan positiva como las que poseen un nivel de formación y renta alto.

El porcentaje de la población adulta que califica su salud como buena o muy buena se ha mantenido estable en general en los últimos 25 años en aquellos países en los que se dispone de series temporales de tal extensión (cuadro 2.11.3). Lo mismo ocurre en general con la población de 65 o más años de edad. Una posible interpretación de la coexistencia de índices relativamente estables del estado de salud percibido entre la población adulta, con el incremento constante de la esperanza de vida en los últimos 25 años, puede consistir en que, ahora, los habitantes de dichos países viven más años, pero, posiblemente, no con un mejor estado de salud. Otra posible interpretación de la relativa estabilidad de dicho indicador puede tener que ver con el modo en que se mide de manera específica, es decir, sobre la base de una variable vinculada (a los consultados se les pide que califiquen su salud con arreglo a una escala de cinco puntos que permanece inalterada en el tiempo), mientras que la esperanza de vida se mide sin tal límite.

#### Definición y desviaciones

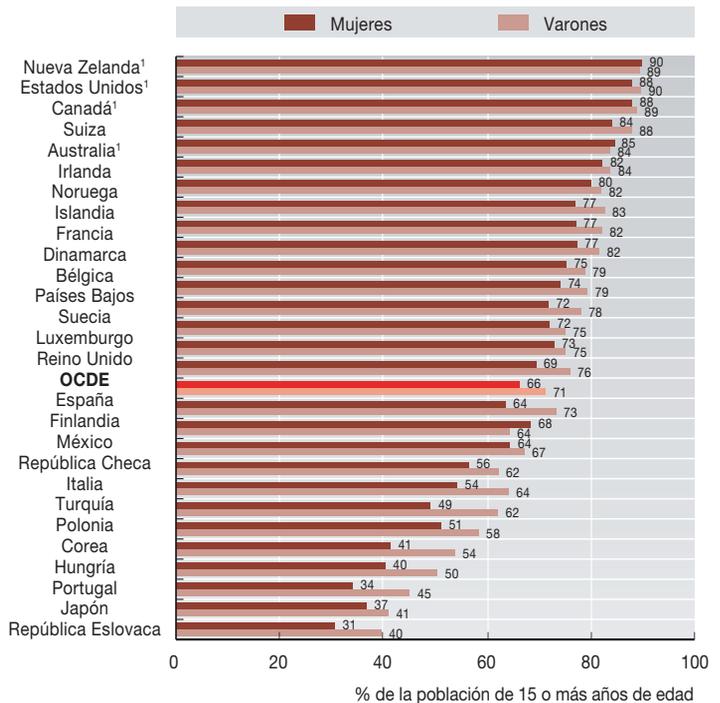
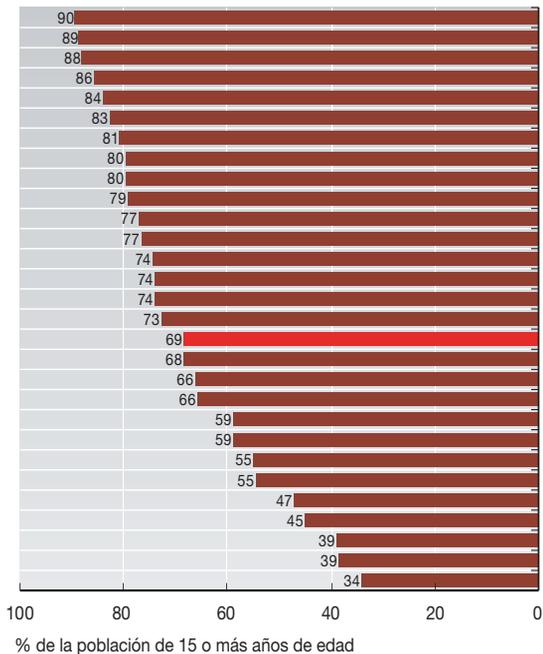
El estado de salud percibido refleja la percepción general de las personas respecto a su salud, incluidas las dimensiones físicas y psicológicas. Habitualmente, a los encuestados se les plantea una pregunta como la que sigue: "¿Cómo se encuentra de salud en general? Muy bien, bien, regular, mal, muy mal". En *Eco-Salud OCDE* figuran cifras relativas a la proporción combinada de personas que califican su salud de "buena" o "muy buena".

Es necesario actuar con precaución al efectuar comparaciones entre países del estado de salud percibido, por dos motivos al menos. En primer lugar, la valoración de la salud propia es subjetiva y puede verse afectada por diversos factores más allá del estado "real", como el bagaje cultural y las características nacionales. En segundo lugar, hay variaciones en las categorías de preguntas y respuestas utilizadas para medir la percepción de la salud entre encuestas y países. En particular, la escala de respuestas utilizada en los Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda y Australia es asimétrica (sesgada hacia el lado positivo) y comprende las siguientes categorías: "excelente, muy bien, bien, aceptable, mal". Los datos consignados en *Eco-Salud OCDE* aluden a los consultados que eligen una de las tres respuestas positivas ("excelente, muy bien o bien"). Por el contrario, en la mayoría del resto de países de la OCDE, la escala de respuestas es simétrica, con las siguientes categorías: "muy bien, bien, regular, mal, muy mal". Los datos consignados de estos países aluden únicamente a las dos primeras categorías ("muy bien, bien"). Tal diferencia en las categorías de respuesta origina un sesgo al alza en los resultados de los países que utilizan una escala asimétrica, en comparación con los que emplean una simétrica.

2.11. ESTADO DE SALUD PERCIBIDO

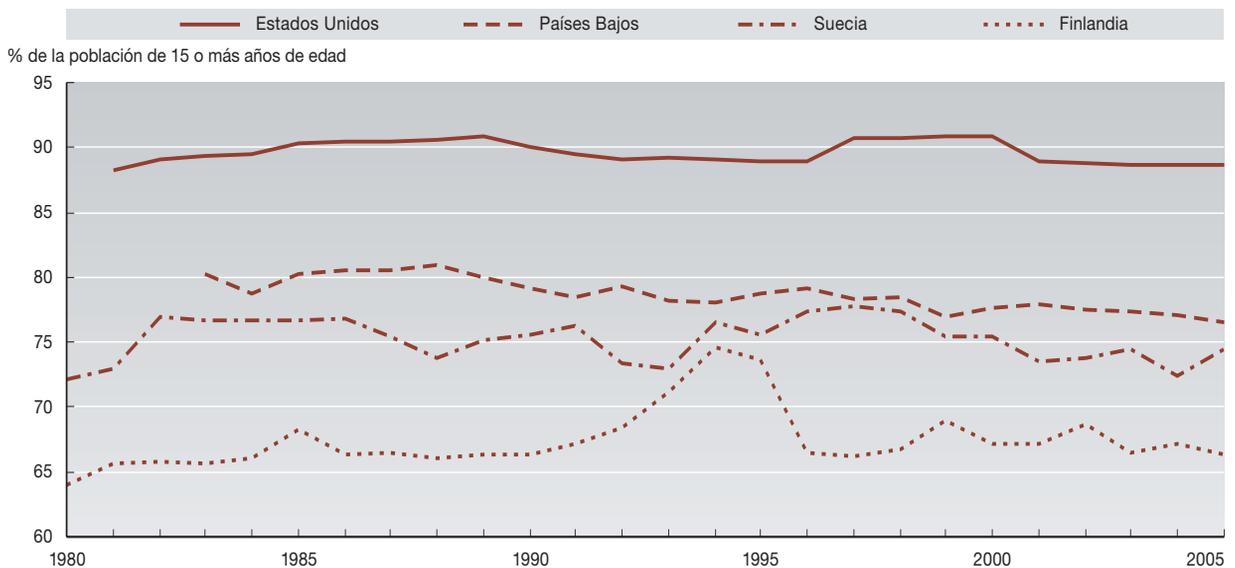
2.11.1. Porcentaje de adultos que valoran su salud como buena, mujeres y varones en conjunto, 2005 (o último año disponible)

2.11.2. Diferencias entre sexos en el porcentaje de adultos que valoran su salud como buena, 2005 (o último año disponible)



1. Los resultados de estos países no pueden compararse directamente con los de otros países dadas las diferencias metodológicas en el cuestionario que provocan un sesgo al alza.

2.11.3. Tendencias en el porcentaje de adultos que valora su salud como buena, varios países de la OCDE, de 1980 a 2005



Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/113710855475>

### 2.12. INCIDENCIA DEL SIDA

Los primeros casos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se diagnosticaron hace un cuarto de siglo. El desarrollo del SIDA se debe normalmente a la infección por el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) y puede manifestarse como diversos trastornos, como la neumonía y la tuberculosis, dado que el sistema inmunitario pierde la capacidad para defender al organismo. Existe un lapso entre la infección por VIH, el diagnóstico de SIDA y el fallecimiento por la infección, que puede comprender un número variable de años en función del tratamiento administrado. En cualquier caso, a pesar de las investigaciones emprendidas en todo el mundo, actualmente no se dispone de curación para la enfermedad.

En 2005, el número de nuevos casos de SIDA declarados se situó en unos 55.000 en el área de la OCDE en su conjunto, lo que representa una tasa de incidencia media no ponderada de 18,8 casos por millón de habitantes (cuadro 2.12.1 y tabla A.2.12). Desde el primer registro de casos de SIDA a principios del decenio de 1980, su número se elevó con rapidez hasta alcanzar un promedio superior a 44 nuevos casos por millón de habitantes en el conjunto de países de la OCDE en su momento más álgido, en la primera mitad del decenio de 1990, más del doble de las tasas de incidencia actuales (cuadro 2.12.2). Las campañas de sensibilización públicas contribuyeron a una disminución constante de los casos registrados durante la segunda mitad del decenio de 1990. Además, el desarrollo y la mayor disponibilidad de fármacos antirretrovirales, que reducen o retrasan el desarrollo de la enfermedad, propició un acusado descenso de la incidencia entre 1996 y 1997.

Los Estados Unidos han registrado sistemáticamente las tasas de incidencia de SIDA más elevadas entre los países de la OCDE, aunque es importante señalar que las definiciones para el registro de casos se ampliaron en 1993 y difieren de las utilizadas en toda

Europa y otros Estados miembros de la Organización. El cambio de la definición explica asimismo un notable incremento de los casos en los Estados Unidos en 1993 (cuadro 2.12.2). En Europa, España registraba las mayores tasas de incidencia en el primer decenio posterior a la irrupción de la enfermedad, aunque se ha producido un acusado descenso desde 1994, lo que ha dejado a Portugal con la mayor tasa de incidencia entre los países europeos en la actualidad. Países de Europa central como las Repúblicas Checa y Eslovaca y Hungría, junto con Corea y Japón, refieren las menores tasas de incidencia de SIDA entre los miembros de la OCDE.

En los Estados Unidos, las minorías raciales y étnicas siguen viéndose afectadas de manera desproporcionada por la epidemia de SIDA. Lo mismo ocurre en Canadá en el caso de las poblaciones autóctonas. En la mayoría de los países de la OCDE, el principal factor de riesgo de infección por el VIH sigue siendo las relaciones sexuales sin protección entre varones (ONUSIDA, 2006). Al mismo tiempo, en torno al 75 % de las infecciones por el VIH adquiridas mediante relaciones heterosexuales en Europa occidental y central se da entre inmigrantes y emigrantes en general.

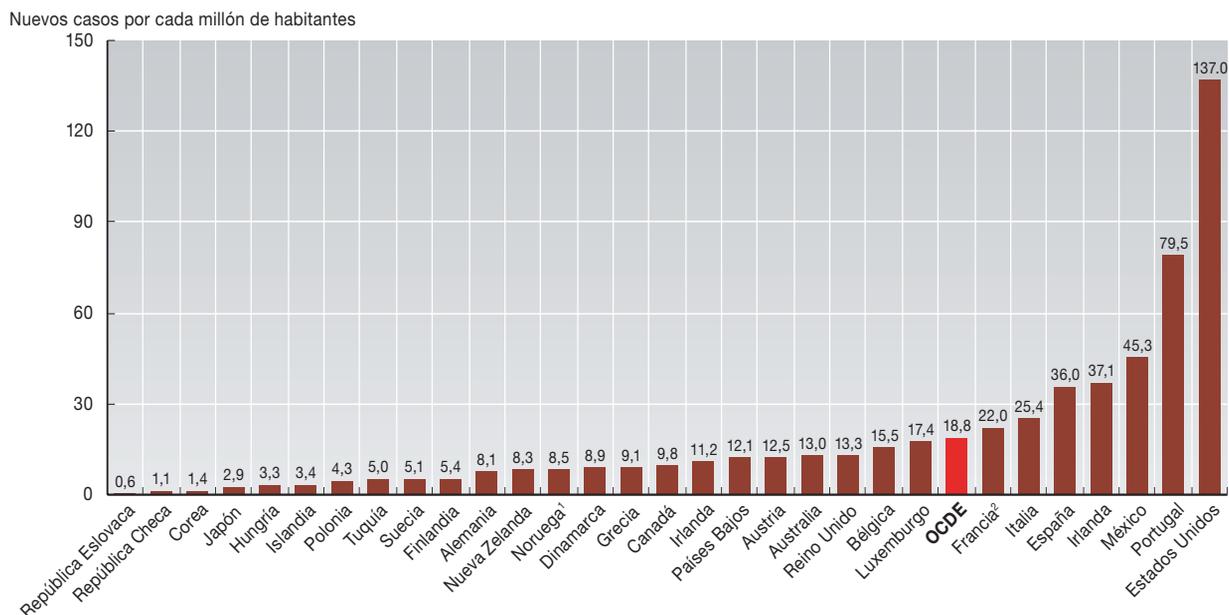
En los últimos años, el descenso general de los casos de SIDA se ha ralentizado. Esta inversión de la tendencia positiva se ha visto acompañada de la constatación de un repunte de las tasas de nuevos casos de infección por el VIH. Tal situación se ha atribuido a la complacencia respecto a la eficacia del tratamiento y a una mengua de la sensibilización pública respecto al consumo de drogas y a las prácticas sexuales. La mejora ulterior de las tasas de incidencia del SIDA exigirá la aplicación de programas de prevención del VIH más intensivos, orientados y adaptados para extender su alcance a aquéllos que se exponen a un mayor riesgo de contraer la infección por el VIH.

#### **Definición y desviaciones**

La tasa de incidencia del SIDA es el número de nuevos casos por millón de habitantes y por año de diagnóstico. Los datos correspondientes a los últimos años son provisionales debido a las demoras en su consignación que, en ocasiones, pueden extenderse varios años, dependiendo del país.

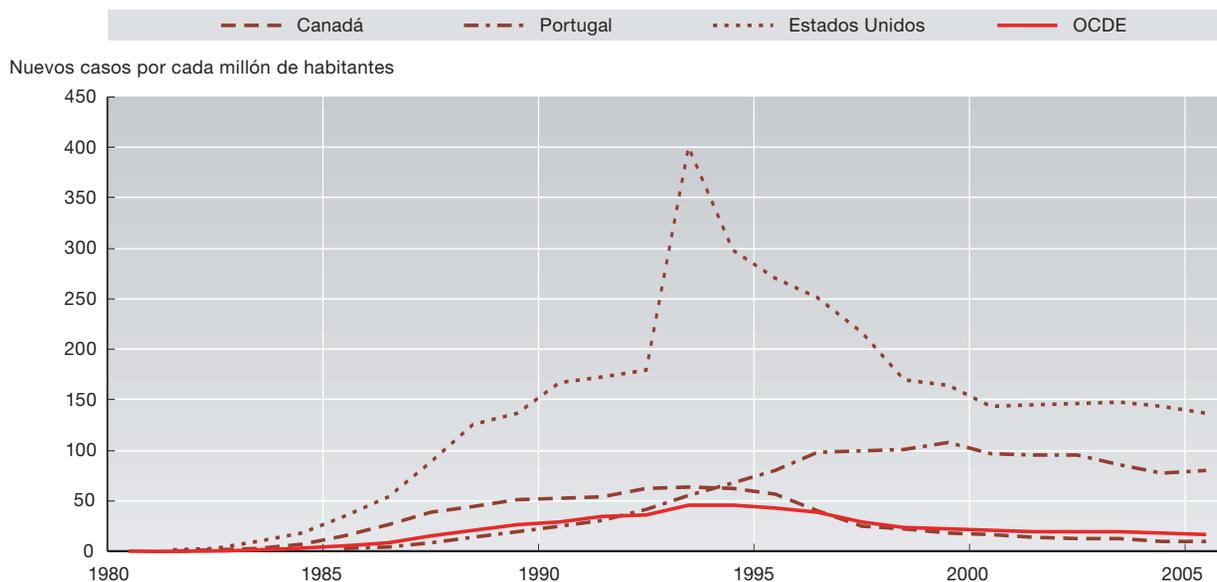
Los Estados Unidos ampliaron su definición de caso de vigilancia de SIDA en 1993 para incluir los criterios de recuento de linfocitos T. Esta ampliación de la definición dio lugar a un notable incremento del número de nuevos casos en dicho país en ese año y explica algunas de las variaciones actuales en la incidencia de SIDA entre los Estados Unidos y otros miembros de la OCDE.

2.12.1. Tasas de incidencia del SIDA, 2005



1. 2003. 2. 2004.

2.12.2. Tendencias en las tasas de incidencia del SIDA, 1980-2005



Nota: Los Estados Unidos ampliaron su definición de caso de vigilancia de SIDA en 1993. Los datos correspondientes a los países europeos se han obtenido del Centro Europeo para el Control Epidemiológico del SIDA.

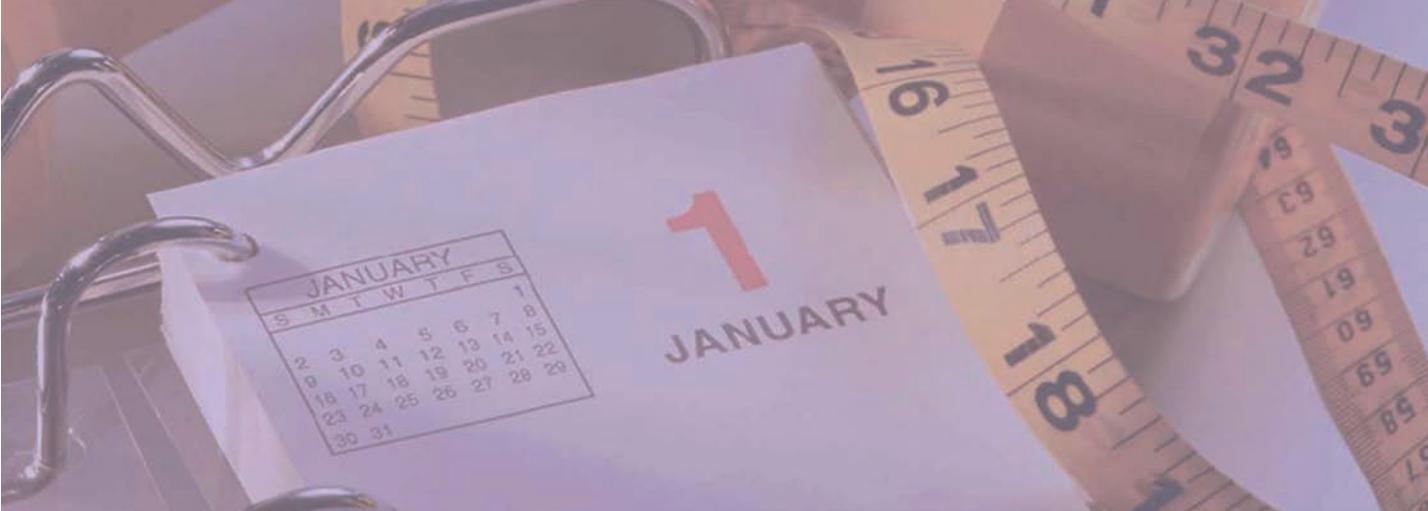
Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/113724174126>



JANUARY						
S	M	T	W	T	F	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

**1**  
JANUARY



### **3. DETERMINANTES NO MÉDICOS DE LA SALUD**

3.1. CONSUMO DE TABACO .....	46
3.2. CONSUMO DE ALCOHOL .....	48
3.3. SOBREPESO Y OBESIDAD .....	50

## 3. DETERMINANTES NO MÉDICOS DE LA SALUD

### 3.1. CONSUMO DE TABACO

Según la Organización Mundial de la Salud, el tabaco constituye la segunda mayor causa de mortalidad en el mundo y es directamente responsable de una de cada diez muertes en el conjunto de las regiones, lo que equivale a unos 5 millones de fallecimientos cada año (OMS, 2002a). Se trata de un factor de riesgo fundamental respecto al menos dos de las causas principales de mortalidad prematura: las enfermedades circulatorias y diversos tipos de cáncer. Además, contribuye en gran medida al padecimiento de enfermedades respiratorias, y su consumo por mujeres embarazadas puede dar lugar a un bajo peso al nacer y diversas enfermedades de los lactantes. Sigue constituyendo el mayor riesgo evitable para la salud en los países de la OCDE.

La proporción de las personas que fuman a diario en el conjunto de la población adulta varía enormemente entre los países de la OCDE, incluso entre países vecinos (cuadro 3.1.1). Las tasas de tabaquismo más bajas se registran en América del Norte, Australia y en países tan diversos como Suecia y Portugal. Como media, dichas tasas se han reducido en casi tres puntos porcentuales en los países de la OCDE desde 2000, de manera constante en varones y mujeres. Los principales contribuyentes a tal descenso son Bélgica (del 31 al 20 %), Canadá (del 22 al 17 %), Dinamarca (del 30 al 26 %), Corea (del 30 al 25 %) y Luxemburgo (del 30 al 23 %). Grecia mantiene el nivel más elevado de tabaquismo, y es el único país de la OCDE en el que éste parece experimentar una tendencia al alza (del 35 al 39 %), tanto en varones como en mujeres.

En el período de posguerra, la mayoría de los países de la OCDE tendieron a seguir un patrón general caracterizado por unas tasas de tabaquismo muy elevadas en el caso de los varones (50 % o superior) a lo largo de los decenios de 1960 y 1970, mientras que los de 1980 y 1990 se caracterizaron por un descenso acusado del consumo de tabaco. Gran parte de esta disminución puede atribuirse a las políticas encaminadas a reducir el consumo

de tabaco mediante la realización de campañas de sensibilización pública, prohibiciones de la publicidad e incremento de la tributación, como respuesta a las elevadas tasas de enfermedades relacionadas con el tabaco (Banco Mundial, 1999). Además de las políticas públicas, las acciones emprendidas por grupos de interés antitabaco resultaron muy eficaces en cuanto a la reducción de las tasas de tabaquismo, al modificar las creencias acerca de los efectos de este consumo sobre la salud, sobre todo en América del Norte (Cutler y Glaeser, 2006).

Aunque sigue habiendo grandes disparidades, las tasas de consumo de tabaco en la mayoría de los países de la OCDE han experimentado un descenso acusado en los últimos decenios (cuadro 3.1.3). La prevalencia del tabaquismo en el caso de los varones sigue siendo superior a la de las mujeres en todos los países de la OCDE, salvo Suecia. Las tasas de consumo de tabaco por las mujeres siguen disminuyendo en la mayoría de los países de la OCDE, y, en algunos casos, a un ritmo incluso superior al de las tasas de los varones. Únicamente en cuatro países, las tasas de tabaquismo de las mujeres parecen haberse elevado en los últimos 15 años (Grecia, Alemania, México y España), pero en estos casos, las mujeres siguen registrando tasas significativamente inferiores a las de los varones. En 2005, la diferencia entre sexos en las tasas de tabaquismo era especialmente amplia en Corea, Japón y Turquía y, en menor medida, en México, Portugal, Grecia y Polonia (cuadro 3.1.2).

En el cuadro 3.1.4. se muestra la correlación entre el consumo de tabaco (medido en gramos per cápita) y la incidencia del cáncer de pulmón en el conjunto de los países de la OCDE, utilizando un período de latencia de dos decenios. Un mayor tabaquismo a escala nacional en un determinado año suele asociarse asimismo, una vez transcurridos uno o dos decenios, a unas tasas de mortalidad por cáncer de pulmón superiores en todos los países de la OCDE.

#### **Definición y desviaciones**

La proporción de fumadores diarios se define como el porcentaje de la población de 15 o más años de edad que declara fumar todos los días.

La comparabilidad internacional se ve limitada por la falta de normalización de la medición de los hábitos de tabaquismo en las encuestas sobre el estado de salud basadas en entrevistas en los países de la OCDE. Sigue habiendo variaciones en la redacción de las preguntas, las categorías de respuesta y los métodos de encuesta.

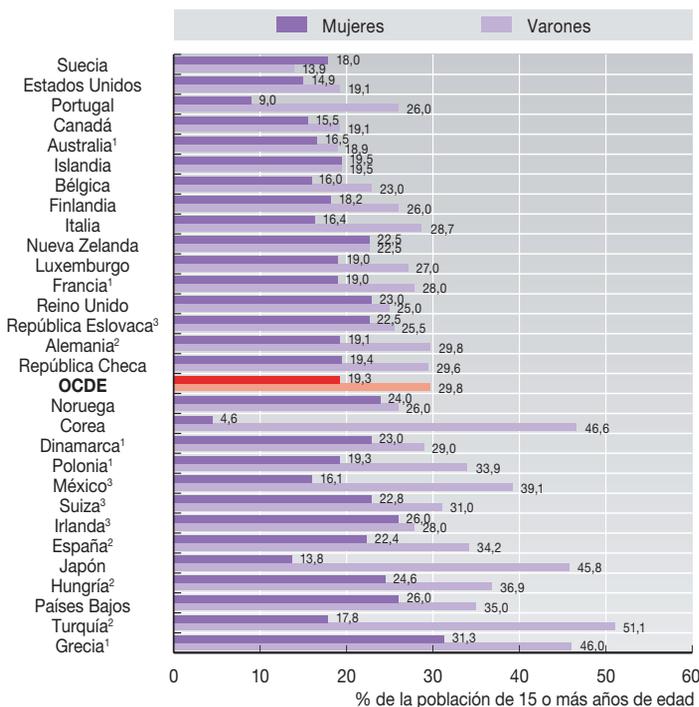
### 3. DETERMINANTES NO MÉDICOS DE LA SALUD

#### 3.1. CONSUMO DE TABACO

3.1.1. Porcentaje de la población adulta que fuma a diario, 2005

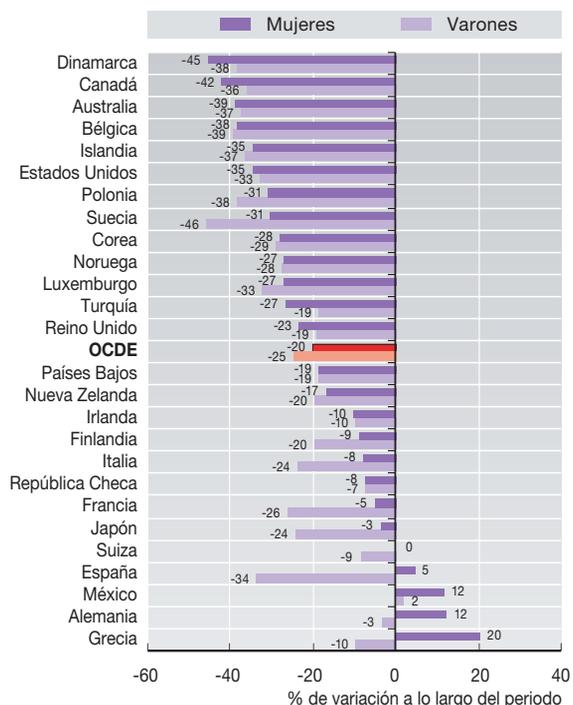


3.1.2. Porcentaje de mujeres y varones que fuma a diario, 2005



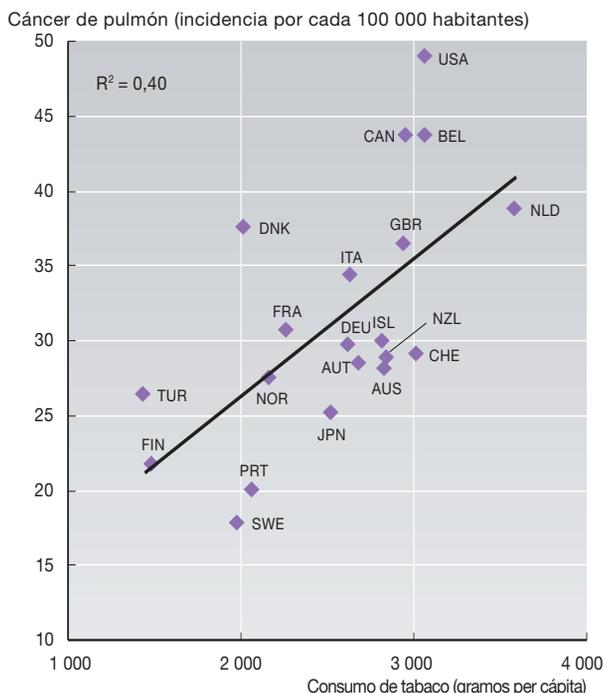
1. 2004. 2. 2003. 3. 2002.

3.1.3. Variación de las tasas de tabaquismo por género, de 1990 a 2005 (o año más reciente disponible)



Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

3.1.4. Consumo de tabaco, 1980, e incidencia del cáncer de pulmón, 2002



StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/113773816887>

### 3.2. CONSUMO DE ALCOHOL

Un consumo excesivo de alcohol tiene muchos efectos perjudiciales para la salud. Una ingestión elevada de alcohol aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardíacas, vasculares e ictus, así como cirrosis hepática y ciertos tipos de cáncer. La exposición del feto al alcohol eleva el riesgo de malformaciones congénitas y retraso mental. El alcohol contribuye asimismo a elevar las tasas de mortalidad y discapacidad debido a su influencia en accidentes y lesiones, agresiones, homicidios, suicidios y otros actos de violencia.

El consumo de alcohol, medido en función de las ventas anuales, se situó como promedio en los países de la OCDE en 9,5 litros por adulto, según los datos más recientes disponibles. No obstante, hay grandes variaciones entre países. Dejando a un lado a Luxemburgo, dado el elevado volumen de compras efectuadas por no residentes en dicho país, Irlanda, Hungría, Francia y la República Checa registraron el mayor consumo de alcohol, con 12 litros o más por adulto y año en 2005 (o 2004). En el extremo opuesto de la escala, Turquía, México y algunos Países Nórdicos (Noruega, Suecia e Islandia) declararon niveles de consumo de alcohol relativamente bajos, que oscilaron entre 1,3 y 7,1 litros por adulto (cuadro 3.2.1).

Aunque el consumo medio de alcohol ha descendido gradualmente en muchos países de la OCDE a lo largo de los últimos veinte años, ha aumentado en otros (cuadro 3.2.2). Se ha dado cierto grado de convergencia en los hábitos de consumo de alcohol en el conjunto de la OCDE, al elevarse el de vino en muchos países tradicionalmente consumidores de cerveza, y viceversa. Italia, Francia y España, tradicionales países productores de vino, han asistido a un descenso considerable de su consumo de alcohol per cápita desde 1980 (cuadros 3.2.2 y 3.2.3). Por otro lado, el consumo de alcohol per cápita en Islandia, Irlanda y México ha aumentado en un 40 % o más desde 1980, aunque en el caso de Islandia y México, se partía de un nivel muy bajo y, por tanto, sigue siendo relativamente moderado.

Las variaciones en el consumo de alcohol entre países y a lo largo del tiempo reflejan no sólo el cambio en los hábitos de este tipo de consumo, sino también las respuestas para su control basadas en la formulación de políticas. La limitación de la publicidad, las restricciones a la venta y los impuestos han resultado medidas eficaces para reducir el consumo de alcohol (Bennett, 2003). La aplicación de controles estrictos sobre las ventas y una elevada imposición se refleja en una reducción general del consumo en la mayoría de los países nórdicos, mientras que tal descenso puede asociarse en Francia, Italia y España a la regulación voluntaria y obligatoria en materia de publicidad, en parte a raíz de una directiva europea de 1989.

Aunque el consumo de alcohol per cápita por adultos proporciona datos de utilidad respecto a las tendencias a largo plazo, no permite identificar subgrupos de la población en situación de riesgo de asumir patrones perjudiciales de ingestión de dicha sustancia. El consumo de grandes cantidades de alcohol en una única borrachera, al que se denomina "consumo desenfrenado" constituye una pauta de consumo especialmente peligrosa (Institute of Alcohol Studies, 2007), al alza en algunos países y entre ciertos grupos sociales (sobre todo, varones jóvenes). Por desgracia, la información sobre los patrones de consumo de alcohol no suele encontrarse disponible en las grandes encuestas de salud, y sólo puede obtenerse en estudios pormenorizados de este hábito.

En el cuadro 3.2.4 se muestra la relación entre el consumo de alcohol en 1990 y las muertes por cirrosis hepática en 2004. En general, los países en que dicho consumo es elevado en una determinada fecha tienden a registrar mayores tasas de mortalidad por cirrosis hepática de diez a quince años más tarde, en comparación con los países donde tales niveles son menores. En la mayoría de los países de la OCDE, las tasas de mortalidad por cirrosis hepática han descendido en los dos últimos decenios, siguiendo en buena medida la tendencia general a la reducción del consumo de alcohol.

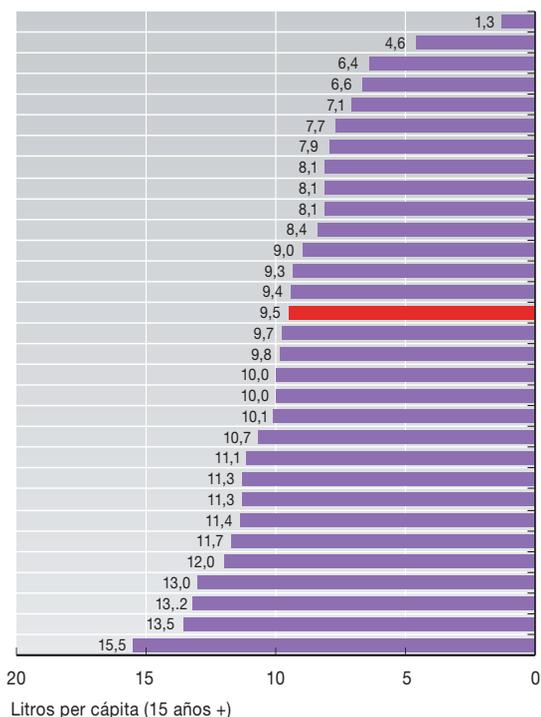
#### Definición y desviaciones

El consumo de alcohol se define en función de las ventas anuales de alcohol puro, en litros y por persona de 15 o más años de edad. La metodología para convertir las bebidas alcohólicas en alcohol puro puede diferir de unos países a otros.

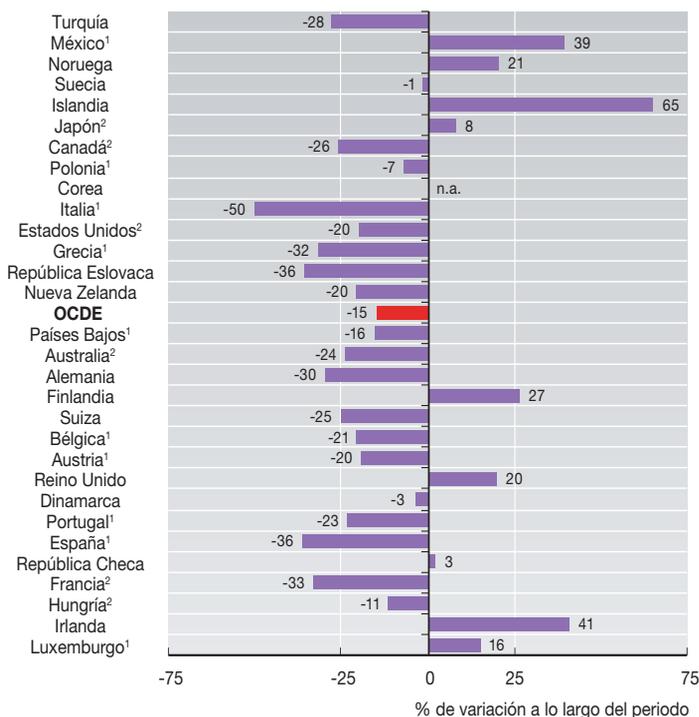
En algunos países (p. ej., Luxemburgo), las ventas nacionales no reflejan con precisión el consumo real de los residentes, puesto que las compras efectuadas por los no residentes pueden dar lugar a una diferencia significativa entre las ventas y el consumo nacionales.

## 3.2. CONSUMO DE ALCOHOL

**3.2.1. Consumo de alcohol en litros per cápita, población de 15 o más años de edad, 2005**

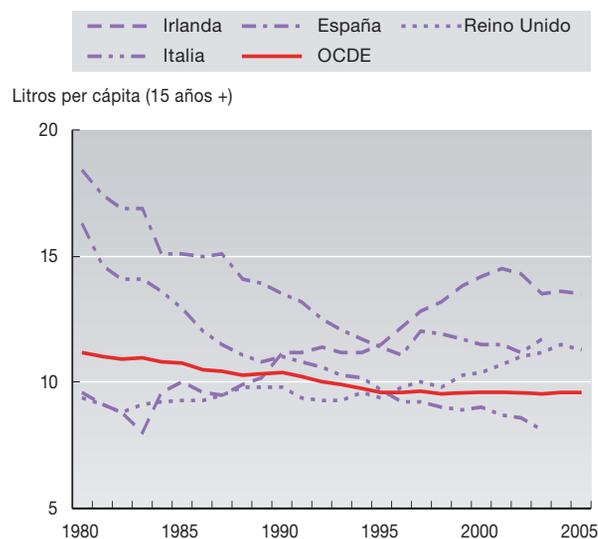


**3.2.2. Variación del consumo de alcohol per cápita, población de 15 o más años de edad, de 1980 a 2005**

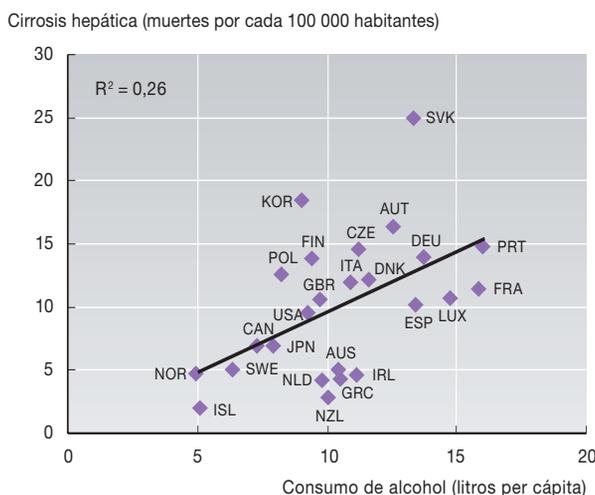


1. 2003. 2. 2004.

**3.2.3. Tendencias del consumo de alcohol, varios países de la OCDE, de 1980 a 2005**



**3.2.4. Muertes por cirrosis hepática, 2004, y consumo de alcohol, 1990**



Fuente: Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/113804155542>

### 3.3. SOBREPESO Y OBESIDAD

En numerosos países de la OCDE, el incremento de las tasas de sobrepeso y de obesidad en niños y adultos adquiere rápidamente la condición de problema de salud pública. Está demostrado que la obesidad es un factor agravante para numerosos problemas de salud, como la hipertensión, la elevación del colesterol, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, los problemas respiratorios (asma), las enfermedades osteomusculares (artritis) y algunas formas de cáncer. En los Estados Unidos, donde más de tres de cada diez adultos son obesos en la actualidad, se ha calculado en un reciente estudio que el coste relacionado con la obesidad es superior al asociado tanto al tabaquismo, como al consumo abusivo de alcohol, combinados, en lo que se refiere a un determinado conjunto de problemas crónicos de salud (Sturm, 2002).

Una proporción igual o superior al 50 % de la población adulta padece actualmente sobrepeso u obesidad en no menos de quince países de la OCDE: México, Estados Unidos, Reino Unido, Australia, Grecia, Nueva Zelanda, Luxemburgo, Hungría, República Checa, Canadá, Alemania, Portugal, Finlandia, España e Islandia (tabla A.3.3). Por el contrario, las tasas de sobrepeso y obesidad son muy inferiores en los dos países asiáticos de la OCDE (Japón y Corea) y en algunos europeos (Francia y Suiza), aunque también tienden al alza en estos países. Centrándonos en la obesidad (que plantea mayores riesgos para la salud que el mero sobrepeso), la incidencia de este trastorno en adultos varía enormemente entre los países de la OCDE, y varía de un 3 % en Japón y Corea a un 30 % en los Estados Unidos y México (cuadros 3.3.1 y 3.3.2).

Si se utilizan mediciones uniformes de la obesidad a lo largo del tiempo, la incidencia de este trastorno ha aumentado en más de un 200 % en los veinte últimos años en los Estados Unidos, casi se ha triplicado en Australia, y se ha elevado en más de un 300 % en el Reino Unido (cuadro 3.3.3). Del 21 al 23 % de los adultos en el Reino Unido, Grecia, Australia y Nueva Zelanda se define actualmente como población obesa, lo que representa una proporción prácticamente equivalente a la de Estados Unidos a principios del decenio de 1990. Las tasas de obesidad en muchos países de Europa occidental se han elevado asimismo de manera importante a lo largo del decenio pasado.

En numerosos países, el aumento de la obesidad ha afectado a todos los grupos de la población, con independencia del sexo, la edad, la raza, la renta o el nivel de estudios. Los datos de Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido indican que la obesidad tiende a darse con mayor frecuencia entre los integrantes de grupos socioeconómicos desfavorecidos que en los grupos de ingresos altos (Statistics Canada y CDC, 2004). Así ocurre especialmente en el caso de las mujeres, mientras que el gradiente es nulo, o mucho menos pronunciado, en el de los varones.

Dado que la obesidad se relaciona con un mayor riesgo de enfermedades crónicas, su existencia motiva que se incurra en costes de atención sanitaria adicionales importantes. A escala macroeconómica, se ha calculado que la proporción de los costes de atención sanitaria que podrían atribuirse a la obesidad respecto al gasto total en salud era del 5 % al 7 % en los Estados Unidos a finales del decenio de 1990 y del 2 al 3,5 % en otros países como Canadá, Australia y Nueva Zelanda (Thompson y Wolf, 2001). A escala microeconómica, los cálculos realizados en los Estados Unidos indican que el coste de los servicios de asistencia sanitaria y de los medicamentos para las personas obesas supera en un 36 % y un 77 %, respectivamente, al de la población de peso normal (Sturm, 2002). Habida cuenta de que existe un lapso de varios años entre la aparición de la obesidad y la de los problemas de salud asociados, cabe inferir que el aumento de la obesidad observado en los últimos 20 años en la mayoría de los países de la OCDE supondrá un mayor coste de la atención sanitaria en el futuro.

Varios factores conductuales y ambientales han contribuido al aumento de las tasas de sobrepeso y obesidad en los países industrializados, entre los que figura el descenso de los precios reales de los alimentos y la ampliación de los períodos de inactividad física. El sobrepeso y la obesidad también aumentan con rapidez en el caso de los niños, y han alcanzado índices de dos cifras en la mayoría de los países de la OCDE, con máximos de un tercio de los niños de 13 y 14 años de edad en España (2000-2002); y del 29 % de los niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 5 y los 17 años en Italia (1993-2001), y los 5 y los 15 años en Bélgica (1998-1999) (International Association for the Study of Obesity, 2007).

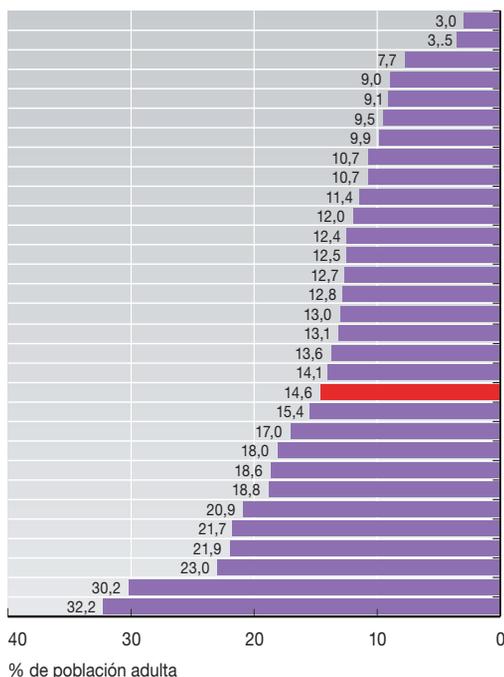
#### Definición y desviaciones

El sobrepeso y la obesidad se definen como el exceso de peso que supone ciertos riesgos para la salud a causa de una gran proporción de grasa corporal. La medición de sobrepeso y obesidad utilizada con mayor frecuencia se basa en el índice de masa corporal (IMC), que consiste en un único número que permite evaluar el estado de peso de la persona en relación con su talla (peso/talla<sup>2</sup>, midiendo el peso en kilogramos y la talla en metros). Según la clasificación actual de la OMS (OMS, 1997), los adultos con un IMC de 25 a 30 presentan sobrepeso y aquéllos cuyo IMC se sitúa por encima de 30 son obesos. No obstante, es posible que esta clasificación no sea adecuada para todos los grupos étnicos, que pueden presentar niveles de riesgo equivalentes con un IMC inferior (por ejemplo, los asiáticos) o superior (AIHW, 2004). Los umbrales correspondientes a los adultos tampoco son apropiados para calcular el sobrepeso y la obesidad de los niños.

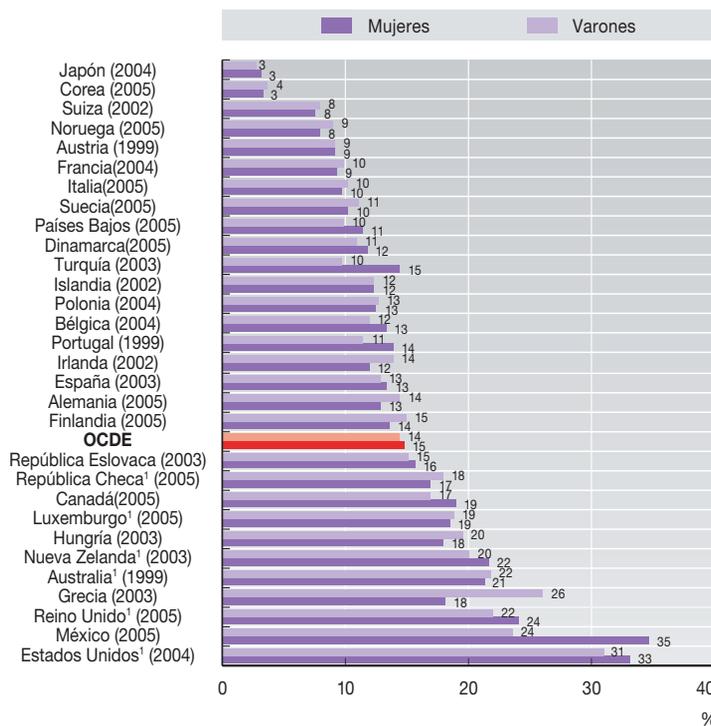
En la mayoría de los países, los cálculos de las tasas de sobrepeso y obesidad se sirven de datos autodeclarados a través de estimaciones de talla y peso en encuestas del estado de salud de la población basadas en entrevistas. Las excepciones son Australia, la República Checa (2005), Luxemburgo, Nueva Zelanda, el Reino Unido y los Estados Unidos, donde los cálculos se derivan de exploraciones del estado de salud en las que se toman medidas reales de peso y talla. Tales diferencias en los métodos de recogida de datos limitan sobremanera su comparabilidad. Las estimaciones obtenidas mediante exploraciones del estado de salud suelen arrojar valores superiores y más fiables que las procedentes de entrevistas de salud. Por ejemplo, en los Estados Unidos, la tasa de obesidad de adultos basada en entrevistas personales era del 22 % en 1999, frente al 31 % estimado ese mismo año en función de mediciones reales. Tales exploraciones sólo se realizan periódicamente en algunos países.

## 3.3. SOBREPESO Y OBESIDAD

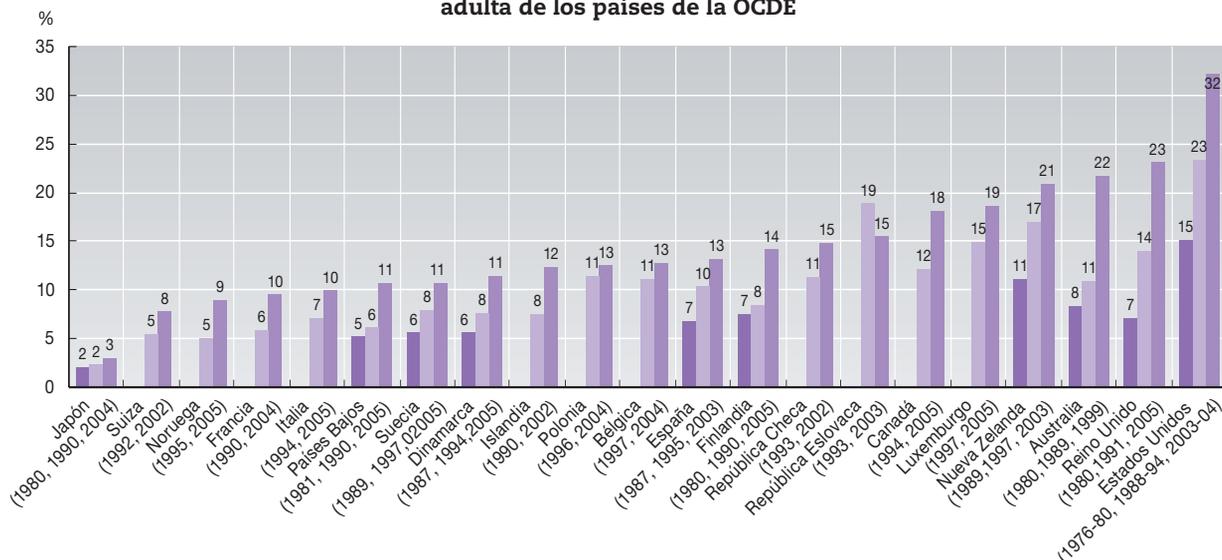
3.3.1. Porcentaje de la población adulta con un índice de masa corporal mayor de 30 (población obesa), 2005 (o el último año disponible)



3.3.2. Porcentaje de mujeres y varones con un índice de masa corporal mayor de 30 (población obesa), 2005 (o el último año disponible)



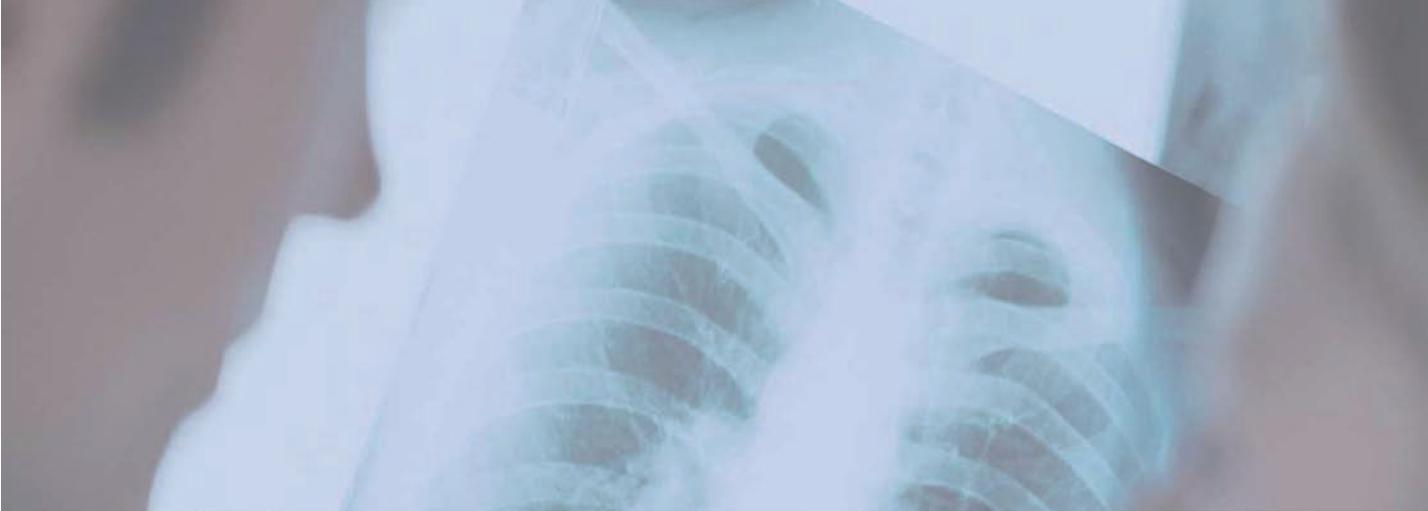
3.3.3. Incremento de las tasas de obesidad en la población adulta de los países de la OCDE



1. En Australia, la República Checa (2005), Luxemburgo, Nueva Zelanda, el Reino Unido y los Estados Unidos, las cifras se basan en exploraciones del estado de salud y no en entrevistas.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.





## 4. RECURSOS DEDICADOS A LA ATENCIÓN SANITARIA Y SU UTILIZACIÓN

4.1. MÉDICOS Y PERSONAL DE ENFERMERÍA GRADUADOS .....	54
4.2. MÉDICOS EN EJERCICIO.....	56
4.3. PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EJERCICIO.....	58
4.4. REMUNERACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS (MÉDICOS Y PERSONAL DE ENFERMERÍA) .....	60
4.5. CAMAS EN HOSPITAL PARA CUIDADOS AGUDOS, DISPONIBILIDAD E ÍNDICES DE OCUPACIÓN.....	62
4.6. CAMAS PARA CUIDADOS DE LARGA ESTANCIA EN HOSPITALES Y OTROS CENTROS DE ASISTENCIA ....	64
4.7. TECNOLOGÍAS MÉDICAS.....	66
4.8. CONSULTAS A MÉDICOS.....	68
4.9. ALTAS HOSPITALARIAS.....	70
4.10. ESTANCIA MEDIA EN HOSPITALES .....	72
4.11. PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES .....	74
4.12. TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL (DIÁLISIS Y TRASPLANTES DE RIÑÓN).....	76
4.13. CESÁREAS .....	78
4.14. OPERACIONES DE CATARATAS, AMBULATORIAS Y CON HOSPITALIZACIÓN.....	80
4.15. CONSUMO DE MEDICAMENTOS.....	82

### 4.1. MÉDICOS Y PERSONAL DE ENFERMERÍA GRADUADOS

El mantenimiento o la ampliación de una base de profesionales sanitarios requiere la inversión en formación de nuevo personal o la contratación de trabajadores formados procedentes del extranjero, sobre todo a medida que la generación del “baby-boom” de médicos y enfermeros se aproxima a su jubilación.

El ajuste de oferta y demanda se complica por las demoras asociadas a la formación de profesionales sanitarios. Según se dice, lleva unos diez años formar a un médico, por lo que un aumento repentino e imprevisto de la demanda sólo podrá satisfacerse mediante la contratación de profesionales cualificados del extranjero, salvo que se disponga de éstos en el propio país en situación de desempleo. Por el contrario, un descenso súbito de la demanda podría motivar que los nuevos licenciados, en particular, luchan por encontrar un puesto vacante en su país.

La ordenación institucional de la formación de profesionales médico y de enfermería difiere de manera significativa en los distintos países de la OCDE. En algunos de ellos, el número de los que recibirá tal formación se decide a escala central, y ésta se financia sobre todo con fondos públicos y se imparte fundamentalmente en instituciones públicas. En otros países, el número de los que recibirá formación se decide de manera descentralizada, la financiación es en parte privada, y los estudios se desarrollan también en parte en instituciones privadas.

En los cuadros 4.1.1 y 4.1.2 se muestran los índices de titulación declarados de nuevos profesionales médicos y de enfermería, respectivamente, en todos los países de la OCDE en 2005. Ambos indicadores registraron variaciones considerables. Los países con índices de titulación elevados en 2005 (como Corea y Austria, en el caso de los médicos, y de Finlandia y Portugal, en el de profesionales de enfermería), habían experimentado un rápido crecimiento del número de médicos y enfermeros en ejercicio en el período 1990-2005 (véase el cuadro 4.2.2 en el indicador 4.2 “Médicos en ejercicio”, y el cuadro 4.3.2 en el indicador 4.3 “Profesionales de enfermería en ejercicio”). Lo contrario tendió a darse en numerosos países con bajos índices de titulación (como Francia, Portugal y Canadá, en el caso de los médicos, y Australia y Canadá (en los que la densidad de profesionales de enfermería se había reducido en gran medida), en el de los enfermeros). Es probable que los índices de formación actuales se vean influidos, en cierta medida, por las variaciones pasadas y previstas de la demanda. No obstante, es igualmente probable que tanto los índices de

formación presentes y pasados, como el crecimiento reciente de la densidad de personal, se hayan decidido en parte desde el lado de la oferta en numerosos países. Corea y Austria, en los primeros puestos de la clasificación de graduaciones médicas, no controlan el acceso a las facultades de medicina a escala central. Por el contrario, la mayoría de los países con índices de titulación en medicina por debajo del promedio de la OCDE en 2005 sí controlan tal acceso (Simoens y Hurst, 2006).

El índice medio de graduación en el caso de los médicos ascendía a 35 por cada 1.000 facultativos en ejercicio y en el de profesionales de enfermería, a 46, en el conjunto del área de la OCDE en 2005. Esta diferencia en los índices de las dos profesiones no resulta sorprendente, dado que la vida laboral media de un enfermero tiende a ser significativamente inferior a la de un médico, en parte porque la combinación de sexos entre los practicantes de la medicina y de la enfermería es diferente.

En los cuadros 4.1.3 y 4.1.4 se muestran las tendencias de los índices de graduación de médicos y personal de enfermería, respectivamente, en algunos países de la OCDE durante el período 1985-2005. Se ha producido un acusado descenso del índice medio de graduación de médicos en toda la OCDE y en determinados países, si bien algunos de ellos muestran ciertos signos de un moderado repunte en la segunda mitad del período, o en etapas más recientes. Este descenso se ha asociado a una reducción de la tasa de crecimiento de la densidad de médicos propiamente dicha en el período 1990-2005 respecto al comprendido entre 1975 y 1990 (véase el indicador 4.2 “Médicos en ejercicio”). Resulta difícil decir en qué medida tal disminución en los índices de graduación se debió a cambios de la demanda, y hasta qué punto tanto dicho descenso, como la caída de la tasa de crecimiento de la densidad de médicos obedecieron a factores del lado de la oferta, en concreto, vinculados a la adopción o al endurecimiento de controles al acceso a las facultades de medicina en algunos países.

En lo que atañe a los profesionales de enfermería, existen menos indicios de una tendencia a la baja de los índices de graduación en los países seleccionados. No obstante, lo que sí sorprende es que se registren signos de fluctuaciones periódicas en los índices de graduación de profesionales de enfermería a lo largo de un período de unos diez años en varios países. Este hecho se debe probablemente a las demoras en la respuesta de la oferta a los cambios en la demanda (Simoens y cols., 2005).

#### **Definición y desviaciones**

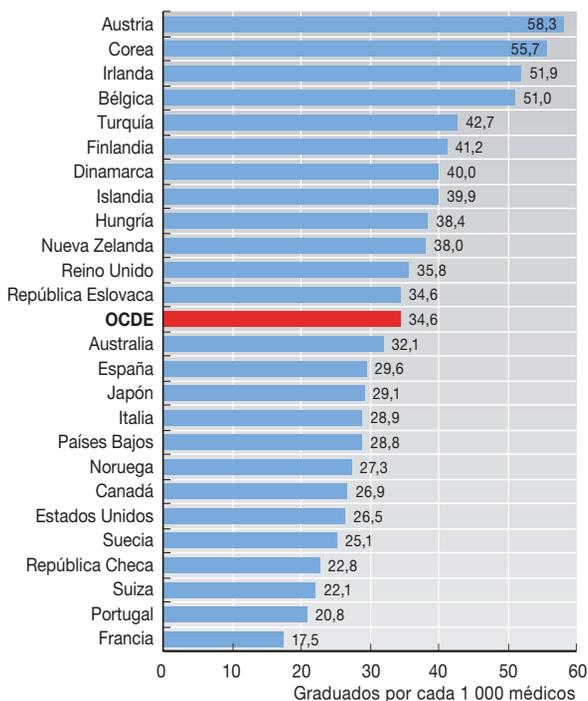
La cifra de graduados en medicina corresponde al número de alumnos licenciados en facultades de medicina o instituciones similares en un determinado año. Se excluyen los graduados en odontología, salud pública y epidemiología. La cifra de graduados en enfermería corresponde al número de alumnos que han obtenido un título reconocido en esta especialidad, requerido para obtener la licencia para ejercer, o inscribirse en el colegio correspondiente, en un determinado año. Se incluyen las matronas tituladas.

En el caso de los graduados en medicina, la República Checa y el Reino Unido excluyen a los titulados extranjeros. Otros países sí incluyen a estos estudiantes. En cuanto a los graduados en enfermería, el Reino Unido excluye a los procedentes del extranjero.

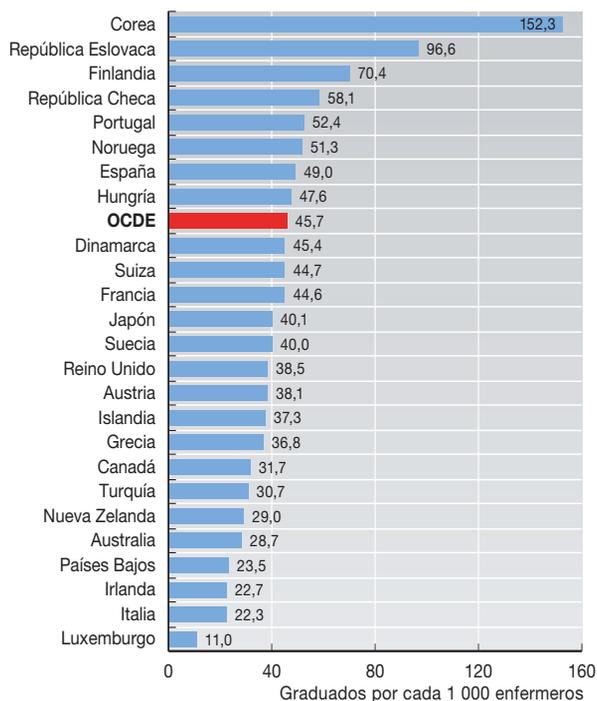
# 4. RECURSOS DEDICADOS A LA ATENCIÓN SANITARIA Y SU UTILIZACIÓN

## 4.1. MÉDICOS Y PERSONAL DE ENFERMERÍA GRADUADOS

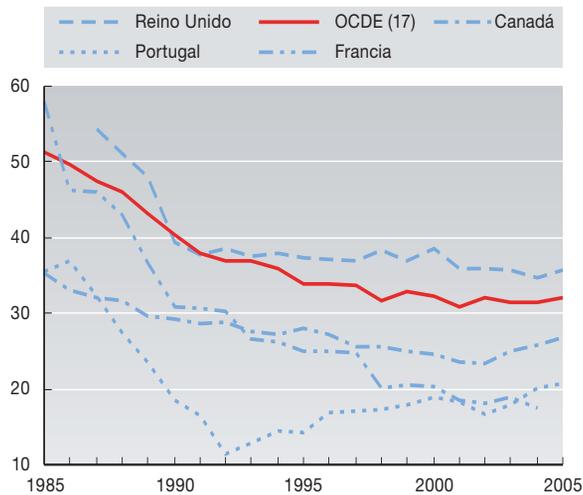
4.1.1. Graduados en medicina por cada 1 000 médicos, 2005 (o último año disponible)



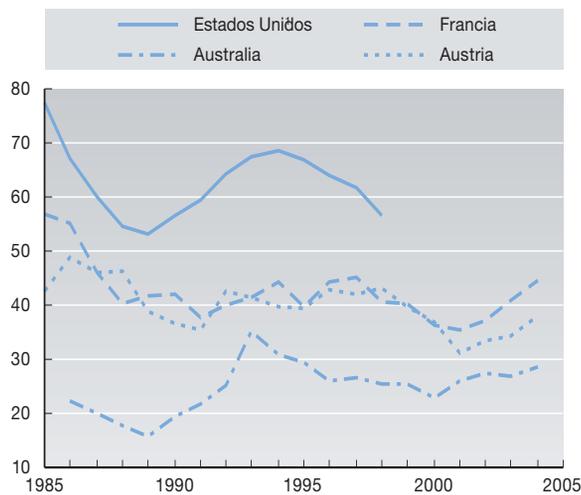
4.1.2. Graduados en enfermería por cada 1 000 enfermeros, 2005 (o último año disponible)



4.1.3. Número de graduados en medicina por cada 1.000 médicos, varios países de la OECD, de 1985 a 2005



4.1.4. Número de graduados en enfermería por cada 1.000 enfermeros, varios países de la OECD, de 1985 a 2005



Nota: Nota: Dada la escasez de datos disponibles, no se presenta la media de la OCDE.

1. En Estados Unidos sólo se dispone de datos hasta 1998 porque a partir de ese año dejaron de recopilarse datos sobre graduados en enfermería.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/113884058288>

### 4.2. MÉDICOS EN EJERCICIO

Una oferta adecuada de médicos formados y geográficamente bien distribuidos resulta fundamental para proporcionar a los pacientes acceso a una atención médica de gran calidad. Puesto que los médicos adoptan muchas de las decisiones fundamentales relativas al diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, ordenan la demanda de recursos humanos y de otra índole en el ámbito de la asistencia sanitaria, cuyo coste es muy superior al precio del tiempo propio de los médicos, como se refleja en los honorarios y los sueldos de éstos.

En 2005 seguía habiendo grandes variaciones en el número de médicos en ejercicio por cada 1.000 habitantes ("densidad" de médicos) entre los distintos países de la OCDE, y las cifras varían de 4 o más por cada 1.000 habitantes en Bélgica y Grecia a menos de 2 por 1.000 en Corea, México y Turquía (cuadro 4.2.1). La media de la OCDE ascendía a 3 médicos por cada 1.000 habitantes.

La "densidad" de médicos ha crecido de manera significativa en los últimos 30 años en todos los países de la OCDE, pero a un ritmo cada vez menor en casi todos ellos. Así, la densidad aumentó a una ritmo medio del 3 % anual entre 1975 y 1990 en los países de la OCDE en los que se disponen de series temporales de tanta duración, pero sólo del 1,6 % anual entre 1990 y 2005 en los mismos países (cuadro 4.2.2). Únicamente Austria y el Reino Unido registran tasas de crecimiento superiores en el segundo período, en comparación con el primero. Los esfuerzos de contención de costes desempeñaron un notable papel en esta tendencia a la baja del ritmo de crecimiento de la densidad de médicos en muchos países. Se considera comúnmente que los médicos pueden inducir la demanda de atención médica, sobre todo cuando se les remunera mediante el pago por servicio. Varios países adoptaron controles sobre el acceso a las facultades de medicina (las políticas denominadas de *numerus clausus*), o endurecieron los existentes, en los decenios de 1980 y 1990 (OCDE, 2006a).

En el cuadro 4.2.3 se refieren datos sobre densidad de médicos especialistas y de atención primaria en todos los países de la OCDE. Cabe señalar que, en algunos países, no todos los médicos en ejercicio se incluyen en estas dos categorías (véase más adelante). En promedio, el número de especialistas es muy superior al de

médicos de atención primaria en todos los países de la OCDE. La densidad media de especialistas es de 1,7, mientras que la de médicos de atención primaria (MAP) asciende únicamente a 0,8. Sin embargo, Australia y Bélgica registran más MAP que especialistas, y en Francia, Portugal, Nueva Zelanda y Turquía, la cifra de unos y otros es equivalente. Aunque, tanto en la política sanitaria como en la investigación sobre salud, tiende a subrayarse la importancia y el coste-efectividad de los cuidados de la atención primaria general (Starfield y cols., 2002 y 2005), el avance de la tecnología médica parece impulsar una especialización siempre creciente en la medicina. Como promedio, el cociente entre especialistas y generalistas se elevó de 1,5 a 2 entre 1990 y 2005 en los países de la OCDE respecto a los que se dispone de datos.

Las consecuencias indirectas en cuanto a costes de las decisiones de diagnóstico y tratamiento adoptados por los médicos parecen haber crecido de manera regular en la mayoría de los países de la OCDE. En el cuadro 4.2.4 se muestra el gasto real en salud (en millones de dólares USA con tipos de conversión de divisa en PPC constantes, y precios de PIB constantes) por médico en ejercicio en determinados países de la OCDE y respecto a una media uniforme de la OCDE de 1990 a 2005. El gasto en salud por médico en los Estados Unidos era seis veces y media superior al de Polonia en 2005. Durante dicho período, ha aumentado en casi todos los países de los que se dispone de datos, y como promedio, creció en una proporción en torno a un tercio. El análisis retrospectivo efectuado por la OCDE indica que el incremento de la renta nacional y los avances de la tecnología médica han sido más importantes que el envejecimiento de las poblaciones como factores impulsores del aumento del gasto en salud en los últimos 20 años (OCDE, 2006b). La subida del precio de la atención médica en relación con el PIB también ha influido en estas tendencias.

El aumento de la densidad de médicos, el refuerzo de la especialización y el incremento del gasto por médico parecen haber coincidido con las mejoras en la calidad técnica de la asistencia sanitaria dedicada a determinados trastornos en algunos países (véase el capítulo 6 sobre la calidad de la asistencia).

#### **Definición y desviaciones**

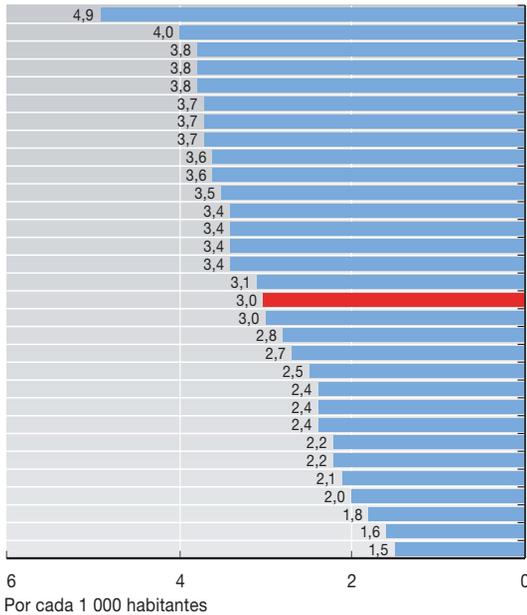
Por médicos en ejercicio se entiende el número de médicos que practican activamente la medicina en centros públicos o privados. En muchos países, (pero no en todos), las cifras incluyen internos y residentes (médicos en formación). Las cifras se basan en recuentos de personas, salvo en Noruega, que facilitaba sus cifras compensando los casos de ejercicio a tiempo parcial antes de 2002. Irlanda, Países Bajos, Nueva Zelanda y Portugal declaran el número de médicos con derecho a ejercer (lo que da lugar a una sobrestimación). En los datos de España se incluyen dentistas y estomatólogos (sobrestimación).

No todos los países pueden consignar la totalidad de sus médicos en ejercicio en las dos categorías generales de especialistas y médicos de atención primaria (p. ej., porque las cifras específicas de especialistas no se encuentran disponibles respecto a los médicos en formación en algunos países, o a los que trabajan en consultas privadas en otros).

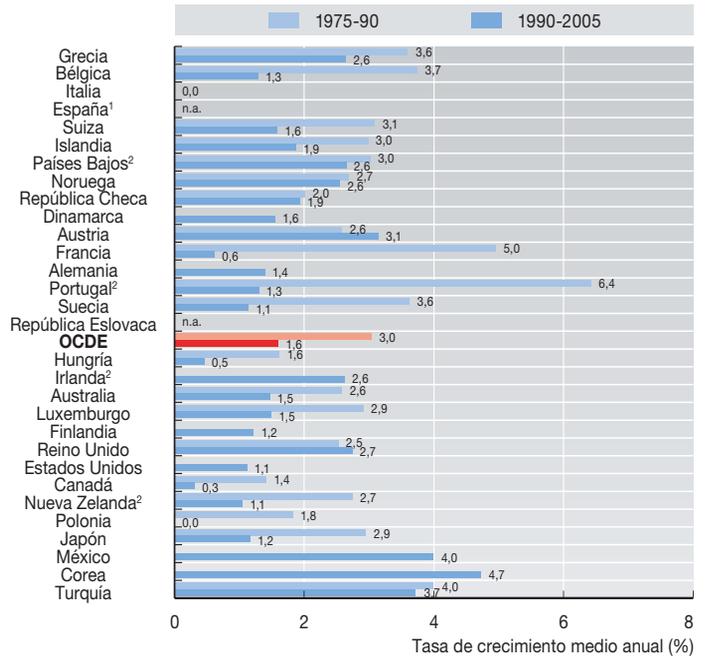
# 4. RECURSOS DEDICADOS A LA ATENCIÓN SANITARIA Y SU UTILIZACIÓN

## 4.2. MÉDICOS EN EJERCICIO

### 4.2.1. Médicos en ejercicio por cada 1 000 hab., 2005 (o último año disponible)



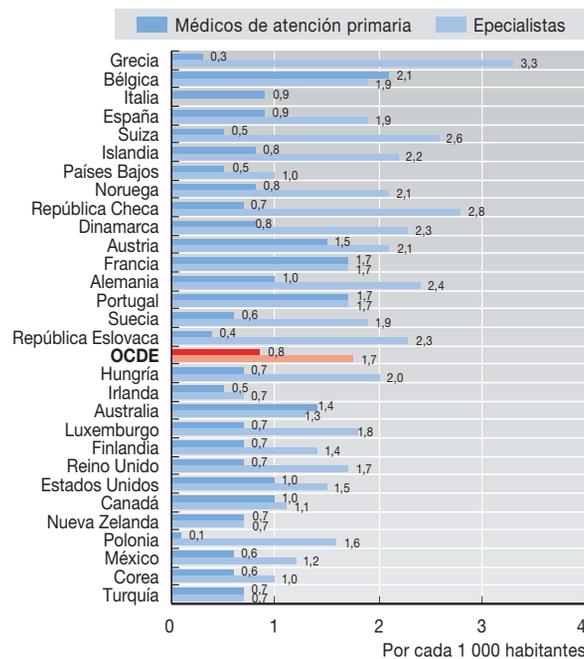
### 4.2.2. Crecimiento de la densidad de médicos en ejercicio, 1975-1990 y 1990-2005



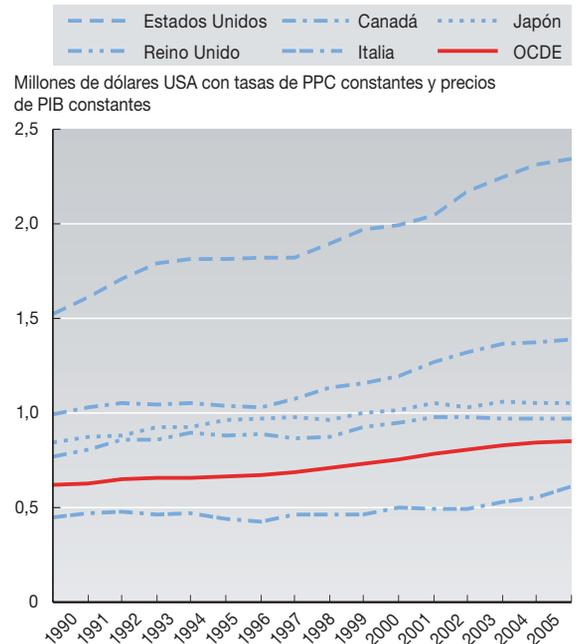
1. En los datos de España se incluyen dentistas y estomatólogos.

2. Irlanda, los Países Bajos, Nueva Zelanda y Portugal facilitan el número total de médicos con derecho a ejercer y no el de los que ejercen en la práctica.

### 4.2.3. Médicos de atención primaria y especialistas por cada 1 000 hab., 2005 (o último año disponible)



### 4.2.4. Gasto sanitario real por médico en ejercicio, de 1990 a 2005



Nota: Algunos países no pueden ofrecer datos de todos los médicos en ejercicio en estas dos categorías de médicos de atención primaria y especialistas.

Nota: La media de la OCDE engloba también los países que comunican interrupciones de las series sobre gastos sanitarios por cambios metodológicos.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114007335156>

### 4.3. PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EJERCICIO

El personal de enfermería suele constituir el grupo de profesionales más numeroso en el ámbito de la salud en los países de la OCDE, y supera al de los médicos en una proporción de tres a uno. El personal de enfermería desempeña un papel primordial en la prestación de atención sanitaria, no sólo en los emplazamientos tradicionales como hospitales y centros de cuidados prolongados, sino también, y cada vez más, en el ámbito de la atención primaria (sobre todo, en lo que atañe a la que se presta a los enfermos crónicos) y domiciliaria. En varios países se ha considerado con preocupación la escasez de este tipo de personal, y estas inquietudes pueden muy bien agravarse en el futuro, ya que la demanda de enfermeros sigue creciendo y el envejecimiento de la generación del “baby boom” precipita una oleada de jubilaciones en este colectivo profesional.

En 2005 continuaba habiendo variaciones considerables en el número de profesionales por cada 1.000 habitantes (“densidad del personal de enfermería”) registrado en los distintos países de la OCDE, que varía de más de 15 en Irlanda y Noruega a menos de 2 en Corea y Turquía (cuadro 4.3.1). La media de la OCDE ascendía a 8,9 enfermeros por cada 1.000 habitantes.

Considerando las tendencias en el tiempo, la densidad de personal de enfermería creció a un ritmo medio del 1,1 % anual entre 1990 y 2005 en el conjunto de países de la OCDE de los que se dispone de datos (cuadro 4.3.2). De nuevo en este caso, hay diferencias importantes en los índices de variación declarados entre los distintos países. En tres de ellos, a saber, Australia,

Canadá y Polonia, el número de enfermeros per cápita se ha reducido de hecho en los últimos 15 años.

Había asimismo amplias diferencias en el cociente entre personal de enfermería en ejercicio y médicos en ejercicio, o “combinación de cualificaciones” de personal de enfermería y médicos en los diversos países de la OCDE (cuadro 4.3.3), tanto en 1990, como en 2005. En este último año, dicho cociente variaba de más de 5 enfermeros por médico en Irlanda y Luxemburgo a menos de un enfermero por médico en Grecia.

Es interesante el hecho de que el número de países que declararon una reducción del cociente entre personal de enfermería y médicos fue superior al de los que registraron incrementos de tal cociente entre 1990 y 2005 (cuadro 4.3.3). Como promedio, el cociente señalado se redujo ligeramente, del 3,1 al 2,9 en el conjunto de países de la OCDE, lo que indica que la “combinación de cualificaciones”, definida de este modo poco elaborado, se ha reforzado. Una posible explicación es que los avances de la tecnología médica y el aumento de las tasas de actividad siguieron impulsando al alza la demanda de médicos, y parte de la demanda de personal de enfermería, mientras que, al mismo tiempo, redujeron otra parte de la demanda de enfermeros, porque una cirugía menos invasiva y unos fármacos y anestésicos mejores elevaron las tasas de intervenciones ambulatorias, redujeron la duración de las estancias hospitalarias y el número de camas de hospital, y permitieron que un número cada vez mayor de pacientes con enfermedades crónicas fueran tratados en centros de atención primaria.

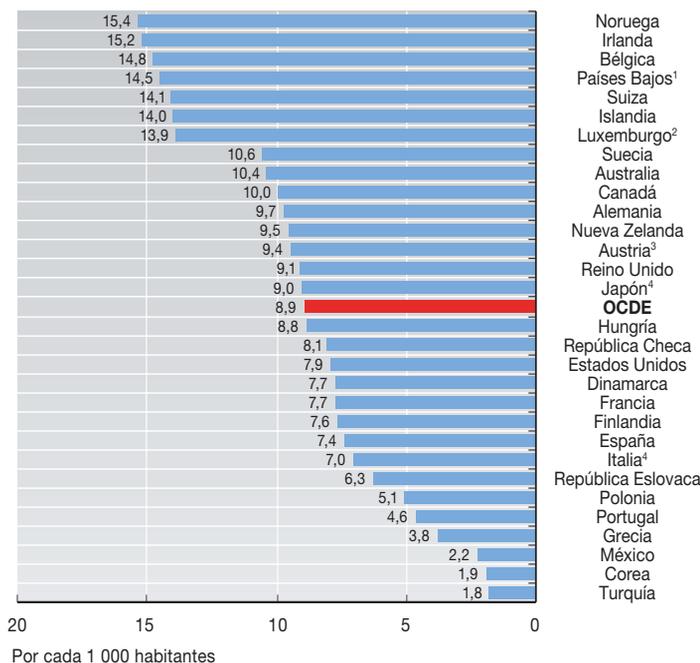
#### **Definición y desviaciones**

El personal de enfermería en ejercicio se define como el número de enfermeros en la práctica activa empleados en centros públicos y privados, incluidos los que trabajan por cuenta propia. Se incluirá en los datos al personal de enfermería plenamente cualificado (con enseñanza postsecundaria en enfermería), así como a los auxiliares de enfermería, con un nivel de cualificación inferior, pero, habitualmente, también titulados o con licencia para ejercer. En teoría, las matronas, los auxiliares de enfermería sin cualificación específica en esta materia, y el personal de enfermería que trabaja en la administración deben excluirse. No obstante, en torno a la mitad de los países de la OCDE incluye a las matronas en sus cifras y algunos tienen en cuenta el personal de enfermería que no ejerce (lo que da lugar a una sobrestimación). Por otro lado, Austria refiere los datos únicamente del personal de enfermería que trabaja en hospitales (lo que da lugar a una subestimación).

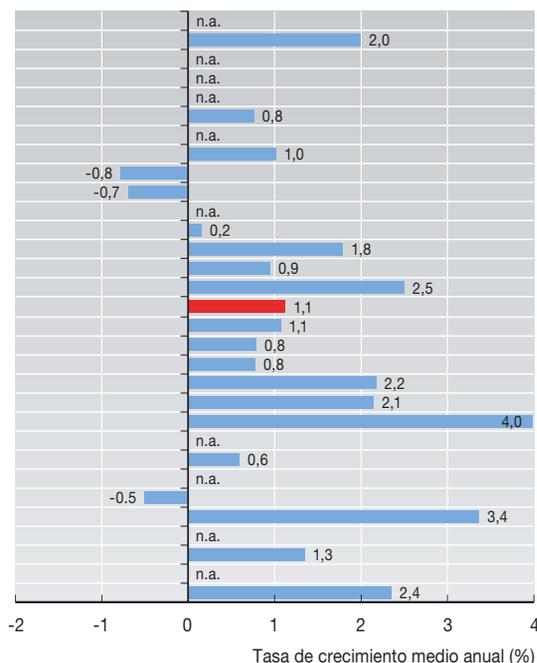
## 4. RECURSOS DEDICADOS A LA ATENCIÓN SANITARIA Y SU UTILIZACIÓN

### 4.3. PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EJERCICIO

#### 4.3.1. Personal de enfermería en ejercicio por cada 1 000 hab., 2005 (o último ejercicio disponible)

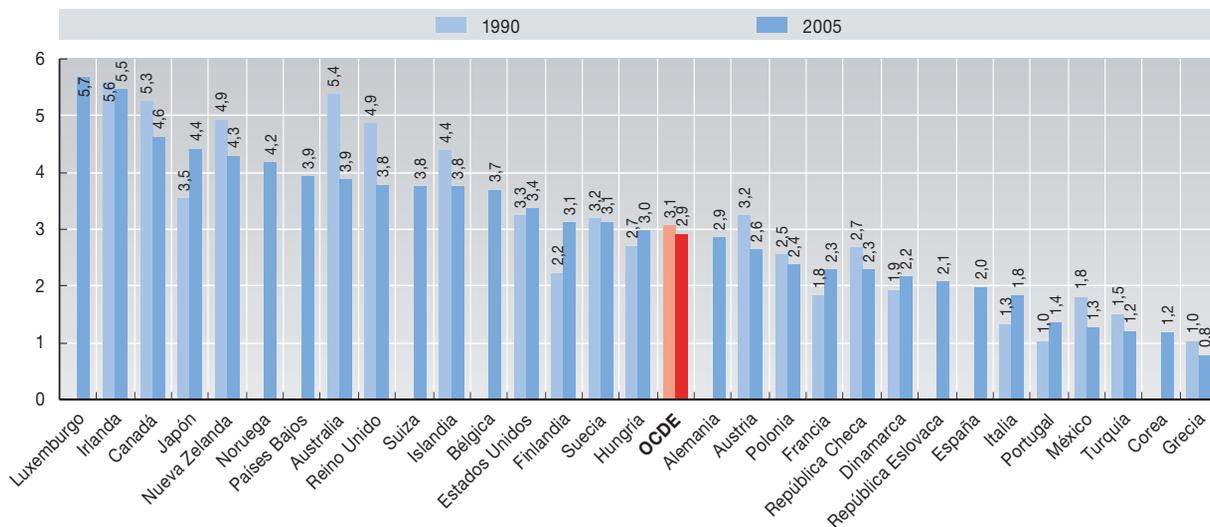


#### 4.3.2. Variación del número de enfermeros en ejercicio por cada 1 000 hab., de 1990 a 2005



1. Los Países Bajos declaran el número total de enfermeros con derecho a ejercer y no el de los que ejercen en la práctica.
2. Luxemburgo incluye los auxiliares de enfermería.
3. Austria declara sólo el personal de enfermería empleado en hospitales.
4. El cálculo de la tasa de crecimiento media anual en Japón e Italia se basa en un período de tiempo ligeramente diferente para evitar la interrupción de las series debida a cambios metodológicos.

#### 4.3.3. Cociente entre personal de enfermería en ejercicio y médicos en ejercicio, de 1990 a 2005 (o año más reciente)



Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114024163335>

### 4.4. REMUNERACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS (MÉDICOS Y PERSONAL DE ENFERMERÍA)

Dado que el coste de la mano de obra constituye un importante componente del gasto sanitario total, las variaciones en los niveles de remuneración pueden proporcionar una idea aproximada de las diversidades entre países en lo que atañe al gasto sanitario. Por otra parte, los datos comparativos sobre niveles de remuneración pueden ayudar a las autoridades nacionales a identificar ciertos criterios de referencia a efectos de la negociación de honorarios y sueldos. Además, la información sobre dichos niveles puede resultar de utilidad para comprender la migración de profesionales de la salud entre países (OCDE, 2007c).

En cualquier caso, la recopilación de datos comparables sobre la remuneración de médicos y enfermería resulta difícil. Los países recaban datos acerca de diversos tipos de remuneraciones, y respecto a distintas categorías de médicos y enfermeros, y además utilizan diferentes fuentes de datos y métodos de cálculo (véase el recuadro que sigue sobre "Definición y desviaciones"). Por tanto, los datos sobre las remuneraciones han de interpretarse con prudencia.

Los ingresos relativos de los especialistas autónomos varían considerablemente entre países, y varían de las 2,3, a las 8,4 veces el PIB per cápita. Son relativamente elevados en los Países Bajos, Bélgica y los Estados Unidos (cuadro 4.4.1; izquierda). Los ingresos relativos de los especialistas asalariados tienden a ser inferiores a los de los autónomos, y varían de las 1,6 a las 4,8 veces la renta nacional per cápita. Son elevados en los Estados Unidos y el Reino Unido, y bajos en la República Checa, Noruega y Hungría.

La remuneración de los Médicos de Atención Primaria varía de las 1,7 veces el PIB per cápita de los generalistas asalariados en Hungría a las 4,4 veces la renta na-

cional per cápita en el caso de los generalistas autónomos en los Estados Unidos (cuadro 4.4.1; derecha). En casi todos los países, la remuneración de los Médicos de Atención Primaria es inferior a la de los especialistas. Sin embargo, en Islandia, parecen ganar más que los especialistas, en parte porque los primeros en áreas relativamente menos pobladas afrontan jornadas de trabajo más prolongadas y, en ocasiones, han de tratar casos de urgencia. Otra razón consiste en que, aunque los especialistas asalariados disponen a menudo de consultas privadas, los datos sobre estos profesionales no incluyen los ingresos adicionales obtenidos en las mismas.

En lo que concierne a enfermería, con arreglo a los datos de 16 países, los ingresos relativos de los que trabajan en hospitales equivalen, como media, a 1,2 veces el PIB per cápita. La remuneración más elevada, teniendo en cuenta la renta nacional media, se da en Portugal, seguido por los Estados Unidos y Australia (cuadro 4.4.3). Es inferior a la renta nacional media en la República Checa, Hungría y Noruega.

En general, en todos los países, la densidad inferior de una determinada categoría de profesionales sanitarios tiende a asociarse a niveles de remuneración relativos superiores. En el cuadro 4.4.2 se muestra la correlación en el caso de los especialistas. Para un determinado nivel de especialistas per cápita, la remuneración de los asalariados tiende a ser inferior a la que perciben los autónomos. Asimismo, para un determinado cociente entre especialistas y población, los niveles de remuneración pueden variar de manera significativa entre países. Así, la variación en cuanto a remuneración relativa no puede explicarse únicamente por el número de profesionales sanitarios en ejercicio. Está influida asimismo por otros factores.

#### Definición y desviaciones

Los datos sobre la remuneración de los profesionales sanitarios aluden al promedio de ingresos anuales brutos, en los que se incluyen las cotizaciones a la seguridad social y los impuestos sobre la renta a pagar por el empleado. En la remuneración ha de incluirse normalmente todos los pagos extraordinarios regulados, como las primas y las retribuciones por las guardias nocturnas y en otros horarios, así como por las horas extraordinarias, pero deben excluirse los gastos de ejercicio profesional de los médicos que trabajan por cuenta propia. Los niveles de remuneración se expresan en relación con el PIB per cápita, como indicador aproximado de la renta nacional media. No obstante, en Irlanda y Luxemburgo, el PIB per cápita da lugar a una subestimación significativa de la renta nacional media, por lo que se han utilizado en su lugar estimaciones de la renta nacional bruta per cápita.

Varios factores contribuyen a la subestimación de niveles de remuneración. En primer lugar, en los datos de remuneración de algunos países se excluyen las horas extraordinarias y otros pagos afines, como los correspondientes al ejercicio en turnos de noche y fines de semana. En segundo lugar, en algunos países, los datos no representan la totalidad de los ingresos, al excluir, por ejemplo, los que se obtienen en las consultas privadas de médicos asalariados, o la remuneración de los empleos asalariados de aquéllos que ejercen fundamentalmente por cuenta propia. Asimismo, los pagos no regulados constituyen una fuente significativa de ingresos para los profesionales sanitarios en Grecia y Hungría, pero en los datos no se incluyen los mismos. En tercer lugar, los datos de varios países proceden de encuestas o declaraciones de ingresos facilitadas por los propios interesados, lo que, a menudo, da lugar a subestimaciones.

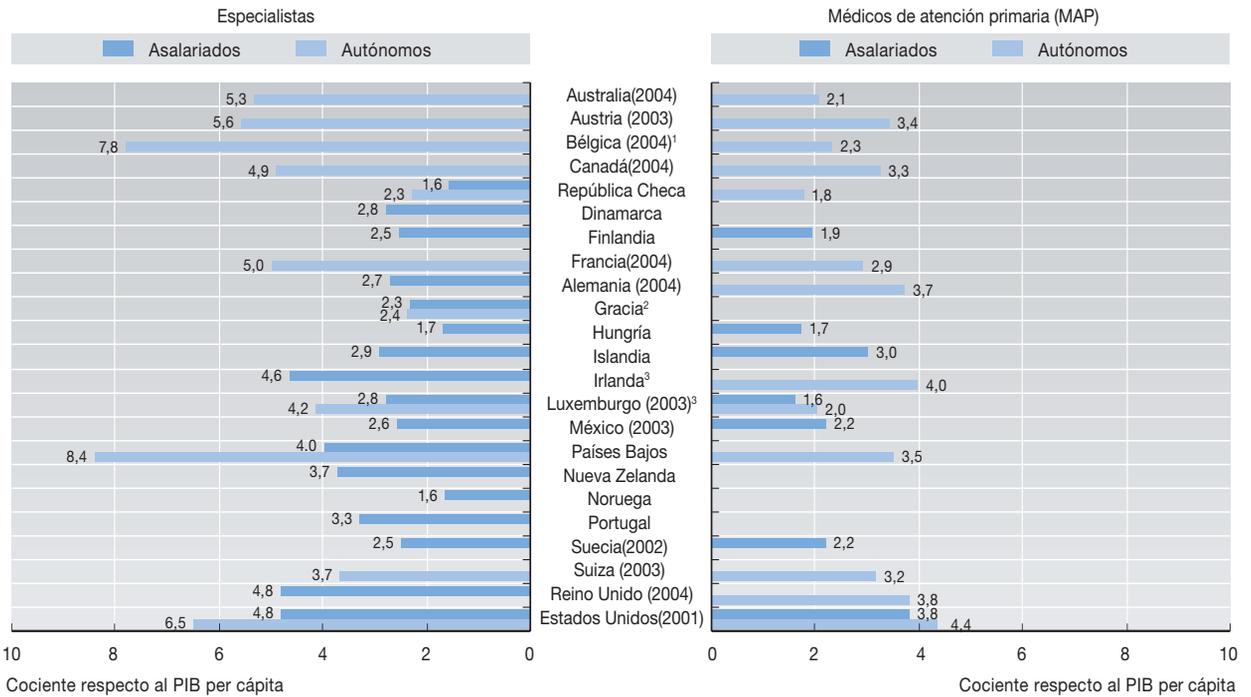
Por otro lado, los datos de ciertos países corresponden a recuentos individuales que incluyen la remuneración a trabajadores a tiempo parcial, lo que da lugar a una subestimación en comparación con los datos facilitados compensando los casos de ejercicio a tiempo parcial. Asimismo, en algunos países como la República Checa, Dinamarca, Finlandia, Noruega y Portugal, la remuneración de ciertas categorías de Médicos de Atención Primaria se incluye en la que perciben los especialistas. Por último, los datos de algunos países atañen únicamente a los empleados del sector público, que suelen percibir una remuneración inferior a la de los que trabajan en la empresa privada.

Por otra parte, ciertos factores dan lugar a sobreestimaciones. En el caso de los generalistas y los especialistas, los datos de Bélgica comprenden los gastos de ejercicio profesional. En el del personal de enfermería hospitalario, los gerentes de enfermería, de mayor retribución, se incluyen en los datos de algunos países.

# 4. RECURSOS DEDICADOS A LA ATENCIÓN SANITARIA Y SU UTILIZACIÓN

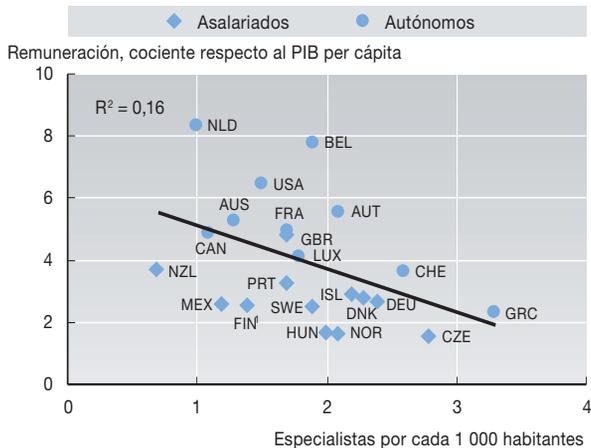
## 4.4. REMUNERACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS (MÉDICOS Y PERSONAL DE ENFERMERÍA)

### 4.4.1. Remuneración de los médicos, cociente respecto al PIB per cápita, 2005 (o último año disponible)



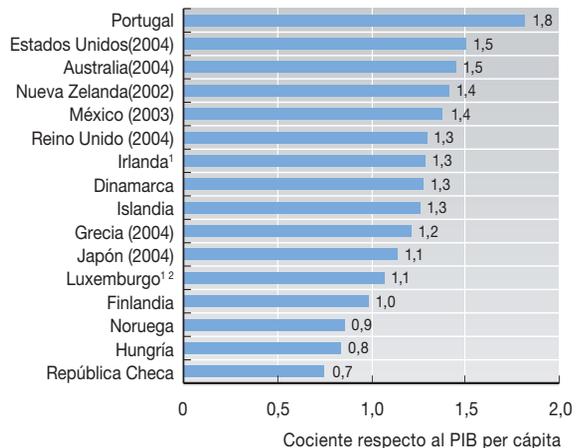
1. Los datos de los especialistas y los generalistas incluyen los gastos de ejercicio profesional, lo que da lugar a una sobrestimación.
2. La remuneración de los especialistas asalariados corresponde a 2005 y la renta de los especialistas autónomos, a 2004.
3. Dado que el PIB per cápita sobrestima la renta media, la remuneración se presenta como un cociente respecto a la renta nacional bruta. En las notas al pie de las tablas A.4.4a y A.4.4b se recoge más información sobre las fuentes y los métodos.

### 4.4.2. Remuneración relativa de los especialistas y densidad de especialistas, 2005 (o último año disponible)



1. El número de especialistas incluye únicamente a los que trabajan en el sector público.

### 4.4.3. Remuneración del personal de enfermería hospitalario, cociente respecto al PIB per cápita, 2005 (o último año disponible)



1. Dado que el PIB per cápita sobrestima la renta media, la remuneración se presenta como un cociente respecto a la renta nacional bruta.
2. Luxemburgo incluye los auxiliares de enfermería. En las notas al pie de las tablas A.4.4c se recoge más información sobre las fuentes y los métodos.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114035685730>

### 4.5. CAMAS EN HOSPITAL PARA CUIDADOS AGUDOS, DISPONIBILIDAD E ÍNDICES DE OCUPACIÓN

El número de camas en hospital para cuidados agudos constituye una medida de los recursos disponibles para la prestación de este tipo de servicios de salud a pacientes hospitalizados. Sin embargo, no recoge la capacidad de los hospitales para realizar en el mismo día intervenciones de urgencia o programadas, ni se tienen en cuenta las camas asignadas a la prestación de cuidados no agudos (p. ej., para los cuidados prolongados).

El número de camas para cuidados agudos per cápita varía en gran medida entre los países de la OCDE. En 2005, tal cifra alcanzó su nivel máximo en Japón, seguido por Corea, Alemania y Austria, y en todos estos países se declararon más de seis camas para cuidados agudos por 1.000 habitantes (cuadro 4.5.1). El menor nivel (menos de 2,5 por 1.000 habitantes) se daba en México, Turquía, y Suecia. Tanto en Japón como en Corea se dan fenómenos de "admisión social", es decir, que ciertas camas para cuidados agudos pueden dedicarse a la atención a largo plazo (Jeong y Hurst, 2001; Hurst, 2007).

La mayoría de los países de la OCDE muestran una tendencia a largo plazo a un descenso del número de camas para cuidados agudos. Como promedio de un grupo uniforme de 24 países, la cifra de tales camas pasó de 5,1 por 1.000 habitantes en 1990, a 3,9 en 2005. Únicamente en Corea creció dicha cifra con rapidez entre 1990 y 2005, al pasar de 2,7, a 6,5 por 1.000 habitantes. Esta evolución puede explicarse por el uso de camas de cuidados agudos en tratamientos de larga duración, la falta de planificación de capacidades respecto a las camas hospitalarias y los incentivos a la inversión en el sistema hospitalario privado y orientado a la consecución del beneficio de Corea (OCDE, 2003b).

La reducción de las camas hospitalarias para cuidados agudos per cápita en la mayoría de los países ha obedecido, al menos en parte, al avance de la tecnología médica, que reduce la necesidad de atención hospitalaria y posibilita el progreso en el uso de las intervenciones ambulatorias (OCDE, 2004a). Asimismo, las reformas sanitarias han dirigido con frecuencia los esfuerzos en cuanto a contención de costes al sector de la atención a

pacientes hospitalizados, que sigue constituyendo la mayor categoría de gasto sanitario en casi todos los países de la OCDE (Docteur y Oxley 2003) (véase el indicador 5.3 "Gasto sanitario por función"). La reducción de camas hospitalarias per cápita puede haber estado asociada a tres posibles cambios en la actividad (Kroneman y Siegers, 2004). En primer lugar, los índices de ingresos y altas hospitalarios que requieren pernoctaciones en el hospital se redujeron, al menos ligeramente, a lo largo del pasado decenio en algunos países (véase el indicador 4.9 "Altas hospitalarias"). En segundo lugar, la estancia media de pacientes de cuidados agudos se ha reducido de manera significativa desde 1990 en casi todos los países (véase el indicador 4.10 "Estancia media en hospitales"). En tercer lugar, las tasas de ocupación de las camas se han elevado en muchos países a medida que el número de camas para cuidados agudos per cápita descendía (cuadro 4.5.2).

La tasa media de ocupación de camas para cuidados agudos en los países de la OCDE fue del 75 % en 2005, ligeramente por encima del nivel de 1990. Este promedio oculta considerables variaciones entre países (cuadro 4.5.2). Canadá, Noruega, Suiza, Irlanda y el Reino Unido, cuyos índices de camas para cuidados agudos per cápita se sitúan por debajo de la media de la OCDE, presentaban las mayores tasas de ocupación (en torno al 85 %, o más). En todos estos países, las tasas de ocupación se han elevado, y las camas para cuidados agudos se han reducido en el tiempo. En el otro extremo de la escala, México, los Países Bajos, Turquía y Luxemburgo registraron tasas de ocupación del 61 al 66 % en 2005. En México y Turquía, que en ambos casos declaran un número bajo y estable de camas per cápita, las tasas de ocupación se han elevado a lo largo del tiempo, con arreglo al aumento de la demanda de ingresos hospitalarios. En los Países Bajos, por el contrario, la cifra de camas para cuidados agudos per cápita se han reducido, al igual que las tasas de ocupación. Esta evolución puede deberse, al menos en cierta medida, al hecho de que los Países Bajos, y también Luxemburgo, incluyen las camas para cuidados de día en el número total de camas para cuidados agudos, mientras que en las tasas de ocupación sólo se tienen en cuenta las estancias hospitalarias.

#### **Definición y desviaciones**

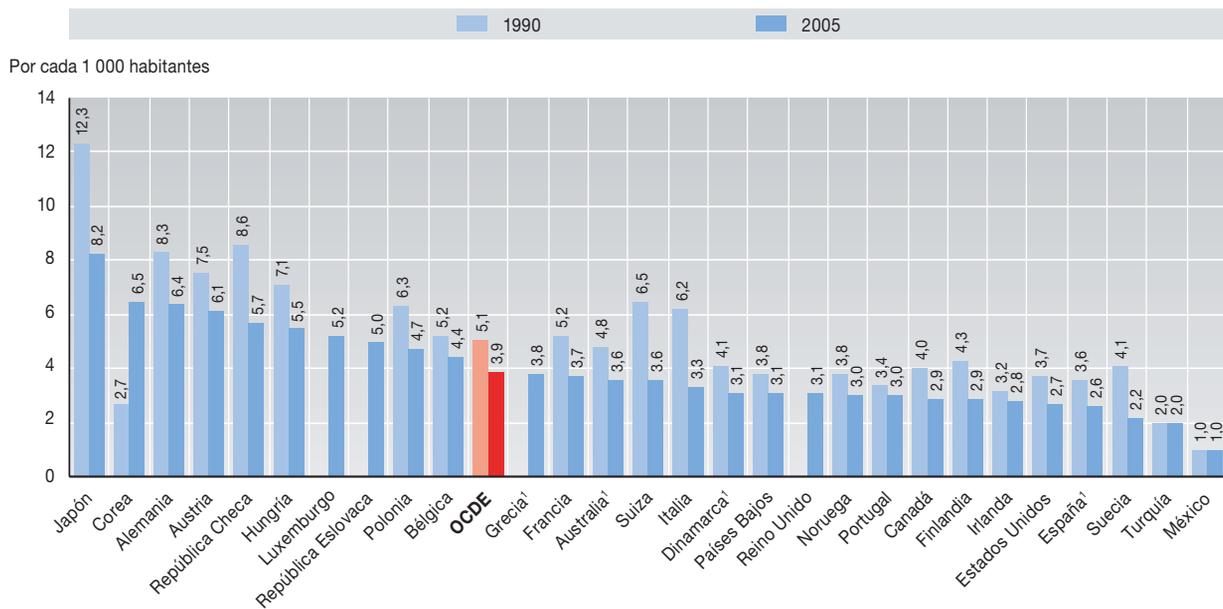
Teóricamente, en la categoría de camas hospitalarias para cuidados agudos sólo deben incluirse las camas disponibles para prestar una "atención curativa", conforme a la definición del Manual del Sistema de Cuentas de Salud (OCDE, 2000a). No obstante, las funciones de atención incluidas y excluidas en la categoría de "cuidados agudos" varían entre países y épocas (p. ej., la medida en que se excluyen las camas designadas para cuidados de larga duración, de rehabilitación o paliativos), lo que limita la comparabilidad de los datos. Varios países (entre los que figuran Australia, Austria, Canadá, Alemania, Irlanda, Luxemburgo, Países Bajos, Polonia, Portugal, España, Suiza, Turquía y Estados Unidos) declaran como camas para cuidados agudos todas las ubicadas en hospitales "generales" o "de cuidados agudos". Asimismo, es posible que algunas de estas camas se utilicen con fines como la atención de larga duración (p. ej., en Japón y Corea). Las camas del sector privado no se incluyen, o sólo parcialmente, en Hungría e Irlanda. Los datos correspondientes a Finlandia no se basan en un recuento efectivo de camas, sino en cálculos obtenidos mediante la división del número de días de estancia hospitalaria para cuidados agudos entre la cifra total de días del año (365); este cálculo da lugar a una subestimación, dado que la tasa de ocupación es inferior en realidad a la tasa supuesta del 100 %.

La tasa de ocupación de camas para cuidados agudos se define como el número de días de ocupación de camas hospitalarias para cuidados agudos dividido entre el número de camas para cuidados agudos disponibles multiplicado por el número de días (365).

## 4. RECURSOS DEDICADOS A LA ATENCIÓN SANITARIA Y SU UTILIZACIÓN

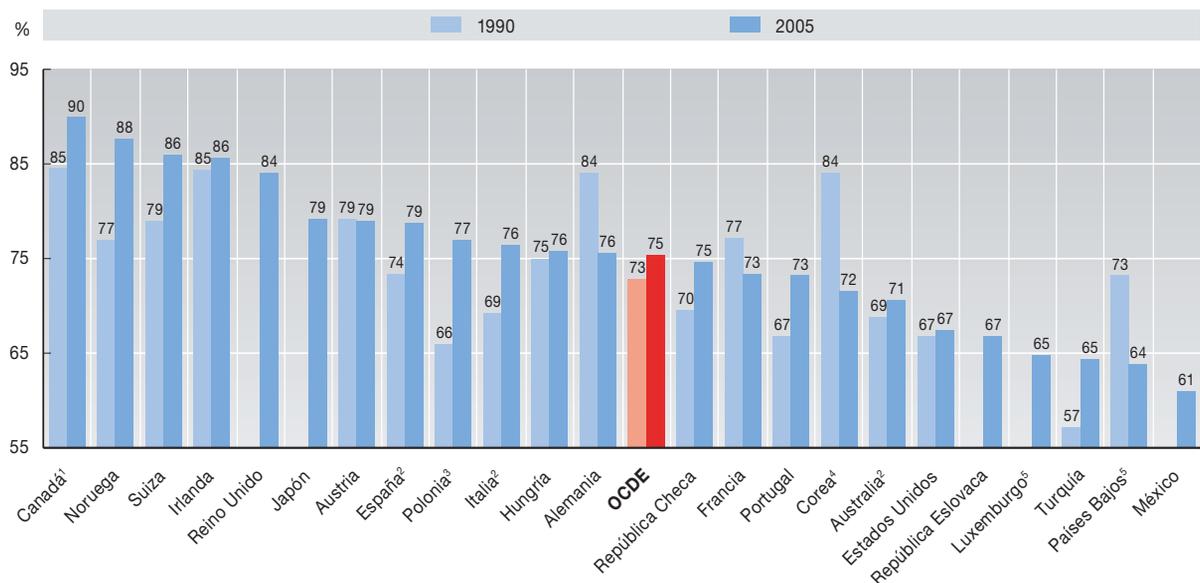
### 4.5. CAMAS EN HOSPITAL PARA CUIDADOS AGUDOS, DISPONIBILIDAD E ÍNDICES DE OCUPACIÓN

#### 4.5.1. Camas hospitalarias para cuidados agudos por cada 1 000 habitantes, 1990 y 2005



1. 2004.

#### 4.5.2. Ocupación de camas hospitalarias para cuidados agudos, 1990 y 2005



1. 1995-2004. 2. 2004. 3. 2002. 4. 2003.

5. En los Países Bajos y Luxemburgo, los índices de ocupación están ligeramente subestimados, dado que el número de días de ocupación de camas hospitalarias engloba únicamente a los pacientes ingresados, mientras que el número de camas para cuidados agudos (el denominador) incluye además las camas disponibles para atención ambulatoria.

Source: OECD Health Data 2007

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114043378703>

### 4.6. CAMAS PARA CUIDADOS DE LARGA ESTANCIA EN HOSPITALES Y OTROS CENTROS DE ASISTENCIA

El número de camas para cuidados de larga estancia (LE) en hospitales y otros centros de asistencia proporciona una medida de la capacidad física disponible para las personas que requieran una atención y unos cuidados sanitarios continuos. La asistencia prestada en cada entorno institucional consiste a menudo en una combinación de servicios sociales y sanitarios.

Las camas para LE se utilizan, mayoritariamente, para la atención de personas de edad avanzada con enfermedades crónicas y discapacidad. En el cuadro 4.6.1 se muestra el número de camas para LE en hospitales y otros centros de asistencia, como proporción de la población de 65 o más años de edad en los países de la OCDE en 2005. El promedio se situaba en torno a las 40 camas para LE por cada 1.000 habitantes de 65 o más años, ofrecidas en su inmensa mayoría en otros centros de asistencia. En cualquier caso, hay una amplia variación entre países en cuanto al número total de camas para LE, y esta cifra varía asimismo notablemente en función del centro de asistencia. Suiza y Suecia disponen aproximadamente de cinco veces más camas para LE en otros centros de asistencia por persona de 65 o más años de edad que Japón e Italia. No obstante, en Japón, más de la mitad de las camas para LE se encuentran en hospitales, aunque la cifra de las ubicadas en otros centros de asistencia ha venido creciendo. Finlandia, la República Checa e Irlanda también cuentan con una proporción relativamente elevada de sus camas para LE en hospitales (o en centro de salud en el caso de Finlandia).

Numerosos países de la OCDE han reorganizado la prestación de servicios de LE a lo largo del último decenio (OCDE, 2005c), con el objetivo de apartarse de las estancias hospitalarias prolongadas y costosas, promover el desarrollo de plazas en otros centros de asistencia allí donde se necesitan y, en términos más generales, prestar un mejor apoyo a las opciones de atención domiciliaria. En el cuadro 4.6.2 se muestra que muchos países de la OCDE han reducido la cifra de camas para LE en hospitales (como proporción de las personas de 65 o más años de edad) en los últimos cinco a diez años, con la excepción de la República Checa. En algunos países como Islandia e Irlanda, la reducción del número de

camas para LE en hospitales se ha acompañado de un aumento de las mismas en otros centros de asistencia. En otros países como Suecia y Finlandia se ha asistido a una reducción de la cifra de camas para LE tanto en hospitales, como en otros centros de asistencia, cuando se compara ésta con el tamaño total de la población de edad avanzada. En el caso de Suecia al menos, la reducción global de camas para LE en hospitales y otros centros de asistencia a lo largo del pasado decenio se acompañó de un aumento de la proporción de personas de edad avanzada que reciben cuidados prolongados a domicilio (OCDE, 2007d).

En Japón y Luxemburgo se ha producido un rápido incremento de la cifra de camas en otros centros de asistencia en los últimos años. Alemania registró un aumento similar entre 1997 y 1999. La provisión de más camas en ese tipo de centros coincidió con la adopción de un programa global de seguros de atención de larga duración en estos tres países. Por otro lado, la capacidad en cuanto a camas de estos otros centros de asistencia ha convergido en los últimos años, como reflejo de los esfuerzos dedicados a equilibrar el aumento de la demanda con el coste de la atención prestada en diferentes instituciones.

El refuerzo o el mantenimiento de la capacidad de camas para LE en otros centros de asistencia no han sido gratuitos. El gasto total en otros centros de asistencia por cama se elevó hasta alcanzar una tasa media de 3,8 % anual en términos reales entre 1995 y 2005, aunque las tasas de crecimiento difieren entre países (cuadro 4.6.3). El aumento del gasto puede reflejar en parte los cambios en el conjunto de trastornos tratados en estos otros centros, con una mayor proporción de residentes con discapacidades graves que requieren mayor atención médica y más cuidados. Por ejemplo, en Suiza, el descenso del número de camas en otros centros de asistencia se ha acompañado de un aumento de la cifra de personas de edad avanzada que reciben atención a domicilio. Al mismo tiempo, el gasto real por cama de otros centros de asistencia aumentó de manera regular y constante, lo que indica posiblemente que se tratan casos más graves en estos centros

#### **Definición y desviaciones**

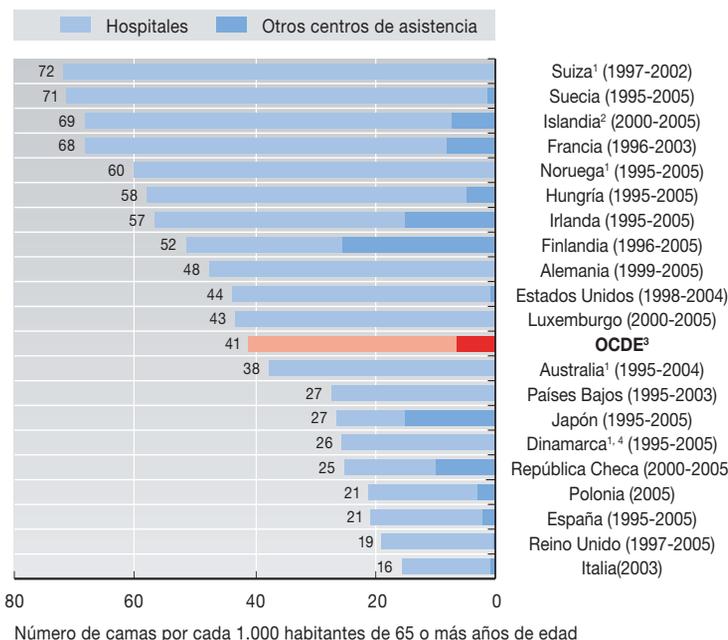
Las camas para cuidados de larga estancia son las asignadas a personas que requieren asistencia continua por trastornos crónicos y un grado de independencia reducido en sus actividades cotidianas. El número total de este tipo de camas es la suma de las ubicadas en hospitales y en otros centros de asistencia. La asistencia prestada en cada entorno institucional puede consistir en una combinación de servicios sociales y sanitarios. Varios países no declaran el número de camas para LE en hospitales (p. ej., Australia, Dinamarca, Noruega y Suiza), lo que da lugar a una subestimación de su cifra total de este tipo de camas. Actualmente, no existe información disponible acerca de la combinación de camas para LE ubicadas en hospitales y otros centros de asistencia públicos y privados.

El gasto corriente en servicios de instalaciones para la prestación de cuidados de enfermería y residenciales refleja el valor de los servicios sanitarios provistos por las mismas. En muchos casos, la información acerca del coste de inversión u otros coste de capital no se encuentra disponible, y cuando lo está, la asignación de la partida en cuestión a los diferentes proveedores plantea dificultades. Por tanto, la comparabilidad entre países está limitada, puesto que las fronteras entre el gasto corriente y el dedicado al capital y a bienes pueden resultar poco claras.

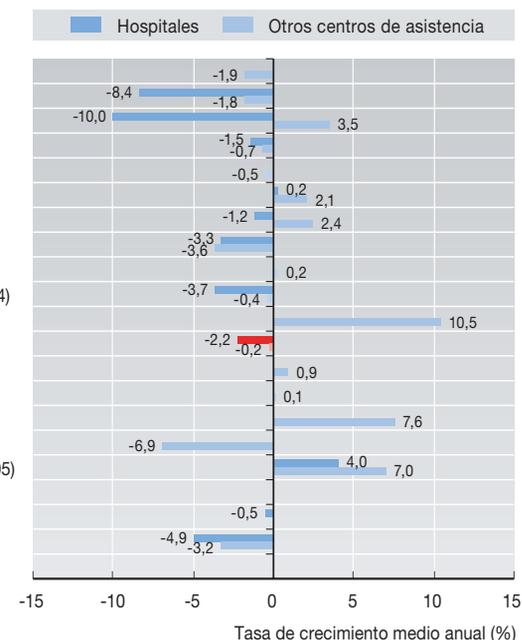
## 4. RECURSOS DEDICADOS A LA ATENCIÓN SANITARIA Y SU UTILIZACIÓN

### 4.6. CAMAS PARA CUIDADOS DE LARGA ESTANCIA EN HOSPITALES Y OTROS CENTROS DE ASISTENCIA DE ASISTENCIA

#### 4.6.1. Camas para cuidados de larga estancia en hospitales y otros centros de asistencia, por cada 1 000 habitantes de 65 o más años de edad, 2005 (o último ejercicio disponible)



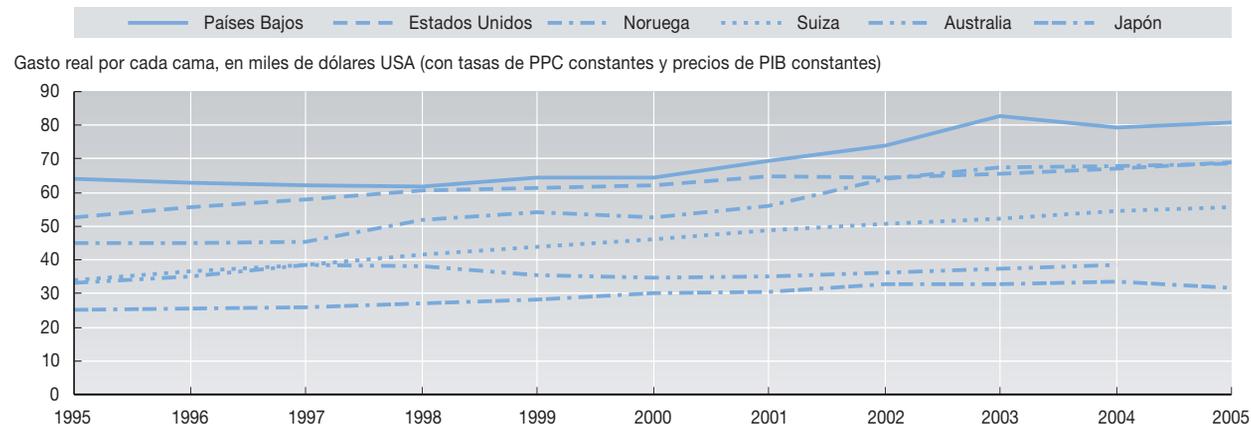
#### 4.6.2. Variación del número de camas para cuidados de larga estancia en hospitales y otros centros de asistencia por cada 1 000 habitantes de 65 o más años de edad



Nota: Nota: Se han seleccionado períodos más breves para algunos países (p. ej., Alemania, Luxemburgo y la República Checa) para evitar la interrupción de series temporales por cambios de fuentes o metodologías.

1. No se dispone de los datos sobre camas para cuidados prolongados en hospitales correspondientes a Australia, Dinamarca, Noruega y Suiza.
2. En Islandia, el número de camas para cuidados prolongados en hospitales no incluye las camas en los servicios de geriatría, que se han incrementado en los últimos años.
3. La media de la OCDE excluye a todos los países que no han facilitado datos completos.
4. Los datos de Dinamarca no incluyen las camas en residencias para personas de edad avanzada, que están pensadas para personas que presentan únicamente discapacidades leves. El número de camas en estos centros se ha incrementado con rapidez en los últimos años.

#### 4.6.3. Incremento del gasto por cada cama para cuidados de larga estancia en centros de asistencia, de 1995 a 2005



Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114046261863>

### 4.7. TECNOLOGÍAS MÉDICAS

La difusión de las tecnologías médicas modernas constituye uno de los principales impulsores del ascenso del gasto sanitario en todos los países de la OCDE. En el presente apartado se presentan los datos relativos a la disponibilidad de tres técnicas de diagnóstico: la tomografía computarizada (TC), las unidades de resonancia magnética (RM) y las mamografías, y una técnica terapéutica: los equipos de radioterapia. Los datos indican la disponibilidad general de estos equipos, pero no la medida de su uso en la práctica.

Los equipos de TC (o "TAC", que corresponde a tomografía axial computarizada) y las unidades de RM ayudan a los médicos a diagnosticar enfermedades mediante la obtención de imágenes transversales del interior del organismo objeto de la exploración. A diferencia de la radiografía convencional y de la aplicación de equipos de TC, las más recientes tecnologías de obtención de imágenes utilizadas en unidades de RM no exponen a los pacientes a la radiación ionizante. La disponibilidad de equipos de TC y RM ha aumentado en la mayoría de los países de la OCDE a lo largo de los últimos quince años. Japón dispone, con mucho, del mayor número de este tipo de equipos per cápita, seguido de los Estados Unidos en el caso de las unidades de RM, y de Australia en el de los equipos de TC (cuadros 4.7.1 y 4.7.2). Algunos analistas atribuyen el rápido incremento de las unidades de RM en Japón, al menos en parte, a la falta de una evaluación regulada de la eficacia y la efectividad en las decisiones de adquisición (Hisashige, 1992). Una adopción temprana y una aplicación generalizada de la tecnología convierte al sistema sanitario de los Estados Unidos en otro usuario intensivo de la RM y de la tecnología médica en general. En el otro extremo de la escala, el número de unidades de RM y de equipos de TC por habitante registra su nivel más bajo en México, Hungría y Turquía, lo que no resulta sorprendente dado el elevado coste de estos equipos.

La mamografía facilita el diagnóstico del cáncer de mama, el más común en el caso de las mujeres. Un diagnóstico y una intervención precoces elevan de manera significativa las tasas de supervivencia del cáncer de mama (véase el indicador 6.4 en el capítulo 6). Por ejemplo, las tasas de mortalidad son inferiores en los cantones

suizos con tasas más elevadas de utilización de la mamografía (OCDE, 2006a). Entre los 21 países con datos disponibles, el número de mamografías per cápita alcanza su nivel máximo en Francia y Finlandia (cuadro 4.7.3). México, Turquía y el Reino Unido declararon el menor número per cápita, aunque la disponibilidad de mamografías se ha elevado con rapidez en los últimos años (tabla A.4.7b). Esta veloz difusión ha coincidido con el desarrollo de programas organizados de exploraciones mamográficas en numerosos países de la OCDE.

La radioterapia se utiliza en el tratamiento de muchos tipos de cáncer. Más de la mitad de los pacientes con dicha enfermedad reciben radioterapia (National Cancer Institute, 2004; DREES, 2005). En 2005, el mayor número de equipos de radioterapia per cápita se daba en Islandia (sin embargo, el número absoluto de equipos era muy reducido; la elevada tasa per cápita se debe a la escasa población), seguida de Suiza y la República Eslovaca (cuadro 4.7.4). El número de unidades de radioterapia no influye en la incidencia del cáncer y la mortalidad en el conjunto de países de la OCDE (véase el indicador 2.5 "Mortalidad por cáncer").

La renta nacional y el gasto sanitario total son factores importantes, pero no los únicos que influyen en la difusión de tecnologías médicas. En un análisis sobre la difusión de unidades de TC y RM en los países de la OCDE, en el que se consideró un determinado número de posibles variables explicativas, se determinó que existe una correlación positiva entre el "poder adquisitivo" (medido en función del gasto en salud per cápita) y la extensión en el uso de estas tecnologías (Eun-Hwan Oh y cols., 2005). Otros países con ingresos superiores adoptan las nuevas tecnologías en fases iniciales de su desarrollo, aunque la importancia de la renta en la explicación de la disponibilidad a largo plazo de tecnologías médicas en los países de la OCDE desciende generalmente con el tiempo (Slade y Anderson, 2001). En ambos estudios se confirman los efectos de los incentivos al reembolso, especialmente en lo que atañe a las compras de tecnologías de diagnóstico. Por ejemplo, los métodos de pago de hospitales basados en reembolsos por caso, o por día se asocian a una mayor difusión de equipos de TC y RM (Eun-Hwan Oh y cols., *op. cit.*).

#### Definición y desviaciones

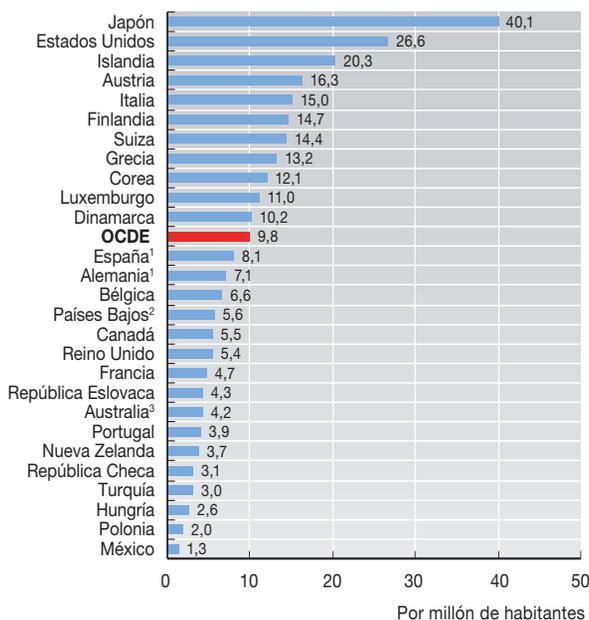
Las cifras se refieren al número de equipos de tecnología médica por cada millón de habitantes. Los datos sobre los equipos de radioterapia comprenden los aceleradores lineales, las unidades de cobalto-60, las unidades de tratamiento de cesio-137 y las unidades de rayos X de bajo a ortovoltaje (las unidades de braquiterapia suelen excluirse). Los datos se recogen respecto tanto al sector hospitalario como al ambulatorio.

Los datos correspondientes a algunos países pueden adolecer de subestimación. Los datos sobre equipos de TC y RM se recaban en hospitales y centros no hospitalarios, pero son posibles las omisiones respecto al número de equipos de RM. En lo que atañe al Reino Unido, los datos aluden únicamente a los equipos presentes en el sector público. En el caso de Alemania y España, los datos se refieren únicamente a los equipos disponibles en hospitales. En Australia, el número de unidades de RM (desde 1999), y de mamografías y equipos de radioterapia (desde 2005) comprende únicamente los susceptibles de reembolso con arreglo a Medicare, el sistema universal de salud pública. En 1999, el 60 % del total de unidades de RM reunía las condiciones para optar al reembolso de Medicare.

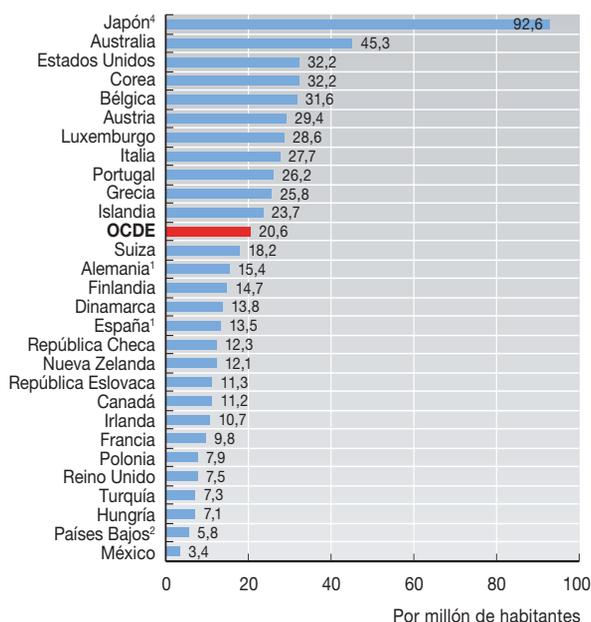
## 4. RECURSOS DEDICADOS A LA ATENCIÓN SANITARIA Y SU UTILIZACIÓN

### 4.7. TECNOLOGÍAS MÉDICAS

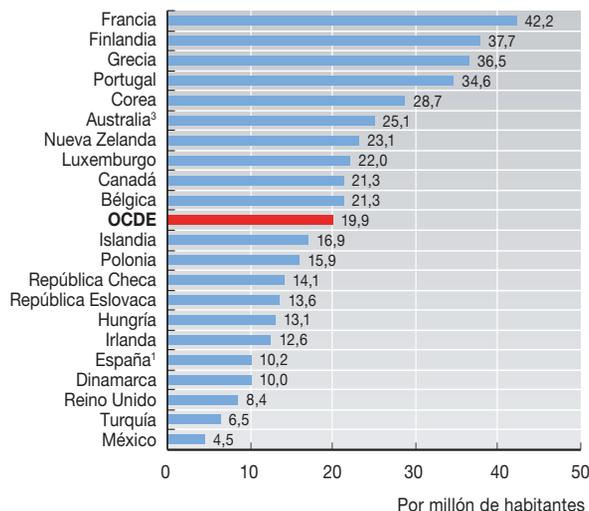
#### 4.7.1. Unidades de RM, número por cada millón de habitantes, 2005 (o último año disponible)



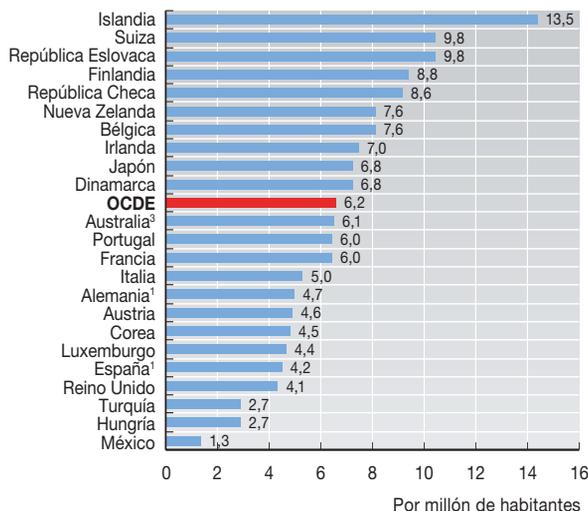
#### 4.7.2. Equipos de TC, número por cada millón de habitantes, 2005 (o último año disponible)



#### 4.7.3. Equipos para mamografías, número por cada millón de habitantes, 2005 (o último año disponible)



#### 4.7.4. Equipos para radioterapia, número por cada millón de habitantes, 2005 (o último año disponible)



1. Los datos de Alemania y España incluyen sólo los equipos de los hospitales.
2. Las cifras de los Países Bajos subestiman el número real de equipos, ya que se refieren al número de hospitales que indicaron que disponían de uno de estos equipos como mínimo y no al número total de equipos existentes en hospitales y en el sector ambulatorio.
3. En Australia, los datos correspondientes a las unidades de RM y los equipos para mamografías y radioterapia se refieren únicamente a los susceptibles de reembolso por Medicare.
4. En Japón, los datos de los equipos de TC se refieren a 2002 y no a 2005, ya que los datos de 2005 son más limitados en cuanto a la cobertura de los centros y al tipo de equipos.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114048434454>

### 4.8. CONSULTAS A MÉDICOS

Las consultas a médicos pueden tener lugar en los propios consultorios de éstos, así como en departamentos de consultas externas de hospitales y, en algunos casos, en los domicilios particulares de los pacientes. En algunos países (como Australia, Canadá, Dinamarca, los Países Bajos y el Reino Unido) se requiere o incentiva a los pacientes para que consulten todo nuevo episodio de enfermedad con un médico de atención primaria que actúa como "filtro". A continuación, éste médico puede remitirlos a un especialista en los casos en que esté indicado. En otros países (como Bélgica, Japón o Suiza), los pacientes pueden dirigirse a los especialistas directamente.

El número declarado de consultas a todo tipo de médicos per cápita varió enormemente entre los países de la OCDE en 2005, desde más de 11 en Japón y Corea, así como en la República Checa, Hungría y la República Eslovaca, a menos de 3 en México y Suecia (cuadro 4.8.1). El promedio de la OCDE fue casi de siete consultas por año. Aunque es probable que las diferencias en cuanto a estado de salud y factores económicos como los pagos directos de los particulares, la densidad de médicos y el modo en que se retribuye a éstos influyan en la determinación de tales variaciones, parece igualmente probable que los factores culturales también desempeñen un papel importante. Japón y Hungría figuran entre los países con las mayores tasas de consulta, pero refieren niveles de estado de salud y densidad de médicos muy diferentes. Se observan ciertos indicios de que los países que retribuyen a sus médicos fundamentalmente mediante el pago por servicio tienden a presentar tasas de consulta superiores a la media, y los que remuneran a sus facultativos sobre todo mediante sueldos y cuotas tienden a registrar tasas de consulta por debajo de la media. No obstante, otros países, como Suiza y Estados Unidos, en los que se retribuye fundamentalmente mediante el pago por servicio, declaran tasas inferiores a la media.

Las tasas de consulta se elevaron en la mayoría de los países que proporcionaron datos relativos al período 1990-2005. Sin embargo, descendieron ligeramente en Bélgica, Canadá, Países Bajos y Reino Unido (cuadro 4.8.2). Turquía registró la subida más pronunciada de las consultas per cápita, con casi un 7 % anual, supuestamente como resultado de un ritmo notablemente rápido

de crecimiento de la densidad de médicos (véase el indicador 4.2 "Médicos en ejercicio"), un acusado incremento del gasto público en asistencia sanitaria durante parte de dicho período (véase el indicador 5.1 "Gasto en salud per cápita") y la mejora del acceso a la atención sanitaria para los pacientes de ingresos bajos con arreglo al sistema de "tarjeta verde" (Savas y cols., 2002). El incremento medio anual del conjunto de los países de la OCDE que proporcionaron datos ascendió al 0,7 %.

La información sobre las consultas puede utilizarse para calcular las cifras anuales de consultas por médico en todos los países de la OCDE. En el cuadro 4.8.3 se muestra la variación de esta estadística entre dichos países en 2005. No debe tomarse como medida de la productividad de los médicos, en parte porque las consultas pueden variar en cuanto a duración y eficacia, y en parte porque se excluye la labor que realizan los facultativos con pacientes hospitalizados, y en tareas de administración e investigación. Asimismo, está sujeta a las limitaciones de comparabilidad consignadas en el recuadro que sigue sobre "Definiciones y desviaciones". En cualquier caso, en el conjunto de los países de la OCDE, el valor máximo de esta estadística supera en casi nueve veces al valor mínimo de la misma. De nuevo en este caso, es posible que influyan determinados factores culturales, porque existe cierta agrupación entre los dos países asiáticos de la OCDE, así como entre los países miembros de Europa oriental, en la parte superior de la clasificación. Como media, se realizan unas 2.500 consultas por médico y año en el conjunto de la OCDE, es decir, unas diez por jornada de trabajo.

Las consultas por médico descendieron entre 1990 y 2005 en la mayoría de los países de la OCDE que proporcionaron datos porque el número de médicos se ha elevado con mayor rapidez que el de consultas (cuadro 4.8.4). Como promedio, las consultas por médico se redujeron en un 0,9 % anual en el conjunto de países de la OCDE que facilitaron datos. El descenso de las consultas por médico ha coincidido con el aumento del gasto por facultativo en muchos países (véase el indicador 4.2 "Médicos en ejercicio"), y con algunos datos que acreditan que la calidad técnica de la atención sanitaria puede haber mejorado en el caso de determinados trastornos (véase el capítulo 6 sobre calidad de la atención).

#### **Definición y desviaciones**

Las consultas a médicos aluden al número de visitas ambulatorias a éstos (tanto generalistas, como especialistas). Las consultas pueden tener lugar en los consultorios de los médicos, en los departamentos de consultas externas de los hospitales y, en algunos casos, en los domicilios particulares de los pacientes.

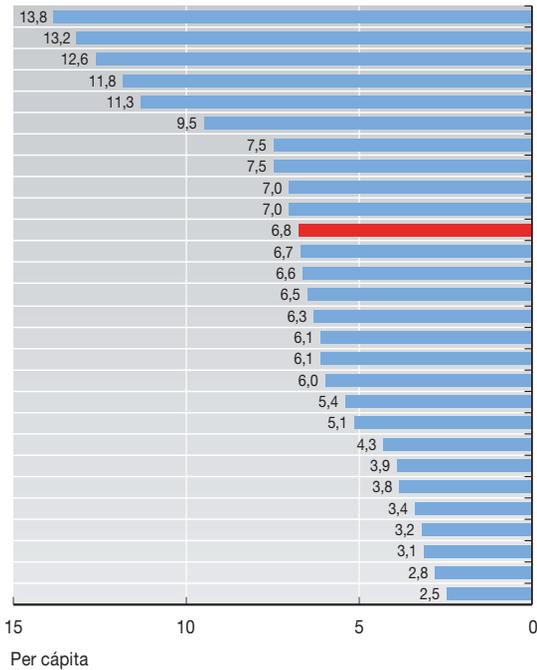
Las estimaciones consignadas en *Eco-Salud OCDE* proceden de fuentes administrativas en la mayoría de los países, pero en algunos (Italia, Países Bajos, Nueva Zelanda, España y Suiza, así como los datos sobre consultas a MAP en el Reino Unido) se derivan de entrevistas de salud o encuestas a los hogares (es decir, se trata de datos autodeclarados). Las estimaciones obtenidas de fuentes administrativas tienden a ser superiores a las que se derivan de encuestas, debido a fallos de memoria y a los índices de ausencia de respuesta.

En las cifras de los Países Bajos se excluyen las consultas correspondientes a la atención materno-infantil. En los relativos a Portugal y a Turquía se excluyen las visitas a médicos privados, y en los del Reino Unido, las consultas privadas a especialistas.

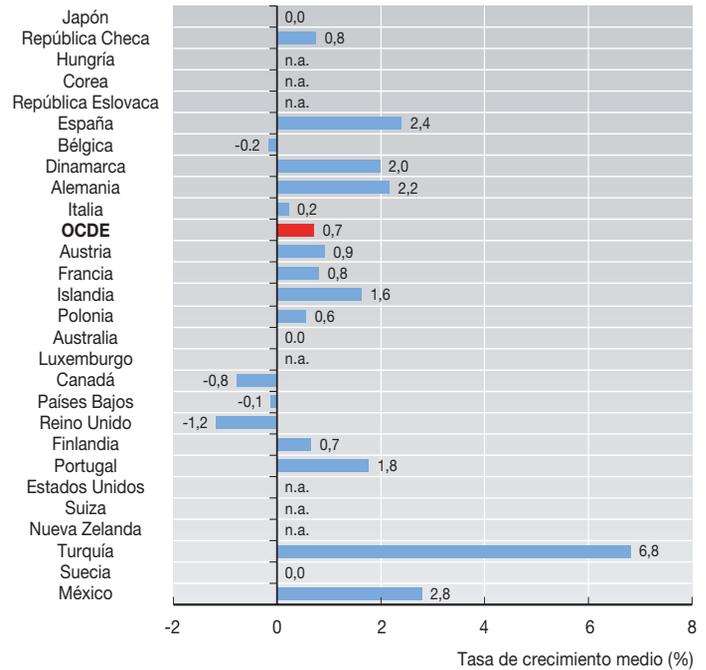
# 4. RECURSOS DEDICADOS A LA ATENCIÓN SANITARIA Y SU UTILIZACIÓN

## 4.8. CONSULTAS A MÉDICOS

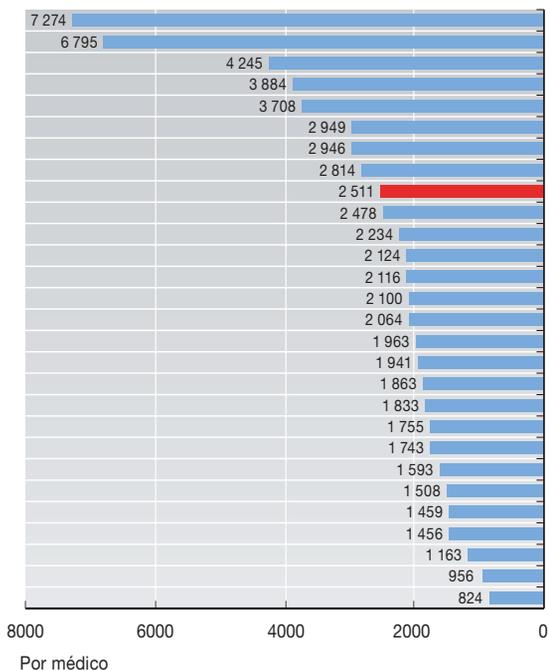
4.8.1. Consultas a médicos per cápita, 2005 (o último año disponible)



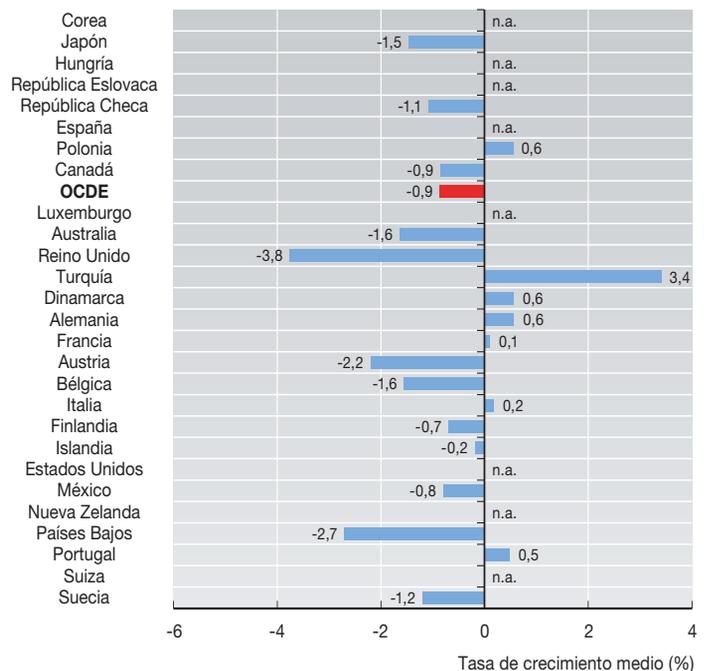
4.8.2. Tasa de crecimiento medio anual del número de consultas a médicos per cápita, de 1990 a 2005



4.8.3. Número de consultas por médico, 2005 (o último año disponible)



4.8.4. Tasa de crecimiento medio anual del número de consultas por médico, de 1990 a 2005



Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114051107728>

### 4.9. ALTAS HOSPITALARIAS

Las tasas de altas constituyen una medición importante de la actividad hospitalaria. No obstante, los límites a la comparabilidad de los datos dificultan el análisis de las variaciones entre países. Algunos incluyen tratamientos que no requieren pernoctar en el centro sanitario (altas en el mismo día), y otros consignan los traslados entre unidades hospitalarias (véase más abajo el cuadro sobre “Definiciones y desviaciones”). Además, en las altas no se tienen en cuenta las diferencias en la casuística (las distintas enfermedades que dan lugar a hospitalización).

En 2005, las mayores tasas de altas se dieron en Austria (cuadro 4.9.1). Cuatro de los cinco siguientes países con mayores tasas incluyeron en sus datos las que se producen en el mismo día (Francia, Finlandia y el Reino Unido) o los traslados a otras unidades de asistencia en el mismo centro (República Checa). Dichas tasas también fueron elevadas en Hungría y Alemania. Los valores más bajos se registraron en México y Turquía.

Las tasas de altas han aumentado con el tiempo en todos los países que incluyen las que se otorgan en el mismo día en la estimación (cuadro 4.9.2 y tabla A.4.9a). En más de la mitad de los países en los que se excluyen las altas en el mismo día, las tasas se elevaron, al menos ligeramente, entre 1995 y 2005. El aumento fue especialmente acusado en Corea y Turquía, que partían de niveles relativos bajos en 1995. También fue relativamente notable en Noruega y Alemania. Las tasas de altas se mantuvieron bastante estables en Portugal, Luxemburgo y los Países Bajos, y descendieron en Canadá, Irlanda, Suecia, Islandia y Australia.

Las tendencias de las altas hospitalarias reflejan varios factores que no resulta fácil averiguar. La demanda de hospitalización puede aumentar a medida que las poblaciones envejecen. A las poblaciones de edad avanzada les corresponde un porcentaje desproporcionada-

mente elevado del total de altas hospitalarias en todos los países; por ejemplo, en los Estados Unidos, el 24 % del total de altas en 2004 correspondió a personas de 75 o más años de edad, por encima del 18 % de 1990 (NCHS, 2006). Se prevé que el envejecimiento impulse un aumento de la demanda de servicios a pacientes hospitalizados en los Estados Unidos durante los próximos diez años de casi un 1 % anual (Strunk y cols., 2006). En cualquier caso, el envejecimiento de la población puede representar un factor menos importante que el cambio de pautas del ejercicio profesional atribuible al avance de la tecnología médica. Por ejemplo, las estancias hospitalarias para la realización de una angioplastia en pacientes de 75 o más años de edad aumentaron de 3,7 a 8,3 por cada 1.000 habitantes entre 1991-1992 y 2001-2002 en los Estados Unidos (NCHS, 2006). En cualquier caso, se requiere prudencia al interpretar las tendencias de las tasas de altas. El desarrollo y la difusión de nuevas tecnologías puede impulsar un aumento de la hospitalización, pero también una reducción si conlleva el paso de procedimientos que requieren pernoctar en el centro sanitario a otros que permiten el alta en el mismo día (Nallamothu y cols., 2007). No es posible predecir el modo en que la hospitalización habría evolucionado en ausencia de tales nuevos tratamientos.

Las principales afecciones que motivaron altas hospitalarias en los países de la OCDE en 2005 fueron las enfermedades circulatorias (cardiovasculares), las del aparato digestivo y los cánceres, así como los embarazos y los partos, y causas externas (como accidentes, actos de violencia e intoxicaciones) (cuadro 4.9.3 y tabla A.4.9b). Las tasas de altas de enfermedades circulatorias, que constituyen la categoría de diagnóstico de mayor volumen, han aumentado desde 1995 en numerosos países (cuadro 4.9.4). Esta evolución puede obedecer en parte a la expansión de las revascularizaciones (véase el indicador 4.11 sobre “Procedimientos cardíacos”).

#### Definición y desviaciones

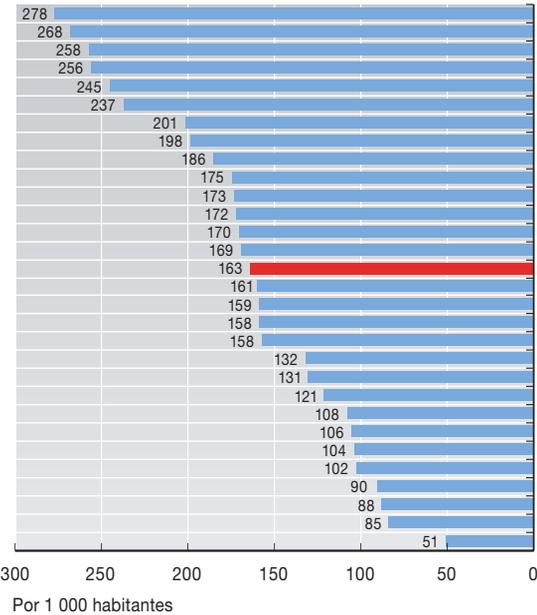
Por alta se entiende la salida de un paciente de un centro para enfermedades agudas tras su ingreso para un período de hospitalización. Normalmente comprende los fallecimientos acaecidos en hospitales tras la prestación de atención al paciente hospitalizado. Las altas en el mismo día suelen excluirse, con las excepciones de los países siguientes, que las incluyen en la totalidad o en parte del período considerado: Austria (en el período 1989-2002), la República Checa (antes de 1995), Finlandia, Francia, Hungría (antes de 2004), Italia (después de 2004), el Reino Unido y los Estados Unidos. Los traslados a otras unidades asistenciales en el mismo centro suelen excluirse, con la excepción de la República Checa y Japón.

Hay otras limitaciones a la comparabilidad de los datos sobre altas hospitalarias. Algunos países no ofrecen datos relativos al conjunto de los servicios sanitarios. Por ejemplo, los datos relativos a Dinamarca, Irlanda, México, Polonia y el Reino Unido se corresponden únicamente a los hospitales públicos o financiados con fondos públicos. Los datos de Portugal atañen únicamente a los hospitales en el área continental (se excluyen las islas de las Azores y de Madeira), y los relativos a España sólo abarcan el 85 % del total de hospitales. Irlanda excluye las altas relacionadas con embarazos y partos, y ciertos trastornos que se originan en el período perinatal. Los niños sanos nacidos en hospitales se excluyen por completo (o casi por completo) en algunos países (como Canadá, Alemania antes de 2004 y los Estados Unidos). La fuente de información también puede diferir, aunque la mayoría de los datos proceden de registros administrativos hospitalarios.

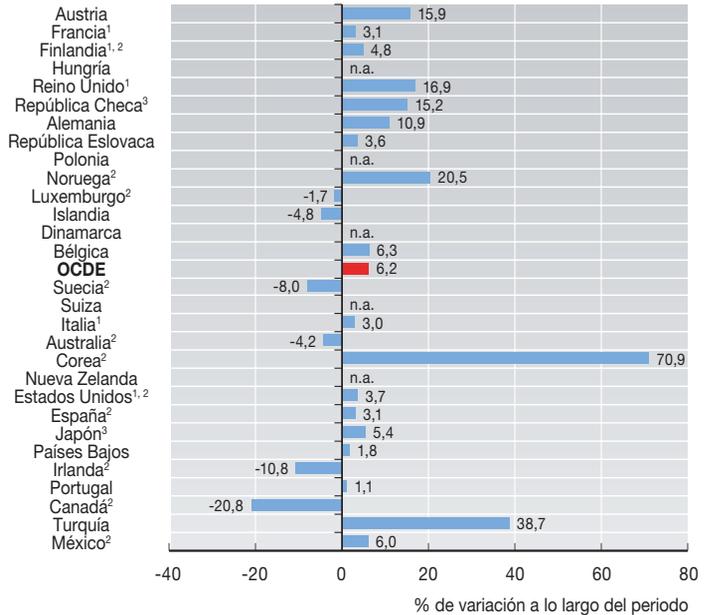
# 4. RECURSOS DEDICADOS A LA ATENCIÓN SANITARIA Y SU UTILIZACIÓN

## 4.9. ALTAS HOSPITALARIAS

### 4.9.1. Altas hospitalarias por cada 1 000 habitantes, 2005 (o último año disponible)



### 4.9.2. Variación porcentual de las altas hospitalarias, por cada 1 000 habitantes, de 1995 a 2005

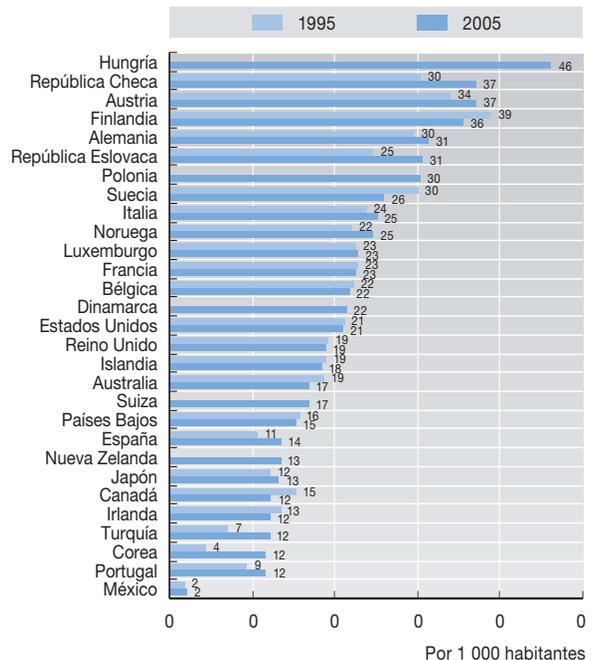


1. Engloba las altas en el mismo día.
2. Excluye las altas de niños sanos nacidos en hospitales.
3. Incluye los traslados de una unidad hospitalaria a otra.

### 4.9.3. Altas hospitalarias por categoría de diagnóstico, OCDE, 2005



### 4.9.4. Altas hospitalarias por enfermedades circulatorias por 1 000 habitantes, 1995 y 2005



Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114053220373>

### 4.10. ESTANCIA MEDIA EN HOSPITALES

La estancia media en hospitales (EM) se ha considerado a menudo como un indicador de eficiencia. En igualdad de otras condiciones una estancia más corta reducirá el coste por alta y permitirá trasladar la asistencia de los pacientes hospitalarios a centros menos caros dedicados al tratamiento posterior a los trastornos agudos. Sin embargo, las estancias de menor duración tienden a asociarse a un uso más intensivo de los servicios y a un mayor coste por día. Unas estancias demasiado cortas puede causar asimismo un efecto adverso sobre los resultados en materia de salud y minar la comodidad y la recuperación del paciente. Si una reducción de las estancias aumenta las tasas de reingreso, es posible que los costes por episodio de enfermedad disminuyan poco, o que incluso aumenten.

En 2005, los países de la OCDE registraron grandes variaciones en cuanto a la EM en lo que atañe a los cuidados agudos. Era relativamente baja (menos de 5 días) en varios países nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Suecia) y México; y relativamente alta (más de 8 días) en Japón, Corea, Alemania y Suiza (cuadro 4.10.1). Varios factores pueden explicar las diferencias entre países. Las estancias breves en Finlandia están relacionadas, al menos en parte, con la disponibilidad de camas para pacientes convalécientes en centros de salud (OCDE, 2005a). Por el contrario, la elevada EM para cuidados agudos en Corea puede explicarse en parte por el uso de camas para tales cuidados en el caso de pacientes con enfermedades crónicas (OCDE, 2003b). La abundante oferta de camas podría haber supuesto para los hospitales un incentivo para mantener a los pacientes durante más tiempo en sus instalaciones en el caso de Japón (Jeong y cols., 1994) (véase el indicador 4.5 "Camas hospitalarias para cuidados agudos"). Los incentivos financieros inherentes en los métodos de pago a los hospitales pueden influir igualmente en la duración de las estancias. Por ejemplo, los pagos por día de ocupación de cama que predominan en Suiza han propiciado las estancias prolongadas en hospitales (OCDE, 2006a).

La estancia media para cuidados agudos ha descendido en casi todos los países de la OCDE, de 8,7 días en 1990, a 6,3 en 2005, en los 25 países de los que se dis-

pone de datos coherentes del período (cuadro 4.10.1). La EMH descendió con especial rapidez en los países que partieron de niveles relativamente elevados en 1990 (Alemania, Polonia, Suiza y la República Checa). Varios factores explican este descenso, entre los que figura el uso de procedimientos quirúrgicos menos invasivos, los cambios en los métodos de pago a hospitales hacia la adopción de sistemas de "precios prospectivos" y la expansión de los programas de alta precoz, que permiten a los pacientes regresar a su domicilio para recibir atención de seguimiento.

Si se tienen en cuenta las EM vinculadas a determinadas enfermedades y situaciones, puede eliminarse parte de la heterogeneidad derivada de la consideración en cada país de un conjunto y una gravedad de los trastornos que exigen cuidados agudos potencialmente diferentes. En el cuadro 4.10.3 se muestra que la EMH tras un parto sin complicaciones oscila entre 2 o menos días en México, el Reino Unido, Turquía, Canadá y los Estados Unidos, y 5 o más días en Hungría, la República Eslovaca, Suiza y la República Checa. La EMH correspondiente a los partos sin complicaciones se ha acortado en todos los países a lo largo del pasado decenio, disminuyendo de 4,2 días en 1995, a 3,3 en 2005 como promedio del conjunto de países de la OCDE (tabla A.4.10b). Las altas prematuras para cuidados de maternidad se han convertido en motivo de preocupación en algunos países de la OCDE.

Las estancias tras un infarto agudo de miocardio (IAM) también descendieron a lo largo del último decenio. En 2005, la EM después de un IAM alcanzó su nivel más bajo en los países nórdicos (Noruega, Dinamarca y Suecia) y los Estados Unidos (menos de seis días), mientras que se mantuvo por encima de los diez días en Finlandia e Irlanda (cuadro 4.10.2). No obstante, deben tomarse precauciones al hacer comparaciones entre países, ya que, en Finlandia, la EM puede incluir a pacientes inicialmente ingresados por un IAM que han dejado de recibir cuidados agudos y, por tanto, podrían ser considerados pacientes de cuidados prolongados (Moise y cols., 2003a).

#### Definición y desviaciones

La estancia media (EM) para cuidados agudos alude al promedio de días (con al menos una pernoctación) que los pacientes permanecen en un centro hospitalario para enfermedades agudas. En general, se calcula dividiendo el número total de días de permanencia de todos los pacientes en centros hospitalarios para enfermedades agudas durante un año entre el número de ingresos o de altas.

La definición propuesta de "cuidados agudos" comprende todas las funciones asistenciales consideradas en la categoría de "cuidados curativos" definida en el Manual del Sistema de Cuentas de Salud (OCDE, 2000a). No obstante, hay variaciones entre países en cuanto a las funciones asistenciales incluidas y excluidas en "cuidados agudos" que limitan la comparabilidad de los datos (p. ej., si se incluyen o no las camas designadas para cuidados prolongados, de rehabilitación o paliativos).

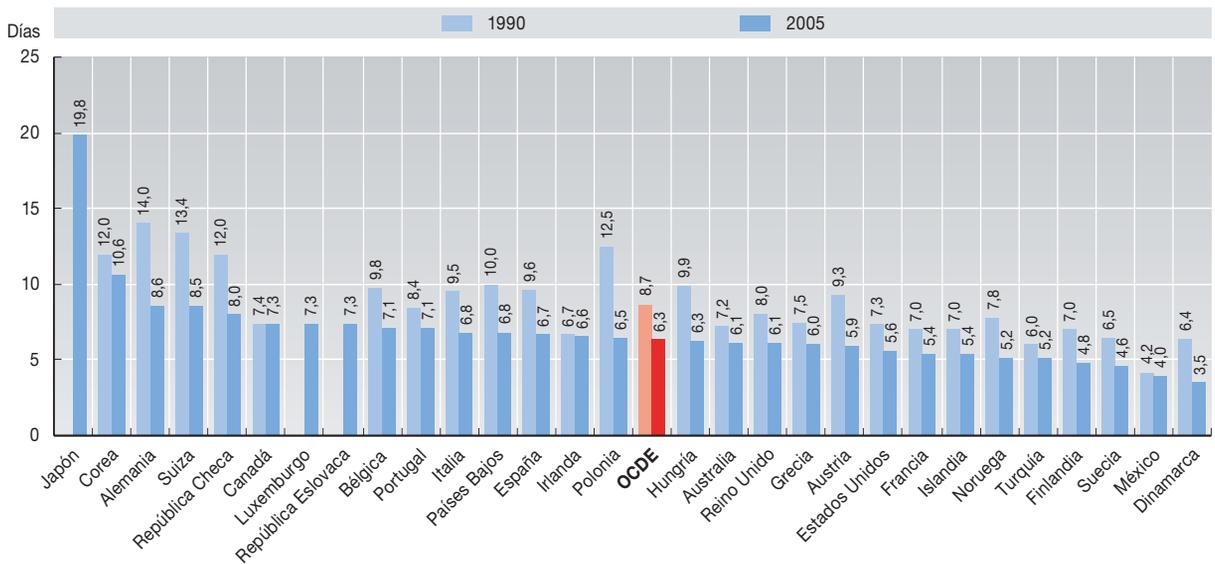
Asimismo, en el cálculo de la EM, los días y las altas de niños sanos nacidos en hospitales se excluyen por completo, o sólo se contabilizan parcialmente en algunos países (como Canadá, Alemania antes de 2004, y los Estados Unidos). La inclusión de recién nacidos sanos reduciría la EM en estos países (p. ej., en torno a medio día en Canadá).

Por tanto, las comparaciones entre países deben interpretarse con precaución.

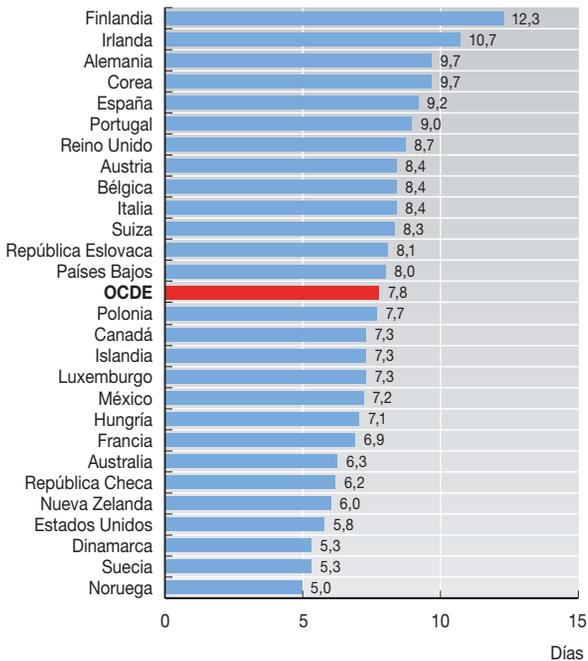
# 4. RECURSOS DEDICADOS A LA ATENCIÓN SANITARIA Y SU UTILIZACIÓN

## 4.10. ESTANCIA MEDIA EN HOSPITALES

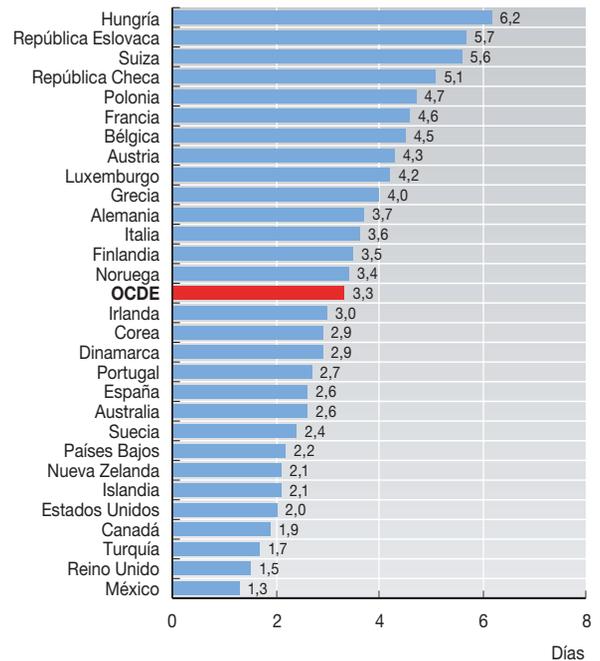
### 4.10.1. Estancia media de pacientes de cuidados agudos, 1990 y 2005 (o año más reciente)



### 4.10.2. Estancia media tras infarto agudo de miocardio (IAM), 2005 (o último año disponible)



### 4.10.3. Estancia media por parto sin complicaciones, 2005 (o último año disponible)



Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114103308441>

### 4.11. PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES

Las cardiopatías constituyen una de las principales causas de hospitalización y fallecimiento en los países de la OCDE (véase el indicador 2.4 "Mortalidad por cardiopatías e ictus"). El injerto de derivación arterial coronaria (bypass coronario) y la angioplastia coronaria son dos procedimientos de revascularización que han revolucionado el tratamiento de las cardiopatías en los últimos decenios.

Existe una variación considerable entre países en cuanto al uso tanto de las derivaciones coronarias, como de las angioplastias coronarias (cuadro 4.11.1). Estados Unidos es el usuario más prolífico de angioplastias coronarias, con 433 por cada 100.00 habitantes realizadas en 2004, seguido de cerca por Bélgica. Ambos países se sitúan asimismo en los primeros puestos de la clasificación de injertos de derivación arterial coronaria per cápita en Bélgica se realizaron 152 derivaciones coronarias por cada 100.000 habitantes en 2004; y en Estados Unidos, 145. En el otro extremo de la escala, sólo se realizaron dos derivaciones coronarias y dos angioplastias coronarias por cada 100.000 habitantes en México en 2004, unas cifras significativamente inferiores a las de Portugal, siguiente país inmediatamente por encima en esta clasificación,

Como se muestra en el cuadro 4.11.1, existe asimismo una considerable variación entre países en la composición de los procedimientos de revascularización. En la mayoría de los países, las angioplastias coronarias suponen entre el 65 % y el 80 % del total de revascularizaciones. Canadá y Nueva Zelanda constituyen excepciones a esta tendencia, ya que las angioplastias coronarias concentran, respectivamente, el 60 % y el 56 % de las revascularizaciones realizadas en pacientes hospitalizados. No obstante, es posible que un gran número de angioplastias se lleven a cabo como intervenciones ambulatorias en estos dos países.

La utilización de la angioplastia coronaria ha aumentado rápidamente en el último decenio en la mayoría de los países de la OCDE, superando a las intervenciones de derivación como el método preferido de revascularización a mediados del decenio de 1990 (cuadro 4.11.2), coincidiendo aproximadamente en el tiempo con las publicaciones iniciales de los primeros ensayos de la eficacia de las endoprótesis coronarias (Moïse, 2003a). Esta tendencia se ha acelerado en los últimos años con la introducción de endoprótesis farmacoactivas y el descenso del uso de derivaciones coronarias en la mayoría de los países de la OCDE. Estos datos indican la sustitución de las intervenciones de derivación coronaria por las angioplastias en el tiempo. Cutler y Huckman (2003) calcularon que entre el 25 % y el 35 % de las angioplastias coronarias se utilizaron en sustitución de derivaciones coronarias, aunque no constituyen sustitutas perfectas, ya que las intervenciones de derivación siguen siendo el método preferido para tratar obstrucciones de varios vasos.

Los factores determinantes de la utilización de procedimientos de revascularización no están claros. Moïse (2003a) puso de relieve que el PIB per cápita constituye un determinante de las tasas de utilización de procedimientos de revascularización más influyente que el índice subyacente de cardiopatías, sirviéndose de las tasas de mortalidad por CI como medida aproximada. No obstante, la relación entre estos dos factores determinantes y las tasas de utilización de procedimientos de revascularización cambian cuando ésta se divide en sus dos componentes constitutivos. Por un lado, el PIB per cápita no es un determinante significativo del uso de las intervenciones de derivación coronaria, mientras que sí lo es de las angioplastias coronarias. Por el otro, el nivel subyacente de cardiopatías es un factor explicativo significativo del uso de derivaciones coronarias, pero no de las angioplastias coronarias (Moïse, 2003b).

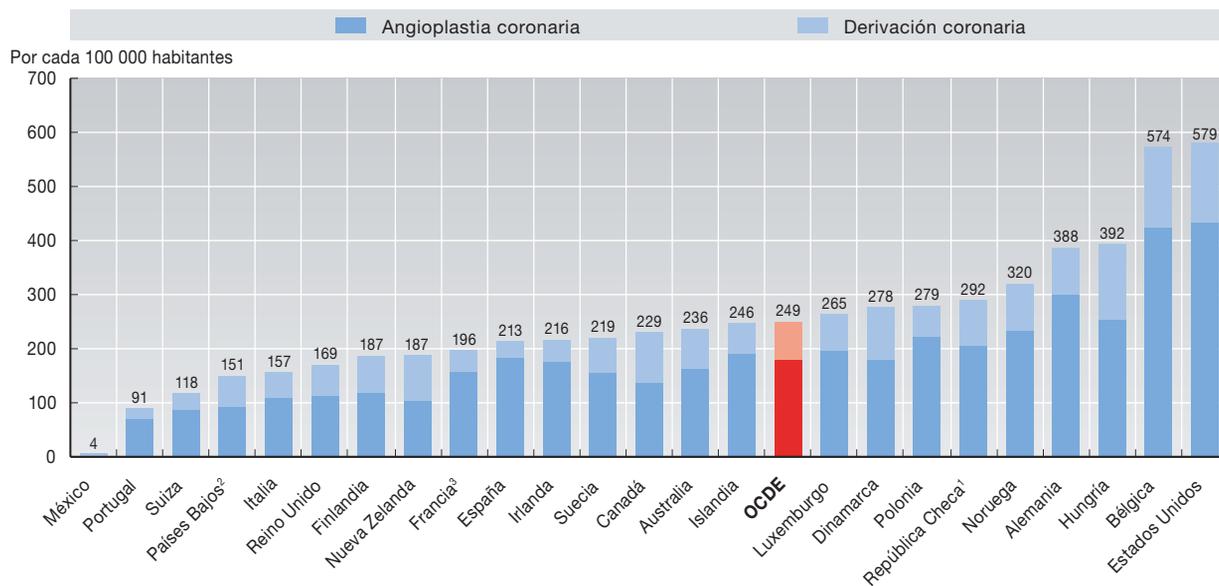
#### Definición y desviaciones

Una derivación coronaria consiste en el injerto de venas o arterias para evitar una arteria coronaria obstruida. Puede consistir en la evitación de la obstrucción de una única arteria coronaria, pero la aplicación de múltiples derivaciones de arterias coronarias es lo más habitual. La angioplastia coronaria consiste en el paso de un catéter con un globo en la punta a través del sistema arterial, normalmente introduciendo éste por la arteria femoral en la pierna, hasta alcanzar la arteria coronaria afectada. El globo se infla para ensanchar la arteria coronaria en la ubicación de la obstrucción. La colocación de una endoprótesis (dispositivo de malla metálica expansible diseñado para mantener permeable la arteria) acompaña la mayoría de las angioplastias. Un avance reciente como las endoprótesis farmacoactivas (que liberan gradualmente medicamentos en la zona que los rodea) se utiliza cada vez más para detener el crecimiento de tejido de cicatrización en torno a la endoprótesis.

Los datos se refieren al número de procedimientos hospitalarios, contabilizando normalmente todos los procedimientos por estancia en el hospital (aunque algunos países facilitan información referida únicamente al procedimiento principal o a la cifra de pacientes que se someten a uno o varios procedimientos). Los datos no incluyen las angioplastias coronarias efectuadas con carácter ambulatorio (que constituyen una proporción creciente de las tasas globales de actividad en numerosos países).

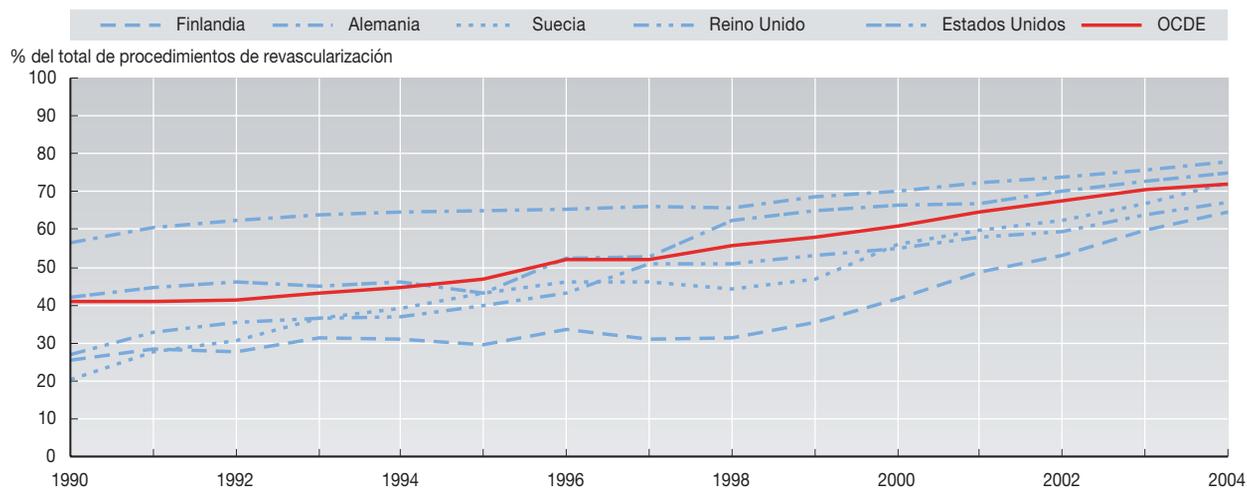
## 4.11. PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES

### 4.11.1. Procedimientos de revascularización coronaria, por cada 100 000 habitantes, 2004



1. 2005. 2. 2003. 3. 2001.

### 4.11.2. Angioplastia coronaria como porcentaje del total de procedimientos de revascularización, 1990-2004



Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114110746116>

### 4.12. TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL (DIÁLISIS Y TRASPLANTES DE RIÑÓN)

La insuficiencia renal terminal (IRT) es un trastorno en el que los riñones quedan dañados de manera permanente y no pueden seguir funcionando con normalidad. Entre los principales factores de riesgo para contraer la IRT figuran la diabetes y la hipertensión, dos enfermedades que, en general, son cada vez más prevalentes en los países de la OCDE. En los Estados Unidos, la diabetes y la hipertensión, por sí solas, constituyen el 60 % de los diagnósticos primarios del total de pacientes con IRT (36 % en el caso de la diabetes y 24 % en el de la hipertensión) (USRDS, 2006). Cuando los pacientes alcanzan la fase de IRT, requieren tratamiento en forma de diálisis o de un trasplante de riñón. El primero de ellos suele resultar más costoso y da lugar a una calidad de vida de los pacientes inferior a la que procura un trasplante de riñón culminado con éxito, debido a la naturaleza recurrente e incómoda de la diálisis.

Teniendo en cuenta ambos tipos de tratamiento, la proporción de personas tratadas de IRT ha aumentado a un ritmo superior al 6 % anual como promedio del conjunto de países de la OCDE a lo largo de los últimos 20 años (cuadro 4.12.2). Esto se traduce en un incremento superior al 300 % de la prevalencia del tratamiento de la IRT en 2005, en comparación con 1985. En 2005, Japón y los Estados Unidos declararon las tasas más elevadas, con más de 160 pacientes con IRT por cada 100.000 habitantes (cuadro 4.12.1), seguidos de Portugal, que registró la mayor tasa de crecimiento desde 1985. No está claro por qué estos países refieren unas tasas de tratamiento de la IRT tan elevadas, pero no parece que esté relacionado única o principalmente con una mayor prevalencia de la diabetes, que no es especialmente superior en estos países que en otros Estados miembros de la OCDE (IDF, 2006).

En la mayor parte de los países de la OCDE, una mayoría de pacientes con IRT reciben diálisis en lugar de un trasplante de riñón. Esta situación puede atribuirse al hecho de que, mientras que la prevalencia de las personas que sufren IRT ha aumentado considerablemente en muchos países, la cifra de trasplantes se ha mantenido limitada a causa del número de donantes. Las excepciones a esta tendencia son Finlandia, Islandia y los Países Bajos, que presentan un nivel de pacientes con IRT relativamente bajo en general.

Haciendo hincapié en el principal tipo de tratamiento que se proporciona actualmente a los pacientes con IRT, la proporción de los sujetos sometidos a diálisis es muy superior en Japón, y en menor medida, en los Estados Unidos, que en otros países (cuadro 4.12.3). En Japón, esta circunstancia está relacionada en parte con el hecho de que las tasas de trasplante de riñón se sitúan entre las menores de los países de la OCDE, lo que motiva que la práctica totalidad de los pacientes con IRT japoneses reciban diálisis. En todos los países se ha producido un notable aumento del número de personas que se someten a diálisis en los últimos 20 años.

Dadas las limitaciones de la oferta, los trasplantes de riñón suelen realizarse en pacientes con IRT cuando éstos no pueden sobrevivir sin someterse a sesiones de diálisis duras y prolongadas. Cuando culminan con éxito, tales trasplantes permiten a los pacientes volver a vivir en condiciones de normalidad, sin una dieta estricta y sin limitación de su actividad. Los avances de las técnicas quirúrgicas y el desarrollo de nuevos fármacos que previenen el rechazo han hecho posible la realización de más trasplantes que hace 20 años, así como la mejora de su tasa de éxitos. La prevalencia de las personas que viven con un riñón trasplantado funcional se ha elevado regularmente desde 1985 en todos los países de los que se dispone de datos al respecto. El promedio de la OCDE se elevó de 8 a 32 pacientes con un riñón trasplantado funcional por cada 100.000 habitantes entre 1985 y 2005 (cuadro 4.12.4). En 2005, los Estados Unidos, seguidos de Austria, Finlandia, España y Francia, registraron la mayor tasa, con más de 40 personas con un riñón trasplantado funcional por cada 100.000 habitantes. Por otro lado, la menor proporción de personas que han recibido un trasplante de riñón se registró en Japón, seguido de Corea y la República Eslovaca.

La principal limitación al incremento ulterior del número de trasplantes sigue siendo la cifra de donantes. En muchos países, las listas de espera para recibir un trasplante de riñón han aumentado a medida que la demanda de trasplantes ha superado con mucho el número de donantes. La tasa de trasplantes se ve afectada asimismo por factores culturales y tradiciones; es posible que sigan siendo menos aceptados en ciertos países como Japón.

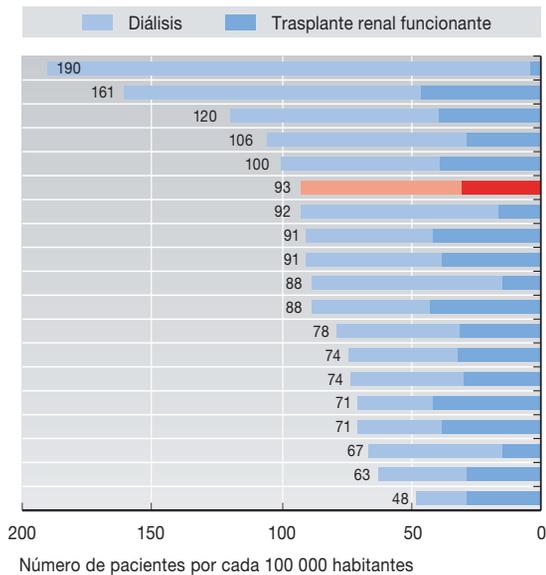
#### **Definición y desviaciones**

El número de pacientes tratados de insuficiencia renal terminal alude a la cifra de éstos que, al final de cada año, reciben diversas formas de tratamiento de sustitución renal: hemodiálisis/hemofiltración, diálisis peritoneal intermitente, diálisis peritoneal ambulatoria continua, diálisis peritoneal cíclica continua o vida con un riñón trasplantado funcional

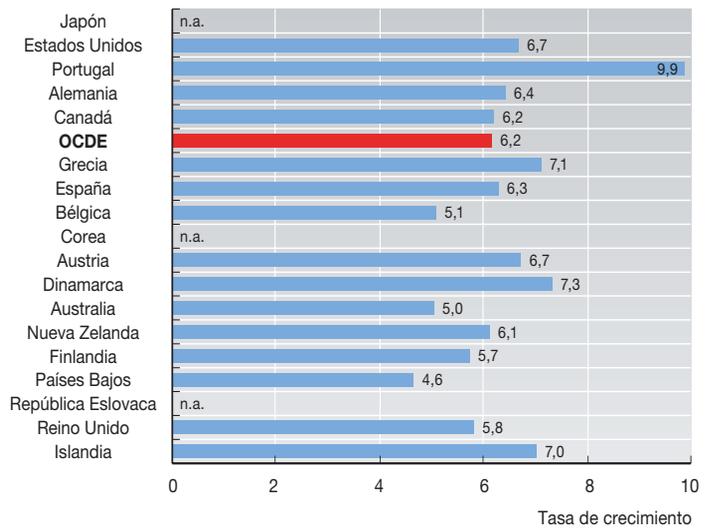
# 4. RECURSOS DEDICADOS A LA ATENCIÓN SANITARIA Y SU UTILIZACIÓN

## 4.12. TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL (DIÁLISIS Y TRASPLANTES DE RIÑÓN)

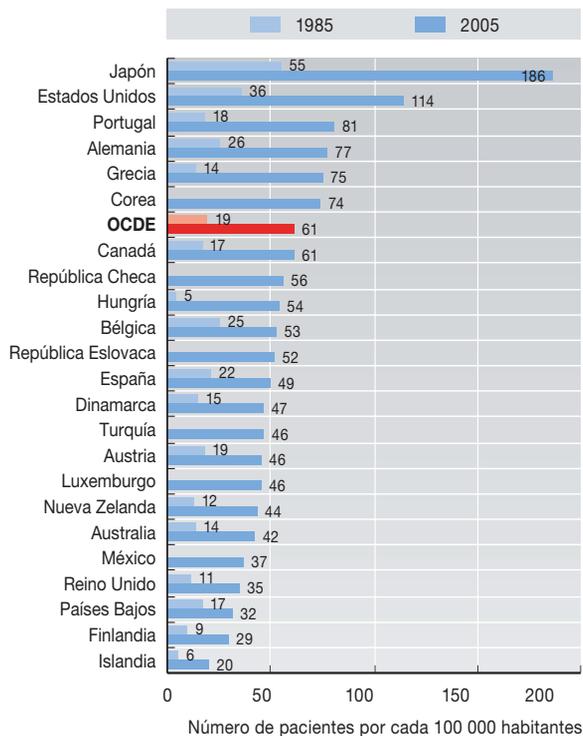
### 4.12.1. Pacientes tratados por insuficiencia renal terminal, por tipo de tratamiento, 2005 (o último año disponible)



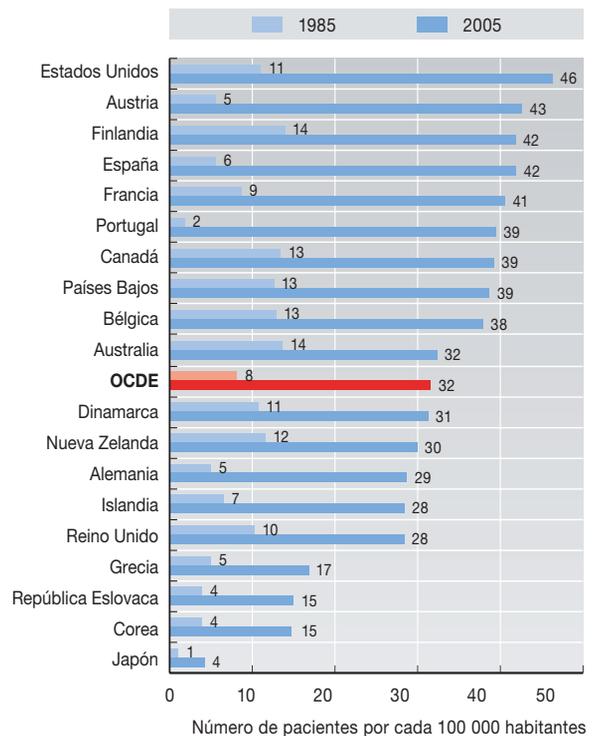
### 4.12.2. Aumento de la prevalencia de personas tratadas por insuficiencia renal terminal, de 1985 a 2005



### 4.12.3. Prevalencia de pacientes sometidos a diálisis, de 1985 a 2005 (o año más reciente)



### 4.12.4. Prevalencia de pacientes que viven con un riñón trasplantado funcional, de 1985 a 2005 (o año más reciente)



Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114130838154>

### 4.13. CESÁREAS

Las tasas de cesáreas, como porcentaje del total de partos, han aumentado en todos los países de la OCDE a lo largo de los últimos decenios. El incremento refleja no sólo factores de riesgo médicos (como la edad de la madre, partos múltiples, haberse sometido con anterioridad a una cesárea y los períodos de gestación que se prolongan más allá de su duración normal), sino también cambios en la práctica de los profesionales sanitarios y en las preferencias de las madres. Esta evolución ha planteado cuestiones respecto a si los costes (económicos, y para la salud de la madre y del niño) de algunas de estas cesáreas podrían exceder ampliamente los beneficios que reportan.

En 2004, la tasa de cesáreas como porcentaje del total de partos de nacidos vivos varió de manera significativa en todos los países de la OCDE (cuadro 4.13.1), al oscilar entre menos de uno de cada cinco en los Países Bajos, la República Checa, los Países Nórdicos, Francia, Bélgica y la República Eslovaca, y más de uno de cada tres en Corea, Italia y México. Varios factores explican las elevadas tasas en este segundo grupo de países. Los precios más altos de las cesáreas, en comparación con los partos normales, han animado a los médicos a efectuar un mayor número de las primeras en Corea (OCDE, 2003b). Del mismo modo, los médicos que operan en el sector privado de México cuentan con mayores incentivos económicos para programar cesáreas (Secretaría de Salud, 2003). En Italia, datos no contrastados empíricamente indican que las elevadas tasas de operaciones de cesárea podrían reflejar las opciones de los pacientes (basadas en parte en la falsa creencia de que las cesáreas son, en general, más seguras que los partos sin complicaciones), así como en los cambios en la práctica de los médicos que favorecen este tipo de intervenciones (puesto que pueden efectuarse con mayor rapidez y planificarse anticipadamente).

Las tasas de cesáreas han aumentado con el tiempo en todos los países de la OCDE y, en algunos casos, la subida ha sido bastante rápida (cuadro 4.13.2). En un grupo uniforme de 20 países de la OCDE, las tasas medias de cesárea ascendieron al 14 % del total de partos en 1990, mientras que, en 2004, tal proporción se había elevado al 22 %. La tasa de crecimiento desde 1990 ha sido particularmente rápida en Irlanda, la República Eslovaca y la República Checa. Por otra parte, ha sido mucho más lenta en los Países Nórdicos.

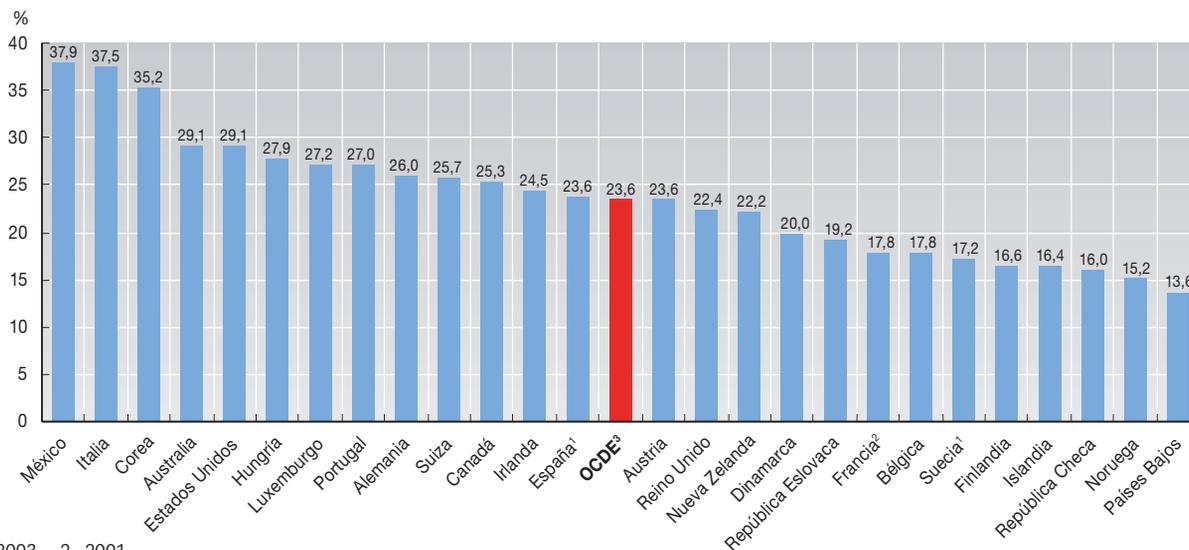
Es posible que no todos estos procedimientos se hayan efectuado siguiendo la indicación médica. En los Estados Unidos, en un estudio a cargo de Declercq y colaboradores (2005), se analizó el aumento de las cesáreas entre 1996 y 2001, haciendo un seguimiento de los factores de riesgo más importantes. Se observó que la proporción de cesáreas "sin riesgo indicado" (definidas como aquéllas en que las madres dan a luz a un solo niño tras un período de gestación completo, no se les han practicado cesáreas con anterioridad y no se les ha detectado ningún factor de riesgo médico, y en las que no se han consignado complicaciones del parto en la partida de nacimiento) se elevó hasta el 5,5 % de los partos en 2001, partiendo del 3,7 % de 1996.

Las ventajas relativas del parto vaginal, comparado con los partos por cesárea en embarazos normales sin complicaciones, continúan siendo objeto de debate. Las cesáreas comportan un menor riesgo en los países desarrollados que en las regiones en vías de desarrollo (OMS, 2005). No obstante, son más costosas que los partos normales, y las intervenciones innecesarias tienden a asociarse a más problemas de salud para la madre y el niño que el parto vaginal (Bewley y Cockbrn, 2002; Victora y Barros, 2006). Por tanto, la realización de cesáreas innecesarias motiva que se efectúen intervenciones costosas con mayores riesgos.

#### **Definición y desviaciones**

La tasa de operaciones de cesárea consiste en el número de estas intervenciones por cada 100 nacidos vivos. En Portugal, el denominador comprende únicamente el número de partos de nacidos vivos realizados en los hospitales del Servicio Nacional de Salud del área continental (lo que da lugar a una sobrestimación de las tasas de cesárea)

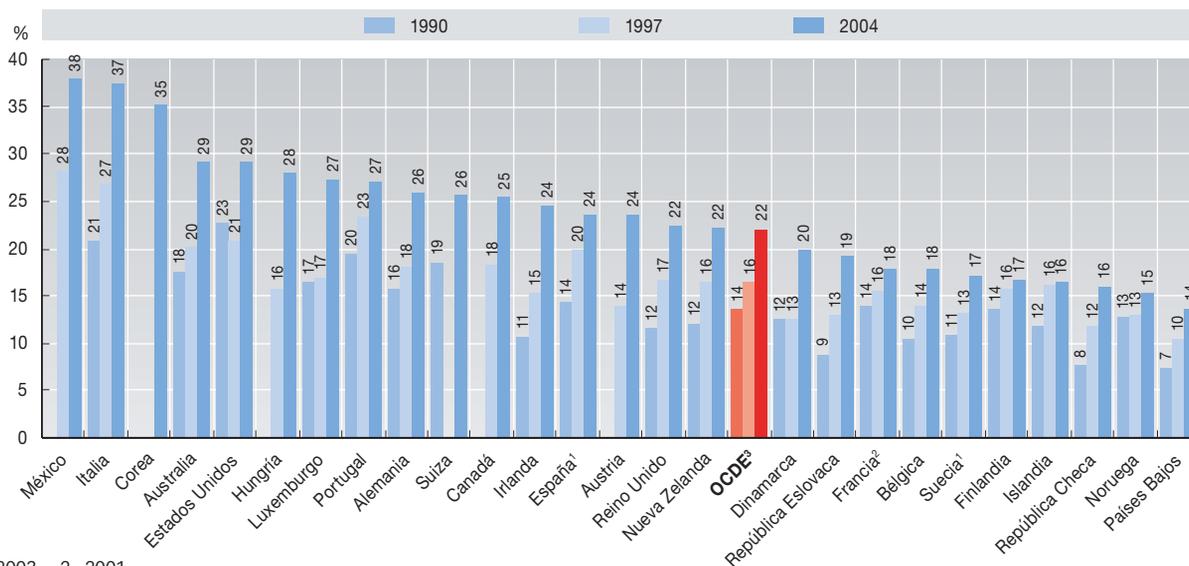
### 4.13.1. Operaciones de cesárea por cada 100 nacidos vivos, 2004



1. 2003. 2. 2001.

3. La media de la OCDE corresponde a los datos más recientes disponibles de 26 países de la OCDE.

### 4.13.2. Aumento de las operaciones de cesárea por cada 100 nacidos vivos, de 1990 a 2004



1. 2003. 2. 2001.

3. La media de la OCDE es el promedio uniforme de un grupo común de 20 países.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114145806578>

### 4.14. OPERACIONES DE CATARATAS, AMBULATORIAS Y CON HOSPITALIZACIÓN

En los últimos 20 años, el número de procedimientos quirúrgicos efectuados en régimen ambulatorio ha crecido de manera regular en los países de la OCDE. Los avances de las tecnologías médicas, y en particular, la difusión de intervenciones quirúrgicas menos invasivas y la mejora de la anestesia, han hecho posible tal realidad. Estas innovaciones han mejorado la eficacia y han deparado beneficios considerables para la seguridad de los pacientes. También contribuyen a reducir el coste unitario de tales intervenciones, al reducir los períodos de estancia. No obstante, la repercusión en el coste sanitario global dependerá de la magnitud relativa de los cambios en el coste unitario y el volumen de los procedimientos, el efecto en la disminución de la capacidad en cuanto a camas hospitalarias y el coste de los cuidados posteriores a los trastornos agudos y los servicios de salud comunitarios.

Las operaciones de cataratas se han convertido en el procedimiento quirúrgico más frecuente en la mayoría de los países de la OCDE. Constituyen un ejemplo ilustrativo de la cirugía que se lleva a cabo en la actualidad, de manera predominantemente ambulatoria, en numerosos países de la OCDE.

El número de operaciones de cataratas per cápita en 2004 (o en el año más reciente del que se disponga de datos) pone de relieve enormes variaciones entre los 19 países que facilitan datos sobre procedimientos tanto ambulatorios como hospitalarios (cuadro 4.14.1). Las tasas varían de un mínimo de 51 intervenciones por cada 100.000 habitantes practicadas en México a un máximo de 1.600 por cada 100.000 habitantes efectuadas en Bélgica. Entre otras posibles explicaciones de tales disparidades entre países figuran los factores de "demanda" (p. ej., una estructura poblacional de más edad), y de "oferta" (p. ej., la capacidad para realizar las intervenciones en régimen ambulatorio u hospitalario). En cualquier caso, las diferentes prácticas de registro de las operaciones de cataratas limitan la comparabilidad de los datos (véase más adelante el recuadro sobre "Definición y desviaciones").

El volumen de intervenciones de cataratas ha crecido en los últimos años en la mayoría de los países de la OCDE (cuadro 4.14.1).

Es probable que los cambios en la demanda subyacente a medida que envejece la población hayan impulsado esta tendencia, pero el éxito comprobado, la seguridad y el coste-efectividad de las operaciones de cataratas como procedimiento ambulatorio han constituido seguramente un factor más importante (Fedorowicz y cols., 2004). En los últimos siete años, el crecimiento de las intervenciones ambulatorias ha excedido la reducción de las intervenciones de cataratas que requieren que se pernocte en el hospital en Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Italia, los Países Bajos y el Reino Unido (tabla A.4.14), lo que pone de relieve tanto un efecto de "sustitución" (reemplazo de los procedimientos con hospitalización), como un efecto de "expansión" (aumento del volumen total).

En la actualidad, las operaciones de cataratas se efectúan predominantemente de manera ambulatoria en la mayoría de los países de la OCDE. Las intervenciones ambulatorias representan el 90 % o más del total de operaciones de cataratas en la mitad de los países de los que se dispone de datos (Canadá, Suecia, Dinamarca, Finlandia, Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda) (cuadro 4.14.2). No obstante, la difusión de la cirugía ambulatoria sigue siendo relativamente baja en otros países, lo que podría derivarse, entre otras causas, de unos reembolsos más ventajosos en el caso de las estancias hospitalarias, de las normativas nacionales, y de los obstáculos a la modificación de las prácticas individuales de cirujanos y anestesistas (Castoro y cols., 2007). La proporción de intervenciones de cataratas que conllevan una estancia en el hospital sigue situándose en torno al 50 % o más del total de operaciones en Luxemburgo, Francia, Irlanda y Portugal.

En Francia se ha calculado que entre el 77 % y el 90 % del total de intervenciones de cataratas en 1999 podrían haberse efectuado de manera ambulatoria (Sourty Le Gellec, 2001). Aunque el porcentaje de operaciones de cataratas efectuadas en régimen ambulatorio en Francia se elevó del 27 % en 1999, al 36 % en 2001, había un enorme potencial para un desarrollo ulterior de esta manera más eficaz de tratamiento de los problemas de cataratas.

#### **Definición y desviaciones**

Una operación de cataratas consiste en la extracción del cristalino del ojo (debido a la presencia de cataratas que nublan parcial o completamente el cristalino) y su sustitución por un cristalino artificial.

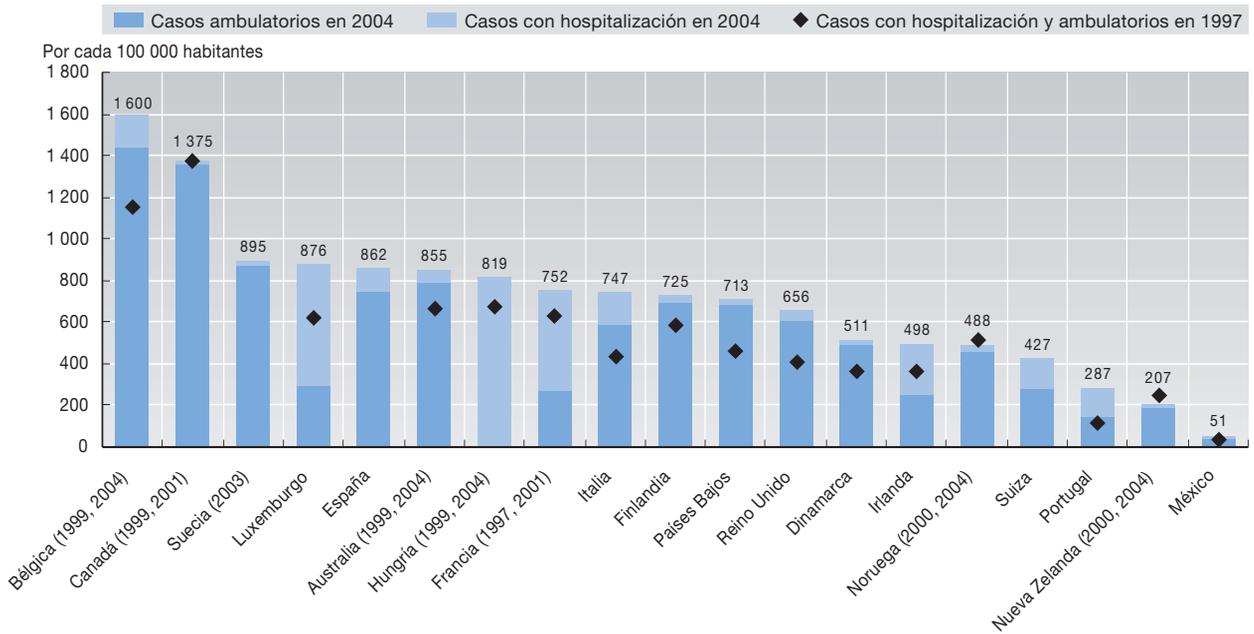
La intervención puede efectuarse en régimen ambulatorio u hospitalario. Por cirugía ambulatoria se entiende el tratamiento quirúrgico (normalmente programado y no de urgencia) administrado en una unidad quirúrgica dedicada específicamente a tal fin (en un hospital o clínica) y que da lugar al alta del paciente en el mismo día de la intervención. En algunos países se emplean términos equivalentes para aludir a este tipo de operaciones, como los de cirugía en el mismo día, o sin internamiento. La cirugía con internamiento alude a la practicada en los pacientes que pernoctan al menos una noche en el centro en que se efectúe la intervención.

Se requiere precaución al efectuar comparaciones entre países. Los sistemas actuales de información en materia sanitaria siguen siendo incompletos en varios países en lo que se refiere a la cobertura de las intervenciones ambulatorias, y en especial de las efectuadas fuera de los hospitales o en el sector privado (p. ej., en clínicas privadas). En los datos correspondientes a España, por ejemplo, no se incluyen los procedimientos realizados en el sector privado. Asimismo, existen variaciones entre países en cuanto a las prácticas de registro de las operaciones de cataratas (por ejemplo, si se contabilizan como una única intervención que consta al menos de dos fases: extracción del cristalino y sustitución de éste por otro artificial, o como dos intervenciones separadas).

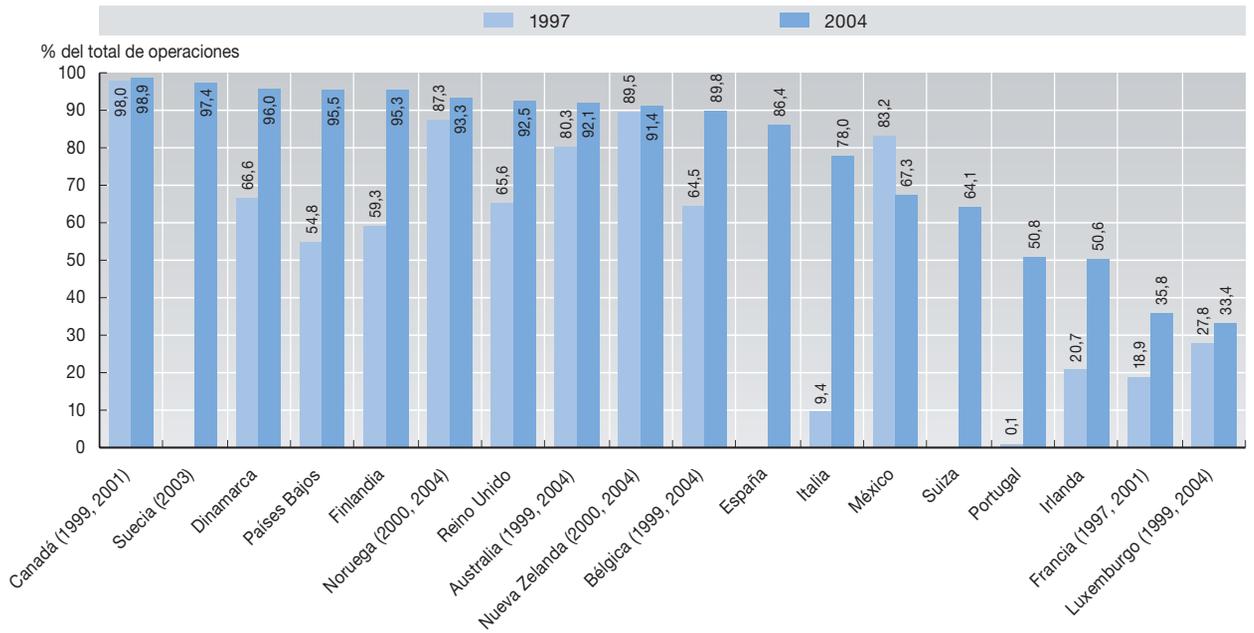
## 4. RECURSOS DEDICADOS A LA ATENCIÓN SANITARIA Y SU UTILIZACIÓN

### 4.14. OPERACIONES DE CATARATAS, AMBULATORIAS Y CON HOSPITALIZACIÓN

#### 4.14.1. Número de operaciones de cataratas, con hospitalización y ambulatorias, por cada 100 000 habitantes, 1997 y 2004



#### 4.14.2. Proporción de operaciones de cataratas efectuadas de forma ambulatoria, 1997 y 2004



Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114217366870>

### 4.15. CONSUMO DE MEDICAMENTOS

El consumo de fármacos aumenta en todos los países de la OCDE, no sólo en lo que se refiere al gasto (véase el indicador 5.4 "Gasto farmacéutico"), sino también en términos del volumen (o cantidad) de medicamentos consumidos. Uno de los factores que contribuyen al aumento del consumo de fármacos es el envejecimiento de la población en la mayoría de los países de la OCDE, que se acompaña de una demanda creciente de medicamentos para tratar, o al menos controlar, los diferentes trastornos relacionados con la edad. No obstante, el incremento del consumo de fármacos también se observa en países en los que el proceso de envejecimiento de la población se encuentra menos avanzado, lo que indica que otros factores como la introducción de nuevos medicamentos influyen igualmente en la tendencia.

En el presente apartado se facilita información sobre el nivel actual y las variaciones en los últimos cinco años del volumen de consumo de cuatro de las 28 categorías de productos farmacéuticos respecto a los que se dispone de datos en *Eco-Salud OCDE*: anti-diabéticos, antidepresivos, medicamentos contra el colesterol y antibióticos. El volumen de consumo de estos fármacos se mide sistemáticamente en todos los países mediante el uso de la unidad de "dosis diaria definida" (DDD), recomendada por el Centro Colaborador de la OMS en Metodología y Estadísticas sobre Medicamentos (véase más adelante el recuadro sobre "Definición y desviaciones").

Comenzando por los fármacos utilizados para el tratamiento de la diabetes, hay variaciones considerables entre países en cuanto al volumen corriente de consumo de estos medicamentos, siendo el de Islandia y Dinamarca equivalente al 50 % del que se realiza en Grecia y Finlandia (cuadro 4.15.1). Entre 2000 y 2005, el consumo de anti-diabéticos aumentó en todos los países. La tasa de crecimiento fue especialmente elevada en la República Eslovaca (con un aumento del consumo a un ritmo cercano al 30 % anual, aunque se partía de un nivel relativamente bajo en 2000), Grecia (14 % anual) y Luxemburgo (en torno al 10 % anual). La subida del consumo puede atribuirse a una mayor prevalencia de la diabetes, así como a los incrementos en la proporción de personas tratadas y en las dosis medias utilizadas en los tratamientos (Melander y cols., 2006).

El consumo de antidepresivos también varía considerablemente entre los países de la OCDE: Islandia declara el nivel más elevado, seguida de Australia, los demás países nórdicos, Bélgica y Francia (cuadro 4.15.2). Los países de la Europa central y oriental (Repúblicas Eslovaca y Checa y Hungría) registran el menor nivel de consumo, aunque el de antidepresivos en estos países ha crecido con rapidez en los últimos cinco años.

El consumo de fármacos contra el colesterol varía de un nivel máximo de 182 DDD por cada 1.000 habitantes y día en Australia, a un mínimo de 65 en Alemania (cuadro 4.15.3). Aunque esta variación podría reflejar, al menos en parte, las diferencias entre países en cuanto a la prevalencia de valores elevados de colesterol "malo" en la población, tales diferencias pueden atribuirse asimismo a las disparidades en las directrices clínicas para el control del colesterol. Por ejemplo, las directrices en Australia se centran en concentraciones de colesterol inferiores a las consideradas en los países europeos, y hay diferencias también en cuanto a los valores fijados como objetivo en Europa (National Heart Foundation of Australia y cols., 2005; Hockley y emmill, 2007). Tanto el contexto epidemiológico (por ejemplo, el incremento de la obesidad) como el aumento de las exploraciones de detección y los tratamientos explican el rapidísimo crecimiento del consumo de fármacos contra el colesterol en los últimos años en todos los países de la OCDE respecto a los que se dispone de datos. Entre 2000 y 2005, el consumo aumentó a una tasa anual del 13 % en Suecia, y casi al 30 % anual en Portugal y la República Checa.

El consumo de antibióticos también varía notablemente entre los distintos países de la OCDE, desde un mínimo de 11 DDD por cada 1.000 habitantes y día en los Países Bajos, a un máximo de 35 en Grecia (cuadro 4.15.4). Como se admite que un consumo excesivo de antibióticos genera resistencia bacteriana, muchos países han emprendido recientemente campañas de información dirigidas a médicos y pacientes, y encaminadas a reducir dicho consumo. Como consecuencia, el consumo se ha estabilizado en numerosos países, y ha descendido incluso en otros, como Francia y Polonia. Por el contrario, algunos países como Portugal y Grecia han registrado un crecimiento importante del consumo de antibióticos entre 2000 y 2005.

#### Definición y desviaciones

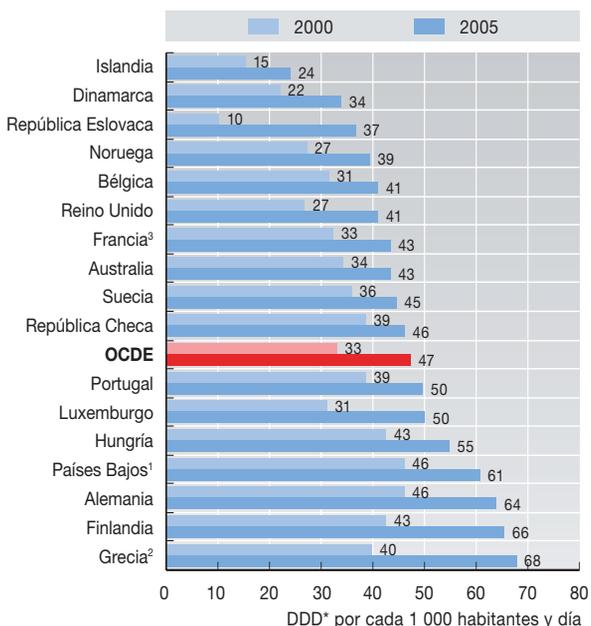
Por dosis diaria definida (DDD) se entiende la *dosis de mantenimiento media supuesta por día de un fármaco utilizado con arreglo a su indicación principal en adultos*. Las DDD se asignan a cada principio activo o combinación de principios activos en una determinada clase terapéutica mediante el consenso de expertos internacionales. Por ejemplo, la DDD del ácido acetilsalicílico oral equivale a tres gramos, que es la dosis diaria de mantenimiento supuesta para tratar el dolor en adultos. Las DDD no reflejan necesariamente la dosis diaria media utilizada realmente en un determinado país, sino que constituyen una unidad estándar que permite la medición del consumo de un fármaco. Las DDD pueden agregarse en cada una de las clases terapéuticas, y entre éstas, de la Clasificación Anatómica y Terapéutica (ATC). Para más información, véase [www.whocc.no/atcddd](http://www.whocc.no/atcddd).

Los datos aluden en general al consumo no hospitalario, excepto en el caso de la República Checa, Dinamarca, Finlandia, Hungría y Suecia, donde incluyen el consumo en hospitales. Los datos no incluyen los fármacos no cubiertos por el seguro de enfermedad en Bélgica, Alemania, Irlanda, los Países Bajos y Portugal. En cualquier caso, tales disparidades no deben afectar a las comparaciones realizadas en estas clases terapéuticas, puesto que la mayoría de los productos suelen estar cubiertos por el seguro de enfermedad. Las cifras de Grecia pueden incluir las exportaciones paralelas.

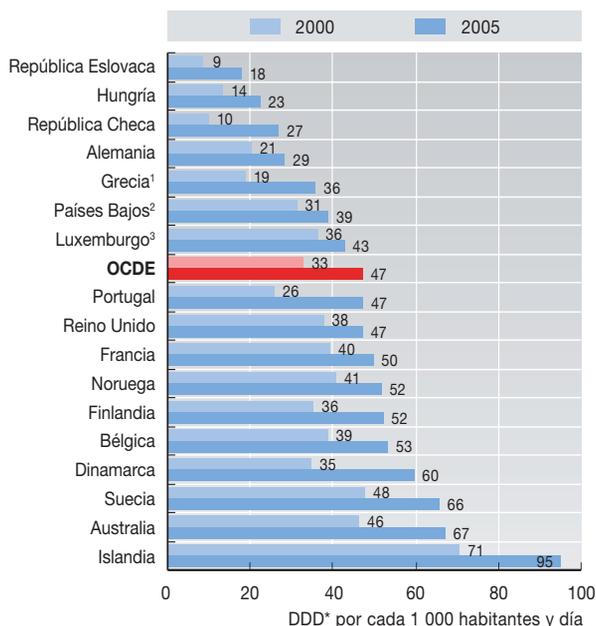
# 4. RECURSOS DEDICADOS A LA ATENCIÓN SANITARIA Y SU UTILIZACIÓN

## 4.15. CONSUMO DE MEDICAMENTOS

4.15.1. Consumo de antidiabéticos, DDD\* por cada 1 000 habitantes y día, 2000 y 2005



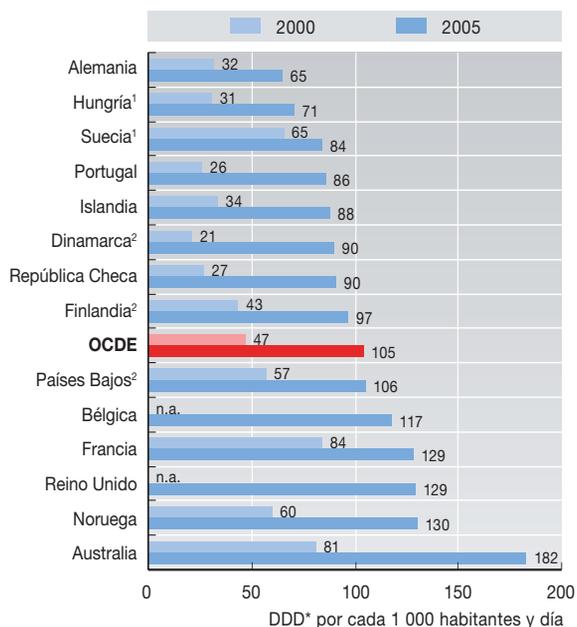
4.15.2. Consumo de antidepresivos, DDD\* por cada 1 000 habitantes y día, 2000 y 2005



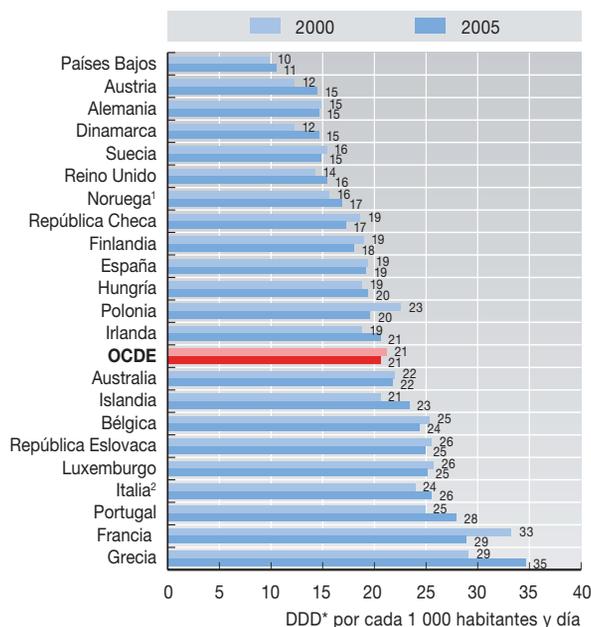
1. 2001-05. 2. 2000-04.  
3. Sólo representa el 88% del consumo.

1. 2000-04. 2. 2001-05. 3. 2003-05.

4.15.3. Consumo de medicamentos contra el colesterol, DDD\* por cada 1 000 habitantes y día, 2000 y 2005



4.15.4. Consumo de antibióticos, DDD\* por cada 1 000 habitantes y día, 2000 y 2005



1. 2003-05. 2. 2001-05.  
\* Dosis diaria definida.  
Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

1. 2001-04. 2. 2000-03.





## **5. GASTO Y FINANCIACIÓN SANITARIOS**

5.1. GASTO SANITARIO PER CÁPITA .....	86
5.2. GASTO SANITARIO EN RELACIÓN CON EL PRODUCTO INTERIOR BRUTO (PIB) .....	88
5.3. GASTO SANITARIO POR FUNCIÓN .....	90
5.4. GASTO FARMACÉUTICO .....	92
5.5. FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA .....	94
5.6. COBERTURA DE LOS SEGUROS DE ENFERMEDAD (PÚBLICOS Y PRIVADOS) .....	96

### 5.1. GASTO SANITARIO PER CÁPITA

El gasto sanitario total per cápita presenta considerables variaciones en el conjunto de la OCDE. Tales diferencias pueden reflejar una amplia variedad de factores sociales y de mercado, así como distintas estructuras de financiación y organización de los sistemas sanitarios en cada país.

En 2005, el mayor gasto en la OCDE fue el efectuado por los Estados Unidos, en el que se dedicaban 6.401 PPC en dólares USA (véase más adelante el recuadro sobre "Definición y desviaciones") per cápita a la salud (cuadro 5.1.1 y tabla A.5.1a). Tal cantidad equivale a más de 2,25 veces el promedio de los países de la OCDE. Después de Estados Unidos figuraba Luxemburgo (que incluye también el gasto en no residentes), seguidos de Noruega y Suiza, con unos dos tercios del nivel de gasto per cápita de los Estados Unidos, pero aún por encima en más de un 50 % del promedio de la OCDE. La mitad aproximadamente de los países de la OCDE figuran agrupados en una banda que varía de las 2.500 a las 3.500 PPC en dólares USA, lo que representa entre el 90 % y el 125 % de la media de la Organización. En el otro extremo de la escala figura un grupo de cinco países (Turquía, México, Polonia, la República Eslovaca y Corea), con un gasto sanitario per cápita en cada caso de un nivel inferior a la mitad del promedio de la OCDE.

El cuadro 5.1.1 muestra también el gasto sanitario total, dividido en gasto público y privado (véase el indicador 5.5 "Financiación de la asistencia sanitaria"). La variación en los niveles de gasto público en salud es de una magnitud similar a la observada en el caso del gasto total. Los países con una proporción pública de dicho gasto total elevada, como Dinamarca, Suecia y el Reino Unido, tienden a situarse en posiciones más altas en lo que se refiere al gasto público per cápita. No obstante, la proporción pública del gasto no determina por sí sola esta clasificación: aunque en los Estados Unidos predomina la financiación por fuentes privadas, el nivel de gasto público per cápita ocupaba en 2005 el tercer puen-

to, tras Noruega y Luxemburgo, y superaba en más del 40 % el promedio de la OCDE.

Entre 1995 y 2005, se estima que los fondos dedicados al gasto en salud per cápita, como media del conjunto de la OCDE, crecieron en torno al 4 % anual en términos reales (cuadro 5.1.2 y tabla A.5.1c). Este dato contrasta con un crecimiento económico medio en el mismo período del 2,5 %, lo que dio lugar a un incremento de la proporción de la economía dedicada a la salud (véase el indicador 5.2 "Gasto sanitario en relación con el PIB"). No obstante, detrás de este promedio de la OCDE, pueden observarse variaciones significativas, tanto entre países como a lo largo del tiempo.

En general, los países que han experimentado el mayor crecimiento en dicho período, como Corea e Irlanda, han sido aquéllos que partieron de niveles de gasto sanitario per cápita relativamente inferiores a mitad del decenio de 1990. El crecimiento del gasto sanitario en estos dos países (así como en Luxemburgo) ha sido casi dos veces superior a la media de la OCDE en dicho período. Por el contrario, países como Alemania y Francia han experimentado un crecimiento moderado del gasto sanitario (por debajo de la media), en torno al 2 % anual entre 1995 y 2005, en parte como resultado de las medidas de contención de costes y de un crecimiento económico lento durante el período. Por tanto, en 2005, el gasto sanitario per cápita en Alemania y Francia era sólo un 20 % superior, en términos reales, a los niveles de 1995, frente a un promedio de la OCDE cercano al 50 % o superior.

En el cuadro 5.1.3 se muestran los diferentes índices de crecimiento del gasto sanitario, en comparación con el crecimiento económico general en el pasado decenio. En casi todos los países de la OCDE (incluidos Alemania y Francia), el gasto sanitario creció con mayor rapidez que la economía, motivando un aumento del cociente entre el gasto sanitario y el PIB (véase el indicador 5.2 "Gasto sanitario en relación con el PIB").

#### Definición y desviaciones

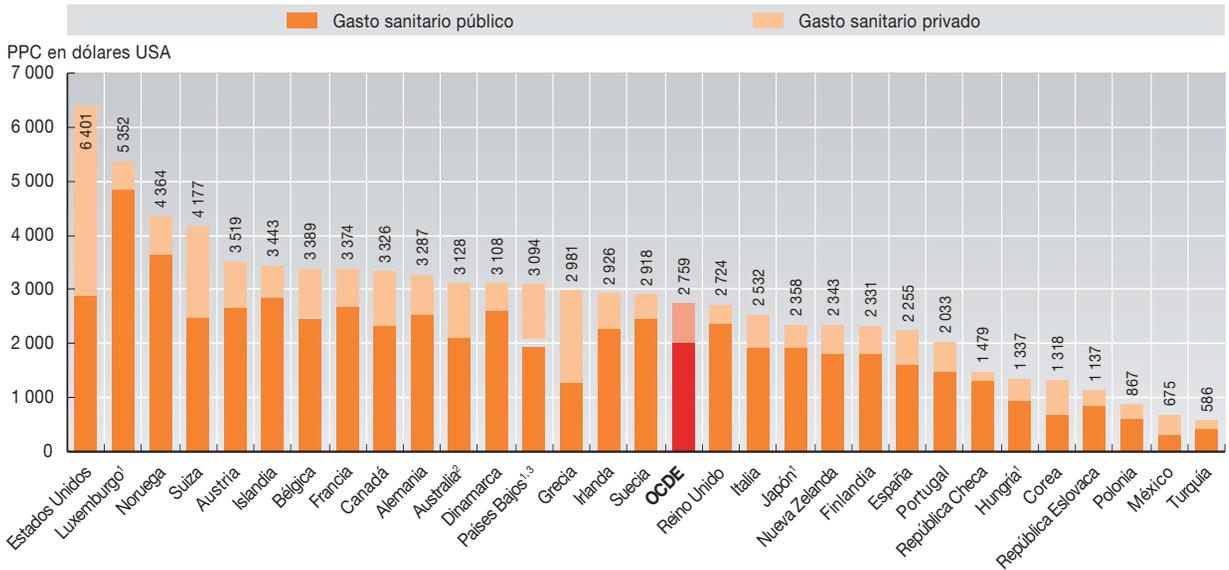
El gasto sanitario total mide el consumo final de bienes y servicios sanitarios (es decir, el gasto corriente en salud), más la inversión de capital en infraestructuras dedicadas a la atención sanitaria. Se incluyen los gastos realizados con cargo a fuentes públicas y privadas (incluidos los hogares) en bienes y servicios médicos, programas de prevención y salud pública y la administración de éstos. Se excluyen los gastos relacionados con la salud como los dedicados a formación, investigación y salud ambiental. Los dos componentes principales del gasto sanitario corriente son el gasto en atención sanitaria personal y el gasto en servicios colectivos.

Con el fin de comparar el nivel general de consumo de bienes y servicios sanitarios entre países en un determinado momento, el gasto sanitario per cápita se ha convertido a una divisa común (el dólar de EEUU) y se ha ajustado para tener en cuenta los diferentes poderes adquisitivos de las monedas nacionales en cada país. Se utilizan PPC para el conjunto de la economía (PIB) como los tipos de cambio más fácilmente disponibles y fiables. Para más información acerca de la definición de gasto sanitario y de las comparaciones de éste entre países, véase el anexo B.

Las tasas de crecimiento que se refieren en los cuadros 5.1.2 y 5.1.3 (y en las tablas A.5.1c a A.5.1e) se han ajustado para tener en cuenta los numerosos saltos que presentan las series de gasto sanitario. Estas interrupciones de las series se deben en la mayoría de los casos a los cambios metodológicos resultantes de la ejecución del *Sistema de Cuentas de Salud* (véase el anexo B). La revisión de los límites del sector sanitario suele dar lugar a un cambio de nivel del gasto sanitario en el momento de tal aplicación. Para tratar de eliminar tal efecto, se ha supuesto que el crecimiento real en el ejercicio de la interrupción de las series equivale al crecimiento medio de los años precedentes y siguientes.

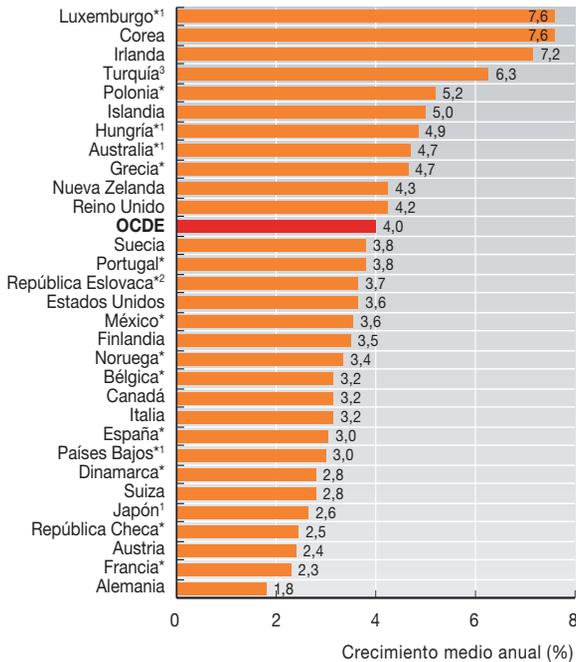
## 5.1. GASTO SANITARIO PER CÁPITA

### 5.1.1. Gasto sanitario per cápita, público y privado, 2005

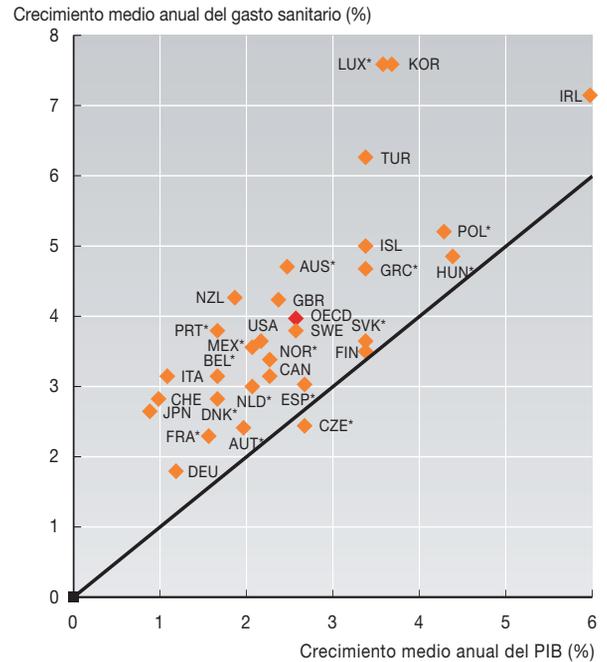


1. 2004. 2. 2004-05.  
3. Los gastos públicos y privados son gastos corrientes (excluida la inversión).

### 5.1.2. Tasa de crecimiento medio anual del gasto sanitario real per cápita, 1995-2005



### 5.1.3. Crecimiento medio anual del gasto sanitario real per cápita y del PIB, de 1995 a 2005



\* Tasas de crecimiento ajustadas. Véase el recuadro "Definición y desviaciones".

1. 1995-2004. 2. 1997-2005. 3. 1998-2005.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

### 5.2. GASTO SANITARIO EN RELACIÓN CON EL PRODUCTO INTERIOR BRUTO (PIB)

En 2005, la proporción media del PIB que los países de la OCDE dedicaban al gasto sanitario alcanzó el 9 %. No obstante, esta proporción varió de manera considerable entre los distintos países de la Organización, al oscilar entre un 6 % en Corea, Polonia y México y un 15,3 % del PIB en el caso de los Estados Unidos (cuadro 5.2.1 y tabla A.5.2a). El número de países que dedican ya más del 10 % de su PIB a bienes y servicios sanitarios se mantuvo en ocho en 2005, frente a los 4 de 2000 y sólo dos de 1995. En cuanto al gasto público como proporción del PIB, hubo una diferencia de casi el 300 % entre los países con los niveles máximo y mínimo. El gasto público en salud en Francia ascendió al 8,9 % del PIB en 2005, mientras que en Corea, donde la atención sanitaria se divide de manera equitativa entre la financiación pública y la privada, los fondos públicos dedicados a la salud equivalieron al 3,2 % del PIB.

En cualquier caso, para realizar una valoración más exhaustiva del gasto sanitario en un país, deben considerarse conjuntamente el cociente entre el gasto sanitario y el PIB, y el gasto sanitario per cápita (véase el indicador 5.1 "Gasto sanitario per cápita"). Los países que presentan un cociente entre el gasto sanitario y el PIB relativamente elevado pueden registrar un gasto sanitario per cápita relativamente bajo y, al contrario, en los países con un cociente como el referido relativamente bajo, puede darse un gasto per cápita relativamente alto. Por ejemplo, Austria y Portugal dedicaron una proporción ligeramente superior al 10 % de su PIB a la salud; sin embargo, el gasto per cápita (ajustado a PPC en dólares USA) fue más del 70 % superior en Austria. Por otro lado, Grecia e Irlanda declararon un gasto sanitario per cápita similar en 2005. Sin embargo, este gasto representó más del 10 % del PIB en Grecia, frente a sólo el 7,5 % del PIB en Irlanda (cuadro 5.2.1).

Las variaciones en el tiempo del cociente entre gasto sanitario y PIB reflejan el efecto combinado de las tendencias del PIB y del gasto sanitario (cuadro 5.2.3). Casi todos los países de la OCDE han experimentado un aumento en la proporción de la economía nacional dedi-

cada a la salud en los últimos diez años. En los Estados Unidos, Canadá y Suiza, el crecimiento del gasto sanitario superó por un amplio margen el de la economía en general entre 2000 y 2003. Por otro lado, el aumento en la proporción del PIB dedicada a la salud ha sido más modesto en los diez últimos años en Alemania y Japón, donde un crecimiento económico lento en general se ha acompañado de un incremento igualmente lento del gasto sanitario.

En el gráfico 5.2.4 se muestra la asociación positiva que existe entre el PIB per cápita y el gasto sanitario per cápita en todos los países de la OCDE. Aunque existe una tendencia general a que los países con un PIB alto dediquen una mayor proporción de su PIB a la salud, se dan amplias variaciones, ya que el PIB no es el único factor que influye en los niveles de dicho gasto. La asociación es más fuerte entre los países de la OCDE con un PIB per cápita bajo que en el caso de los países con un PIB per cápita más elevado. En países con niveles de PIB per cápita similares hay diferencias importantes en cuanto al gasto sanitario con un determinado nivel de PIB. Por ejemplo, a pesar de que Japón y Alemania disponen del mismo PIB per cápita, su gasto sanitario por habitante difiere considerablemente: Japón gasta menos del 75 % del nivel de Alemania en salud.

El gasto sanitario total mide el consumo final de bienes y servicios de salud, más la inversión de capital en infraestructuras dedicadas a la atención sanitaria. Una medida alternativa consiste en mostrar la proporción de servicios y bienes de salud (es decir, el gasto sanitario corriente excluida la inversión) como porcentaje del total de bienes y servicios en la economía consumidos por particulares, o en nombre de éstos (es decir el gasto de consumo final real). Este cociente es notablemente superior al que mide la relación entre el gasto sanitario y el PIB en la totalidad de los países de la OCDE (cuadro 5.2.2). La proporción media de consumo final real asignado a la salud en el conjunto de países de la OCDE es cercana al 13 %, y casi dos tercios de dichos países dedican más del 12 % del consumo final a la salud.

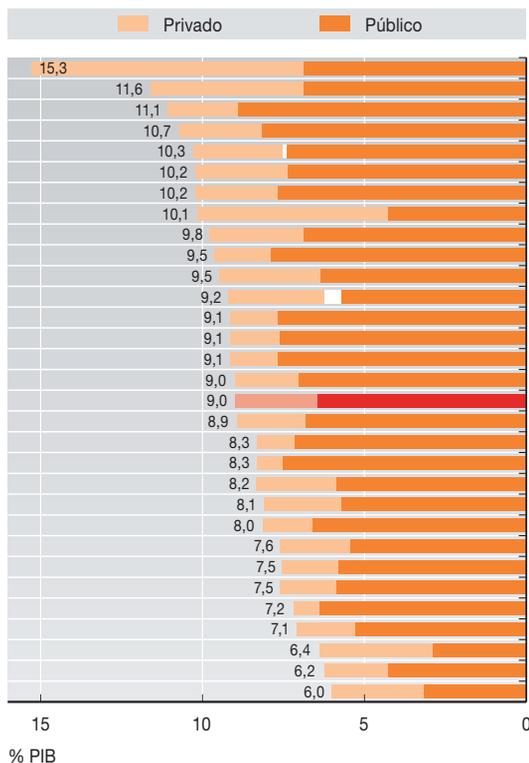
#### **Definición y desviaciones**

Por definición, el producto interior bruto (PIB) = consumo final + formación bruta de capitales + exportaciones netas. El consumo final real de los hogares comprende los bienes y servicios utilizados por éstos o por la comunidad con el fin de satisfacer sus deseos individuales y sus necesidades sociales. (El gasto en consumo final real incluye el de los hogares, el de la administración general y el de las instituciones sin ánimo de lucro que prestan servicio a los hogares.)

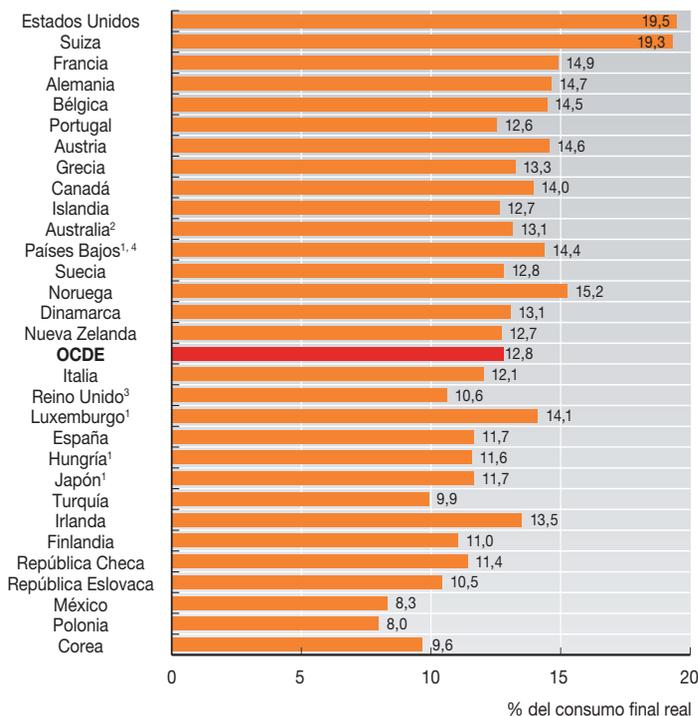
Las diferencias en las posiciones relativas de los países con arreglo a los cocientes entre el gasto sanitario total y el PIB, y entre el gasto corriente en salud y el gasto en consumo final real se deben a las disparidades en el nivel de inversiones (en la economía en su conjunto, y en el sector sanitario), y en el saldo de comercio exterior entre países. Así ocurre especialmente en el caso de países como Luxemburgo e Irlanda.

## 5.2. GASTO SANITARIO EN RELACIÓN CON EL PRODUCTO INTERIOR BRUTO (PIB)

### 5.2.1. Gasto sanitario total como proporción del PIB, 2005



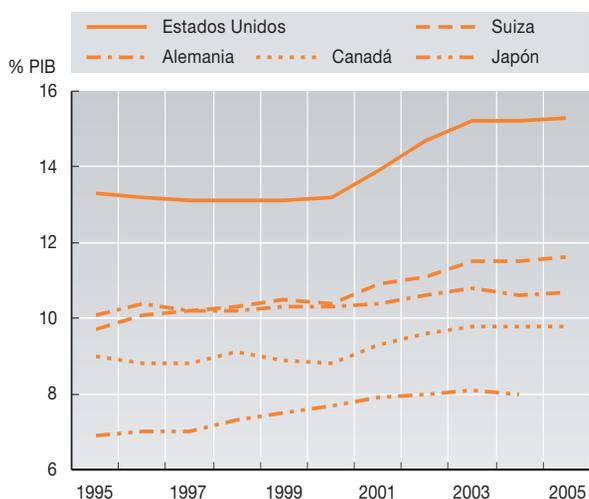
### 5.2.2. Gasto sanitario corriente como proporción del consumo final real, 2005



1. 2004. 2. 2004-05.
3. Gasto sanitario total en ambos cuadros.
4. Los gastos públicos y privados son gastos corrientes (excluida la inversión).

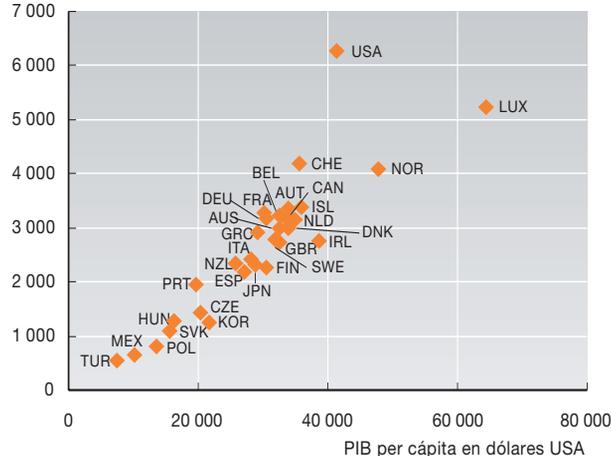
### 5.2.3. Gasto sanitario total como proporción del PIB, 1995-2005

Varios países de la OCDE



### 5.2.4. Gasto sanitario per cápita y PIB per cápita, 2005

Gasto sanitario per cápita (PPC en dólares USA)



Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114276458350>

### 5.3. GASTO SANITARIO POR FUNCIÓN

La proporción del gasto sanitario asignado a diversos tipos de servicios y bienes médicos varía considerablemente entre los distintos países de la OCDE, y está influida por diversos factores, como las diferencias de capacidades (disponibilidad de camas de hospital y de médicos), los incentivos financieros a los proveedores y la naturaleza de la carga de enfermedades.

En 2005, los servicios médicos personales, que comprenden la atención curativa y de rehabilitación, la atención de larga duración y los servicios auxiliares (prestados a pacientes no hospitalizados), representaron más del 70 % del gasto corriente en salud, como media, en el conjunto de países de la OCDE (cuadro 5.3.1 y tabla A.5.3). La proporción varió de entre el 50 % y el 60 % del gasto en salud en los países de Europa central y oriental, a más del 80 % en Noruega, Dinamarca, Islandia y Suiza. La atención curativa y de rehabilitación concentró la mayor parte del gasto sanitario, con un 57 % como promedio en los países de la Organización. El gasto medio en atención de larga duración supuso otro 11 %, y los servicios auxiliares (incluidas las pruebas de laboratorio y las técnicas de diagnóstico por la imagen), un 4 % adicional. Del gasto sanitario restante, un poco más del 20 % se dedicó a bienes médicos (véase el indicador 5.4 "Gasto farmacéutico"), aunque varió de niveles mínimos entre el 11 y el 14 % en Luxemburgo, los Estados Unidos y Suiza, y máximos del 35 al 40 % del gasto total en salud en Hungría y la República Eslovaca. El gasto colectivo, que cubre la prevención y la salud públicas, así como los gastos centralizados de la administración sanitaria y los seguros de enfermedad, concentró el 7 % restante del gasto sanitario.

La atención curativa y de rehabilitación cubre los servicios médicos prestados no sólo en instalaciones para pacientes hospitalizados, como los propios hospitales, sino también los que se prestan como atención ambulatoria, en consultas externas en hospitales, en consultorios o en el domicilio del paciente. Los cambios de la práctica médica y las innovaciones en la tecnología médica, así como las medidas hacia una asignación

más eficaz de los recursos sanitarios, pueden afectar al equilibrio entre estos diferentes tipos de prestación de asistencia. Por ejemplo, ha habido una tendencia a desplazar algunos servicios sanitarios de los centros hospitalarios a las unidades ambulatorias y la atención a domicilio. Normalmente, del gasto total dedicado a la atención curativa y de rehabilitación, en torno a la mitad se dedica a la atención a pacientes hospitalizados (cuadro 5.3.2). Varios países siguen sin poder cuantificar por separado el gasto en atención ambulatoria en hospitales y otros centros (a menudo se incluye en la asistencia a pacientes hospitalizados); cuando se declara dicho gasto, puede representar hasta el 6 % o el 7 % del gasto en atención curativa y de rehabilitación, como en el caso de Canadá y Noruega. Los servicios a pacientes no hospitalizados en hospitales y en el sector ambulatorio absorbe más de un tercio del gasto en atención curativa, como media, en el conjunto de países de la OCDE. En torno al 10 % del total del gasto en atención curativa se asigna a la atención dental (por encima del 15 % en Hungría y Canadá). Por último, la atención domiciliaria representa del 1 % al 2 % del gasto en asistencia curativa, aunque, a menudo, la distinción de esta prestación respecto a la atención de larga duración prestada en la residencia de los pacientes resulta difícil.

En el cuadro 5.3.3 se muestra la proporción del gasto público asignado a las actividades de prevención y salud pública. Como media, los países de la OCDE asignan un poco más del 3 % de su gasto público en salud a una amplia gama de actividades, como programas de vacunación y campañas de salud pública sobre el abuso del alcohol y el tabaquismo. La amplia variación refleja en gran medida la organización nacional de las campañas de prevención. Cuando tales iniciativas se llevan a cabo en el ámbito de la atención primaria, como en España, la función de prevención no se recoge por separado, y se incluye de manera más general en el apartado de gasto en atención curativa. Otros países que adoptan un planteamiento más centralizado respecto a las campañas de prevención y salud pública pueden identificar mejor el gasto en estos programas.

#### Definición y desviaciones

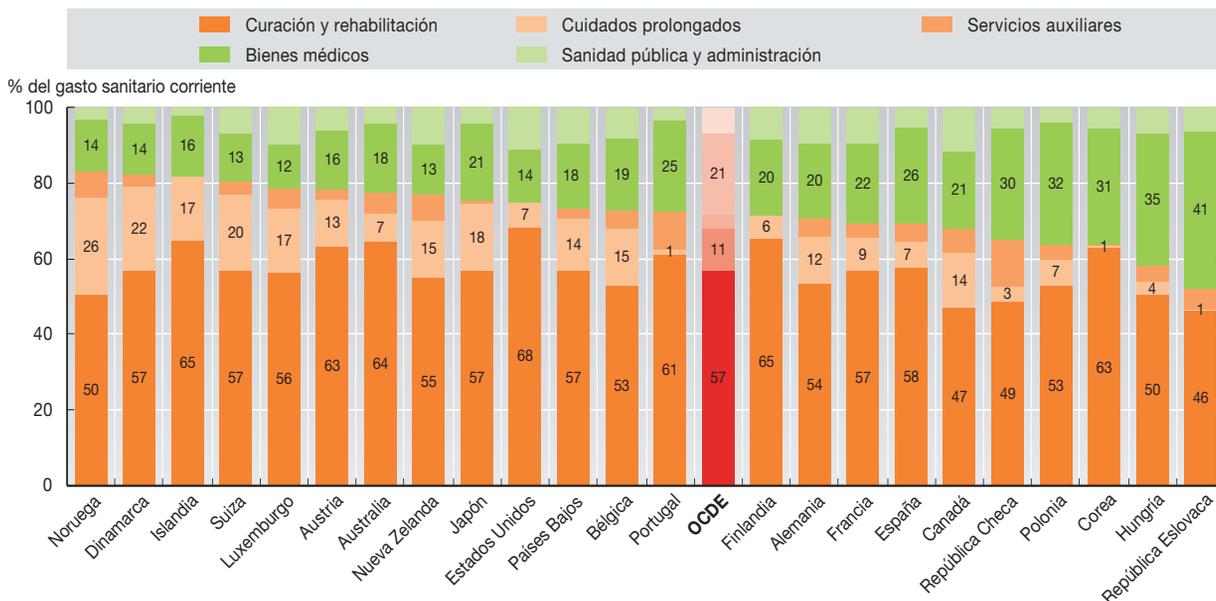
El Sistema de Cuentas de Salud propone un planteamiento funcional coherente para definir los límites del sistema sanitario y examinar la asignación de recursos. Con arreglo al marco establecido por dicho sistema de cuentas, el gasto sanitario total comprende el gasto corriente en salud y la formación bruta de capitales. El gasto corriente en salud comprende a su vez los bienes y servicios de salud personales proporcionados directamente a cada persona, y los servicios colectivos, que cubren tareas de salud pública como la promoción de la salud, los servicios de prevención de enfermedades y la administración sanitaria. Los servicios sanitarios personales comprenden la atención curativa, los servicios de rehabilitación, la atención de larga duración, los servicios auxiliares de la atención sanitaria y los bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios. Las funciones básicas de la atención (curativa, de rehabilitación y a largo plazo) pueden clasificarse asimismo con arreglo al modo de producción (hospitalaria, ambulatoria en hospitales o en el sector ambulatorio, y a domicilio).

El factor más importante que limita la comparabilidad de la estructura funcional entre países es la diferencia en la estimación del gasto en atención de larga duración. Otro aspecto significativo consiste en que, en algunos países, el gasto hospitalario sigue incluyendo todos los gastos realizados en hospitales (es decir, se incluyen otros servicios, como la atención ambulatoria, prestados en este tipo de centros). Por razones similares, los servicios auxiliares pueden incluirse en el gasto hospitalario o ambulatorio. (Para consultar un análisis más detallado de cuestiones metodológicas, véase Orosz y Morgan, 2004.)

## 5.3. GASTO SANITARIO POR FUNCIÓN

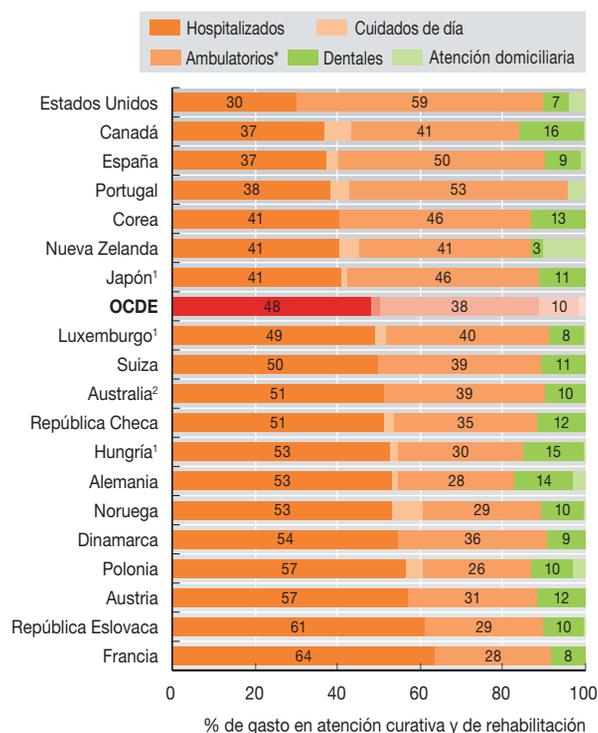
### 5.3.1. Gasto sanitario corriente por función de la atención sanitaria, 2005

Los países se clasifican en función de los servicios médicos, como proporción del gasto sanitario corriente



1. 2004. 2. 2004-05.

### 5.3.3. Gasto en atención curativa y de rehabilitación según modo de producción, 2005

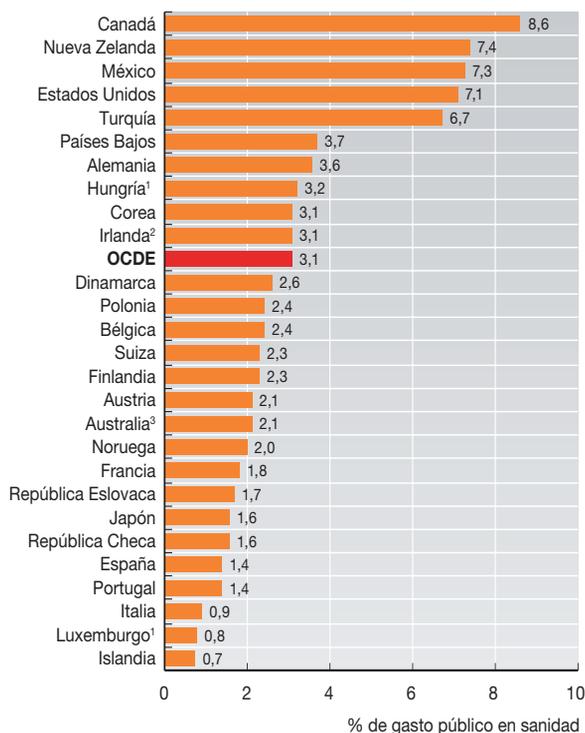


\* Excluida la atención dental.

1. 2004. 2. 2004-05.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

### 5.3.4. Proporción del gasto público asignado a la prevención y la salud públicas, 2005



1. 2004. 2. 2003. 3. 2004-05.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114280543620>

### 5.4. GASTO FARMACÉUTICO

El gasto en bienes médicos, y en particular en productos farmacéuticos, ha aumentado con rapidez en casi todos los países de la OCDE, y absorbe una proporción creciente del gasto sanitario total. El incremento del consumo de fármacos, debido al envejecimiento de la población y a la introducción y a la difusión de nuevos medicamentos (véase el indicador 4.15 "Consumo de medicamentos"), ha sido un factor fundamental en el alza del gasto farmacéutico, y con éste, en el gasto general sanitario en los últimos años. No obstante, la relación es compleja, en cuanto que el aumento del gasto en medicamentos para tratar enfermedades que, de otro modo, requerirían costosos períodos de hospitalización e intervenciones, puede dar lugar a una reducción del gasto total en la actualidad, o en el futuro.

Se estima que el gasto total en medicamentos en la OCDE en 2005 ha crecido hasta superar los 550.000 millones de dólares USA. El gasto per cápita medio en fármacos ha aumentado en más de un 50 % en términos reales desde 1995. No obstante, hay diferencias considerables en cuanto al gasto farmacéutico en la OCDE, lo que refleja la presencia de disparidades en materia de volumen, estructura de consumo y nivel de precios (cuadro 5.4.1 y tabla A.5.4a). En 2005, en Estados Unidos se registró el mayor gasto per cápita en medicamentos, superior en un 86 % al promedio de la Organización. A Estados Unidos le seguían Canadá, Francia, España e Italia. En el otro extremo de la escala, México gastaba únicamente en torno a un tercio de dicho promedio, y Polonia y Dinamarca, alrededor del 60 % del mismo. En lo que respecta al gasto sanitario total, los productos farmacéuticos concentran, como media, en torno al 17 %. Como proporción del PIB, la media de los países de la OCDE ascendía a 1,5 %, y variaba de menos del 1 % en

países como Noruega, Dinamarca e Irlanda a más del 2 % en Portugal, la República Eslovaca y Hungría (cuadro 5.4.2 y tabla A.5.4b).

Desde 1995, el crecimiento del gasto farmacéutico en términos reales ha promediado un 4,6 % anual, por encima del 4,0 % anual de aumento del gasto sanitario total durante el mismo período (cuadro 5.4.3). De hecho, en la mayoría de los países de la OCDE, el aumento del gasto en medicamentos ha superado al del gasto sanitario total a lo largo de dicho período. De los países que más gastan en medicamentos en la actualidad, los Estados Unidos, Canadá y España han experimentado un crecimiento del gasto farmacéutico significativamente superior a la media de los países de la OCDE, aunque el primero de ellos, en particular, ha asistido a una ralentización en los últimos años. El gasto en productos farmacéuticos también ha crecido fuertemente en los últimos cinco a diez años en Hungría y la República Eslovaca. Aunque otros países de gasto elevado como Francia y Alemania han registrado un aumento del gasto farmacéutico inferior al promedio de la OCDE, el crecimiento ha sido significativamente más rápido que el incremento global del gasto sanitario.

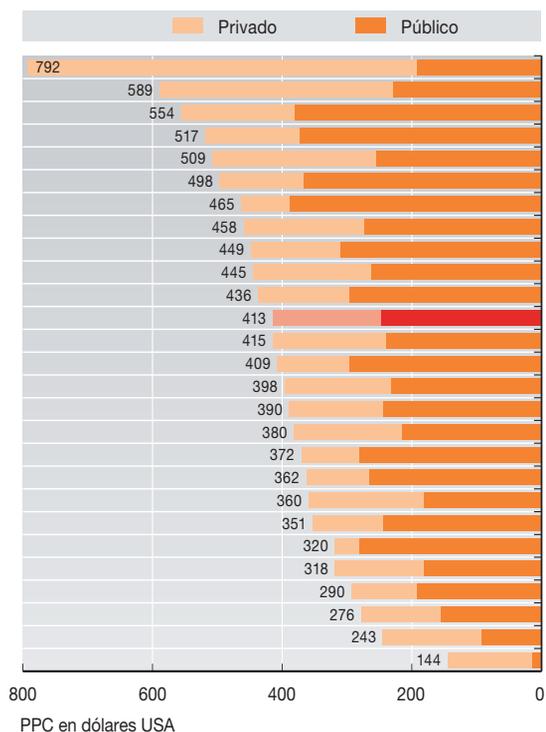
Como término medio en los países de la OCDE, un 60 % de la factura farmacéutica se abona con cargo a fondos públicos, (cuadro 5.4.1), y el resto es costado por los particulares y, en menor medida, por seguros privados. No obstante, esta media oculta una amplia variación, que va de los valores mínimos de financiación pública de los medicamentos del 11 % en México, y del 24 % en los Estados Unidos, a más del 80 % en Irlanda y Luxemburgo (véase el indicador 5.5 "Financiación de la atención sanitaria").

#### Definición y desviaciones

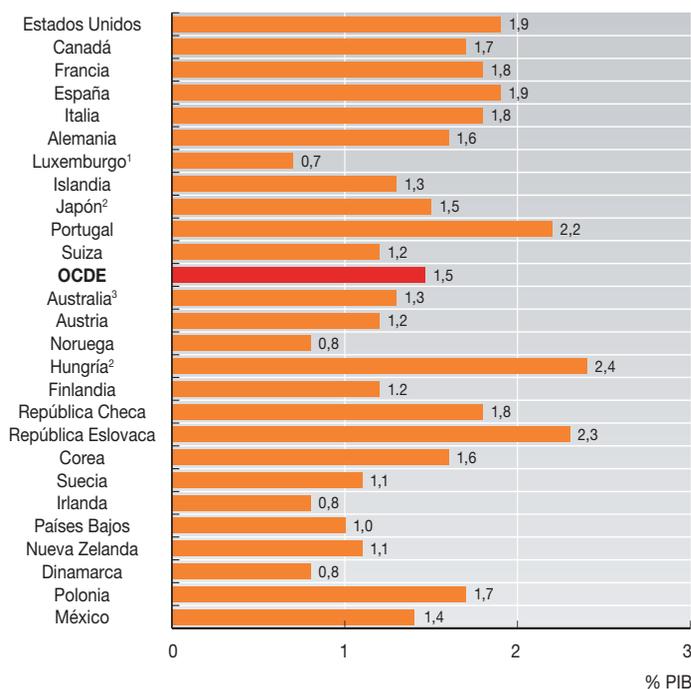
El gasto farmacéutico comprende el que se dedica a los medicamentos de venta con receta y a la automedicación, a la que se suele aludir como consumo de especialidades farmacéuticas publicitarias, así como otros productos médicos perecederos. Incluye asimismo la remuneración de los farmacéuticos cuando ésta no está vinculada al precio de los medicamentos. Se excluyen los productos farmacéuticos consumidos en hospitales. El gasto final en productos farmacéuticos comprende los márgenes de mayoristas y minoristas y el impuesto sobre el valor añadido

## 5.4. GASTO FARMACÉUTICO

### 5.4.1. Gasto farmacéutico per cápita, 2005

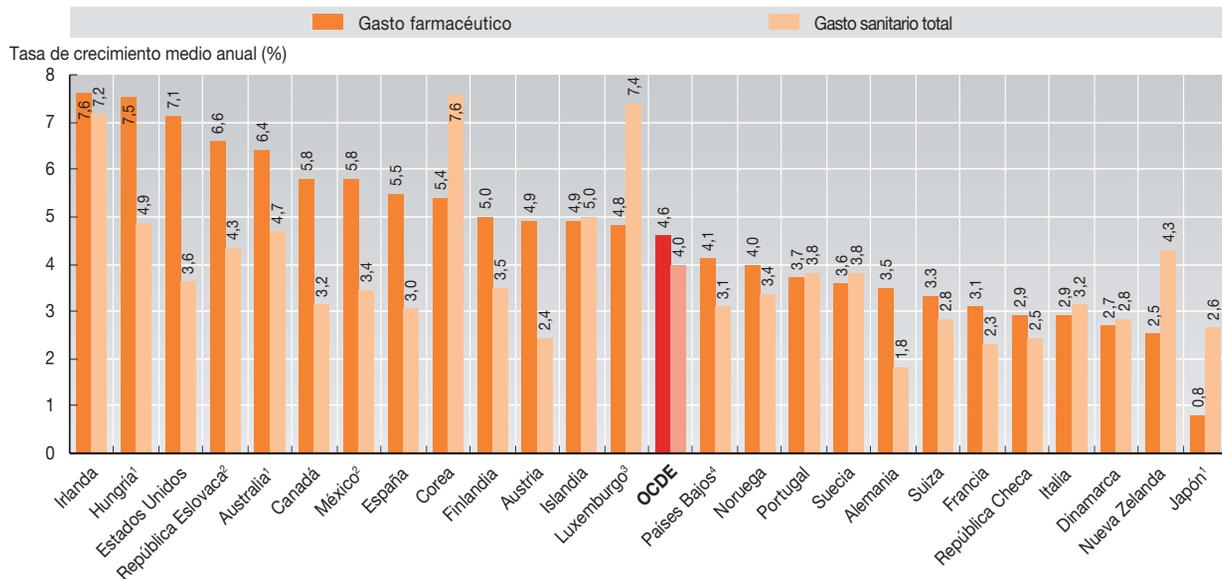


### 5.4.2. Gasto farmacéutico como proporción del PIB, 2005



1. Sólo medicamentos recetados.  
2. 2004. 3. 2004-05.

### 5.4.3. Crecimiento anual real del gasto farmacéutico y del gasto sanitario total per cápita, 1995-2005



1. 1995-2004. 2. 1999-2005. 3. 1995-2003. 4. 1995-2002.  
Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114324150124>

## 5.5. FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Los diferentes métodos de financiación de la atención sanitaria pueden afectar al nivel y la distribución del gasto sanitario, así como al acceso a los servicios en el conjunto de la población. Los países de la OCDE utilizan una combinación de fuentes de financiación públicas y privadas. La financiación pública puede limitarse a los ingresos fiscales de la Administración en los países cuyas administraciones centrales o locales son responsables de financiar los servicios sanitarios directamente (como España y Noruega), o puede consistir en un conjunto de ingresos fiscales generales de la Administración y cotizaciones sociales en los países con una financiación basada en la seguridad social (como Francia y Alemania). La financiación privada, por su parte, comprende los pagos directos de los hogares, los mecanismos de pago establecidos con terceros a través de diversas formas de seguro privado de enfermedad (patrocinados por empleadores y subsidiados en algunos países), los servicios sanitarios como la provisión de asistencia sanitaria en el trabajo directamente por los empleadores y otras prestaciones directas ofrecidas por instituciones benéficas y otras afines.

En el cuadro 5.5.1 se muestra la proporción pública de la financiación sanitaria en los países de la OCDE en 2005. El sector público continúa siendo la fuente principal de fondos para la salud en todos los países de la Organización, a excepción de México, Estados Unidos y Grecia. Como promedio, la proporción pública del gasto sanitario ascendió al 73 % en 2005. En Luxemburgo, la República Checa, muchos Países Nórdicos, el Reino Unido y Japón, la financiación pública superó el 80 % del gasto total en salud. En general, se ha producido una convergencia de la proporción pública del gasto sanitario entre los distintos países de la OCDE en los últimos decenios. Muchos de los países con una proporción pública relativamente elevada a principios del decenio de 1990, como Polonia y Hungría, han experimentado un descenso de la misma, mientras que otros que, históricamente, presentaban un nivel relativamente bajo (como Portugal o Turquía), han registrado un incremento de tal proporción, como reflejo de las reformas de sus sistemas sanitarios y la expansión de la cobertura pública.

El hecho de que, en la mayoría de los países, el sistema sanitario en su conjunto sea financiado fundamentalmente con fondos públicos no implica que el sector público desempeñe un papel dominante en todas las áreas de la atención sanitaria. En el cuadro 5.5.2 se muestra la proporción pública de la financiación por separado, para los servicios y los bienes médicos. El sector público sigue ejerciendo un papel predominante en el pago de los servicios médicos en la mayoría de los países, aunque una ulterior

subdivisión de tales servicios pone de relieve un papel cada vez más importante de la financiación privada en el área de los servicios ambulatorios (Orosz y Morgan, 2004). No obstante, en lo que atañe a la financiación de los bienes médicos (que consisten fundamentalmente en medicamentos), los pagos privados son más importantes, y concentran de hecho una proporción muy superior a la de los pagos públicos en varios países, entre los que figuran México, Canadá, y Estados Unidos.

La dimensión y la composición de la financiación privada de los bienes y los servicios sanitarios difiere considerablemente entre países (Colombo y Morgan, 2006). Como promedio, unos dos tercios del 27 % restante en el apartado de la financiación privada corresponde a los pagos directos de particulares (incluida la proporción de los hogares de los regímenes de reparto de costes). En algunos países de Europa central y oriental, la práctica de realizar pagos suplementarios no regulados da lugar probablemente a una subestimación del nivel de gasto directo de los particulares. Mientras que los seguros de enfermedad privados representan únicamente entre el 6 % y el 7 % del gasto total en salud como media del conjunto de países de la OCDE (cuadro 5.5.3), en algunos países desempeñan un papel significativo en materia de financiación. Proporcionan una cobertura primaria a ciertos grupos de población en Alemania, así como a una gran proporción de la población de edad no avanzada en los Estados Unidos, donde los seguros privados de enfermedad representan casi el 37 % del gasto sanitario. En países como Francia y Canadá, los seguros privados de enfermedad financian entre el 12 y el 13 % del gasto total, si bien ofrecen una cobertura suplementaria o complementaria en sistemas públicos de prestación universal (véase el indicador 5.6 "Cobertura de los seguros de enfermedad"). En general, en el conjunto de países de la OCDE no existe un patrón inequívoco de sustitución entre el gasto directo de los particulares y la financiación mediante seguros de enfermedad privados (OCDE, 2004c; Colombo y Tapay, 2004).

La repercusión agregada de dichos gastos directos para los hogares puede medirse asimismo en función de la proporción que representan del consumo final de estas unidades. En varios países, entre los que figuran los Países Bajos y Francia, menos del 2 % del consumo total de los hogares se dedicó a servicios sanitarios sufragados mediante pagos directos en 2005, mientras que, en Suiza y Grecia, este gasto representó más del 6 % de dicho consumo. Estados Unidos, con casi el 3 % del consumo dedicado a los servicios sanitarios pagados directamente por los hogares, se sitúa cerca de la media.

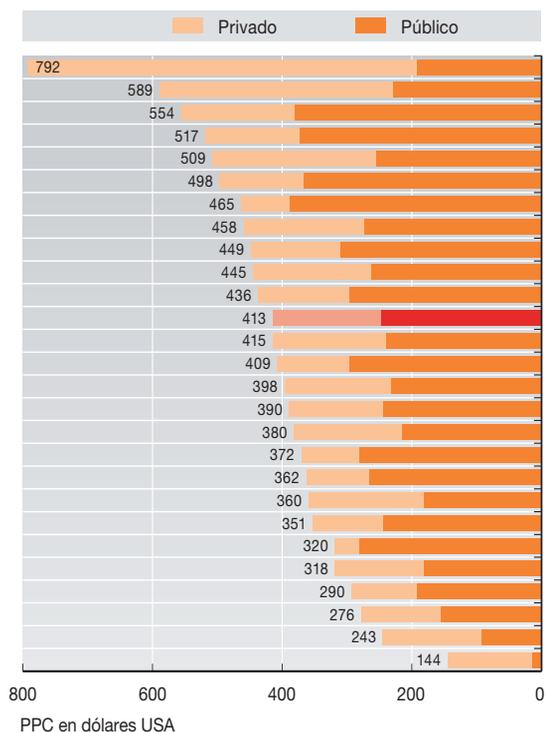
### Definición y desviaciones

Hay tres elementos importantes en lo que se refiere a la financiación de la atención sanitaria, a saber, las fuentes últimas de financiación (hogares, empleadores y el Estado), los regímenes de financiación (p. ej., seguro obligatorio o voluntario, etc.) y los agentes de financiación (las organizaciones que gestionan los regímenes de financiación). En el presente documento, "financiación" se utiliza en el sentido de régimen de financiación conforme se define en el Sistema de Cuentas de Salud. Entre las fuentes públicas figuran los ingresos de la Administración y los fondos de la seguridad social. Entre las privadas se cuentan los pagos directos realizados por los hogares, los seguros privados de enfermedad y otros fondos privados, como los que dotan organizaciones no gubernamentales y empresas privadas dedicadas a la financiación de la atención sanitaria en el trabajo.

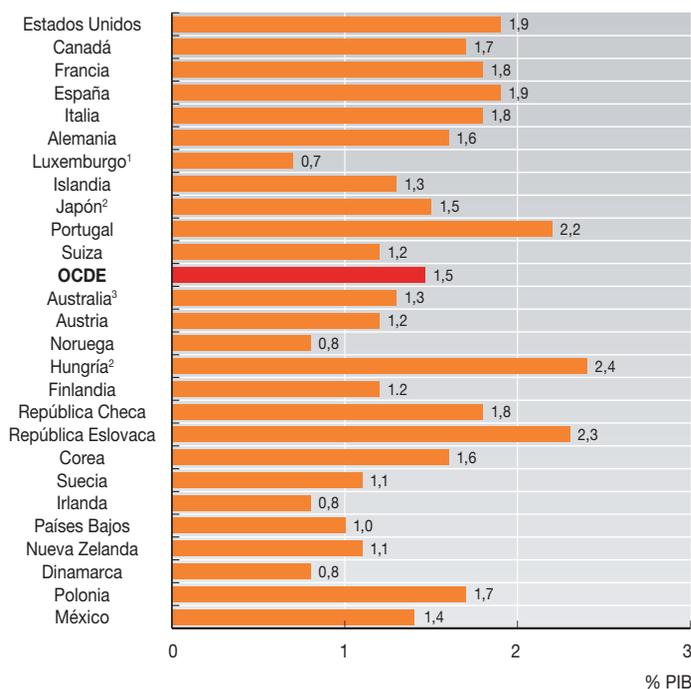
Los pagos de particulares son gastos asumidos directamente por los pacientes sin contar con el beneficio de un seguro. Incluyen el reparto de costes y, en ciertos países, las estimaciones de los pagos no regulados a proveedores de asistencia sanitaria.

## 5.5. FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

### 5.4.1. Gasto farmacéutico per cápita, 2005

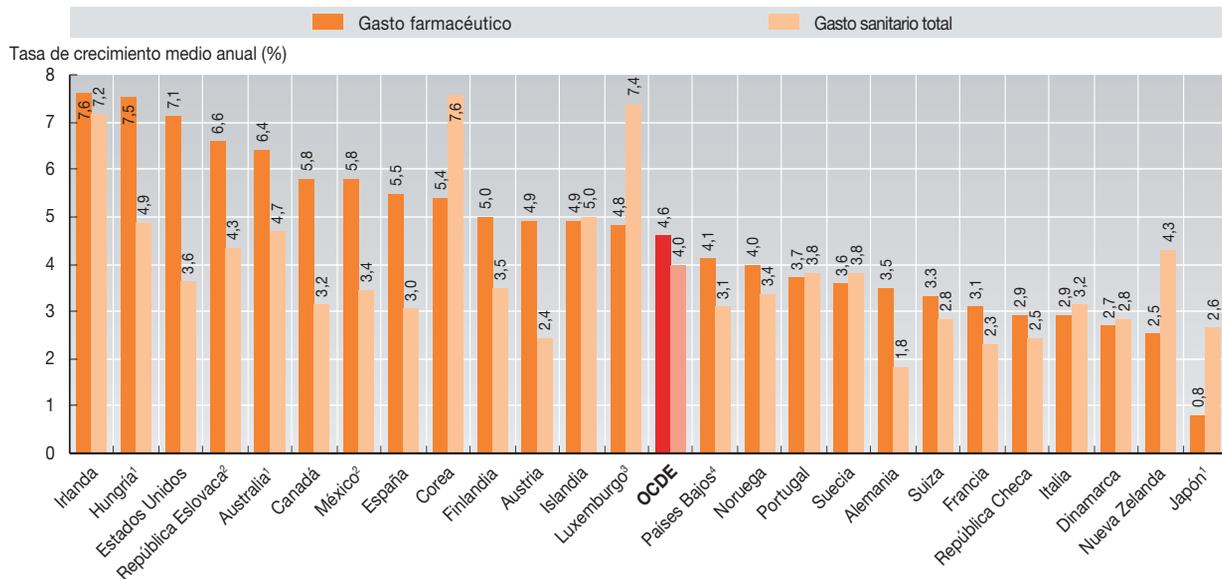


### 5.4.2. Gasto farmacéutico como proporción del PIB, 2005



1. Sólo medicamentos recetados.  
2. 2004. 3. 2004-05.

### 5.4.3. Crecimiento anual real del gasto farmacéutico y del gasto sanitario total per cápita, 1995-2005



1. 1995-2004. 2. 1999-2005. 3. 1995-2003. 4. 1995-2002.  
Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

### 5.6. COBERTURA DE LOS SEGUROS DE ENFERMEDAD (PÚBLICOS Y PRIVADOS)

La cobertura sanitaria es importante para promover el acceso a bienes y servicios médicos. La cobertura proporciona seguridad financiera frente al coste de enfermedades imprevistas o graves, así como una mejora de la accesibilidad a tratamientos innovadores y servicios preventivos (OCDE, 2004a). No obstante, la cobertura total de la población (tanto pública como privada) constituye un indicador imperfecto de la accesibilidad, ya que ésta depende asimismo de la generosidad del paquete de bienes y servicios sanitarios incluidos en la cobertura, y del grado de reparto de costes aplicado a tales servicios.

En 2005, la mayoría de los países de la OCDE habían alcanzado la cobertura universal o cuasiuniversal de los costes de atención sanitaria para un conjunto esencial de servicios (cuadro 5.6.1). Una gran mayoría ha otorgado acceso universal a servicios financiados con fondos públicos (tabla A.5.6a). Alemania procura la cobertura universal mediante una combinación de seguros financiados con fondos públicos para el 90 % de la población y seguros de enfermedad privados para grupos de altos ingresos que optan por salir del sistema público (el 10 % de la población). En los Países Bajos, los grupos de altos ingresos no podían optar al seguro social de enfermedad hasta 2005, casi todos ellos adquirirían coberturas privadas (36 % de la población). En 2006, el Gobierno neerlandés adoptó un sistema obligatorio y universal de seguro de enfermedad, con competencia regulada entre múltiples aseguradoras privadas, eliminando de este modo la división entre seguros públicos y privados para la cobertura básica de la población. Suiza estableció como obligatoria de manera similar la adquisición de un seguro básico de enfermedad para toda la población residente en 1996 (OCDE, 2006a).

Tres países de la OCDE no han alcanzado aún la cobertura de salud universal (o cuasiuniversal). En los Estados Unidos, sólo las personas de edad avanzada, los pobres y los discapacitados (que representan en conjunto un 27 % de la población) tienen derecho a una cobertura financiada con fondos públicos. Otro 59 % disponía de seguros de enfermedad básicos privados en 2005, mientras que un 14 % de la población carecía de cobertura sanitaria. La mitad de la población mexicana no forma parte del sistema de seguridad social, y este colectivo "no asegurado" depende de los servicios médicos prestados por centros sanitarios estatales (OCDE, 2005b). En 2003, la cobertura pública en Turquía sólo se encontraba disponible para dos tercios de la población.

La proporción de la población cubierta por seguros de enfermedad privados varía considerablemente en el conjunto de la OCDE (cuadro 5.6.2). De los 23 países de los que se dispone de datos, sólo cinco (Países Bajos, Francia, Estados Unidos, Canadá e Irlanda) declaraban la disposición de cobertura privada para más de la mitad de la población en 2005. Los seguros de enfermedad privados en Bélgica y Australia cubrían a más del 40 % de la población, y a casi un tercio en Nueva Zelanda y Suiza. Varios países de la OCDE cuentan con una proporción poco significativa, o nula, de su población sujeta a la cobertura de seguros de enfermedad privados (p. ej., Turquía, la República Checa, Hungría, Noruega, Polonia y la República Eslovaca).

Los seguros de enfermedad privados desempeñan diversas funciones en el sistema sanitario (tabla A.5.6b y cuadro 5.6.3). Aparte de constituir una cobertura *primaria* básica para ciertos grupos de población en los Estados Unidos, los Países Bajos y Alemania, ofrecen al 87 % de la población francesa un seguro *complementario* para cubrir el reparto de costes aplicado en el sistema de seguridad social. Canadá cuenta con el mayor mercado *suplementario* (66 % de la población), con arreglo al cual, los seguros privados "pagan" los fármacos con receta y la asistencia dental que no se reembolsan mediante fondos públicos. Los mercados duplicados que proporcionan un acceso del sector privado más rápido a los servicios médicos en los que existen plazos de espera en los sistemas públicos registran su mayor dimensión en Irlanda (52 %), Australia (43 %) y Nueva Zelanda (33 %).

La importancia de los seguros de enfermedad privados no está vinculada al nivel de desarrollo económico de un país. Otros factores son más relevantes para explicar el desarrollo del mercado, incluidas las diferencias en el ámbito de la oferta, las opciones y la velocidad de acceso de los servicios financiados con fondos públicos, el modo en que se financian los proveedores privados, las intervenciones de la Administración dirigidas a los mercados de seguros de enfermedad privados y el desarrollo histórico (OCDE, 2004c; Colombo y Tapay, 2004). El nivel de población cubierta por seguros de enfermedad privados presenta una correlación positiva con la proporción del gasto sanitario total que representan tales seguros (véase el indicador 5.5. "Financiación de la atención sanitaria").

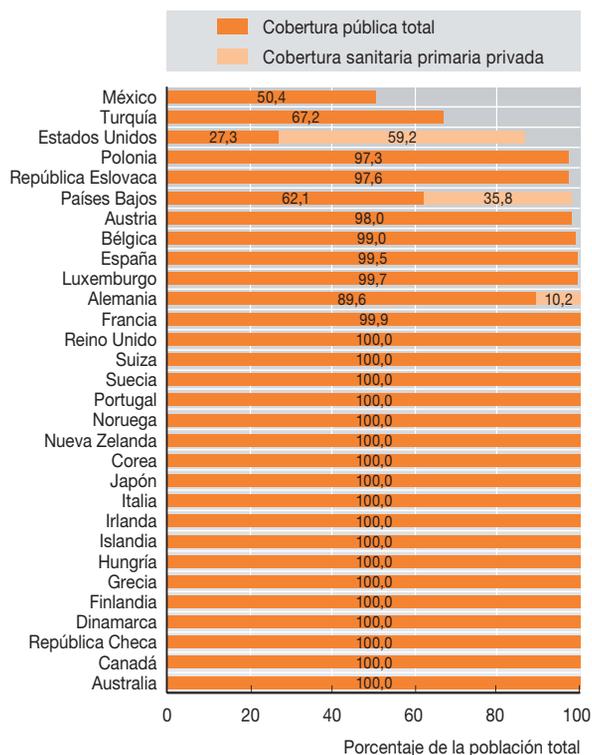
#### Definición y desviaciones

La cobertura de la población es la proporción de ésta con derecho a un conjunto definido de bienes y servicios sanitarios con arreglo a programas públicos y seguros de enfermedad privados. Los datos incluyen a las personas cubiertas en nombre propio y a las que dependen de ellas. La cobertura pública alude tanto a los programas de la Administración, generalmente financiados mediante impuestos, y los seguros sociales de enfermedad, que suelen financiarse con cotizaciones sociales. La contratación de seguros privados de enfermedad suele ser voluntaria, aunque puede ser exigida por ley, u obligatoria para los empleados como parte de sus condiciones de trabajo. Las primas no suelen estar relacionadas con los ingresos, aunque la adquisición de una cobertura privada puede ser subvencionada por la Administración. La cobertura en los seguros de enfermedad, tanto públicos, como privados, es independiente del alcance del reparto de costes.

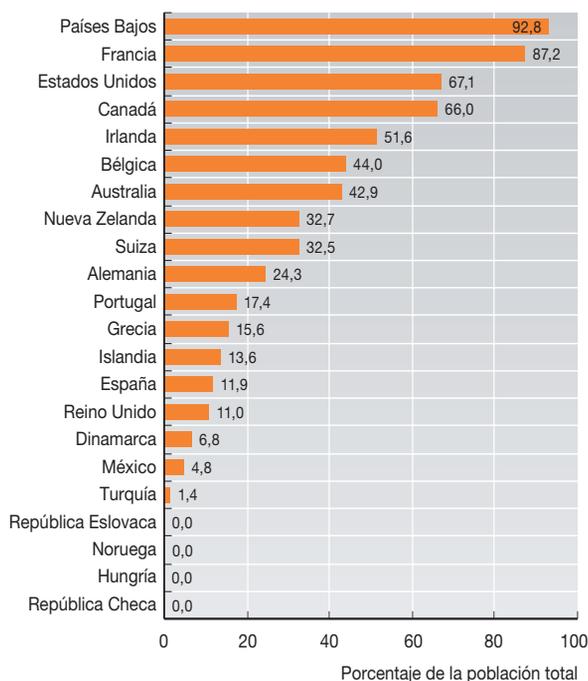
Los datos sobre cobertura han de interpretarse con precaución. Los límites entre cobertura pública y privada resultan, en ocasiones, difíciles de trazar. La cobertura privada total combina tipos de seguro que ejercen funciones diferentes respecto a los sistemas públicos, y no ponen de relieve si una persona dispone de múltiples coberturas. En algunos países, los seguros de enfermedad privados desempeñan varias funciones, aun cuando los datos se atribuyen al más destacado de ellos (p. ej., Bélgica, Portugal, Islandia, Francia). Algunos países con mercados de seguros privados de pequeña dimensión no proporcionan datos (p. ej., Japón, Luxemburgo, Suecia).

## 5.6. COBERTURA DE LOS SEGUROS DE ENFERMEDAD (PÚBLICOS Y PRIVADOS)

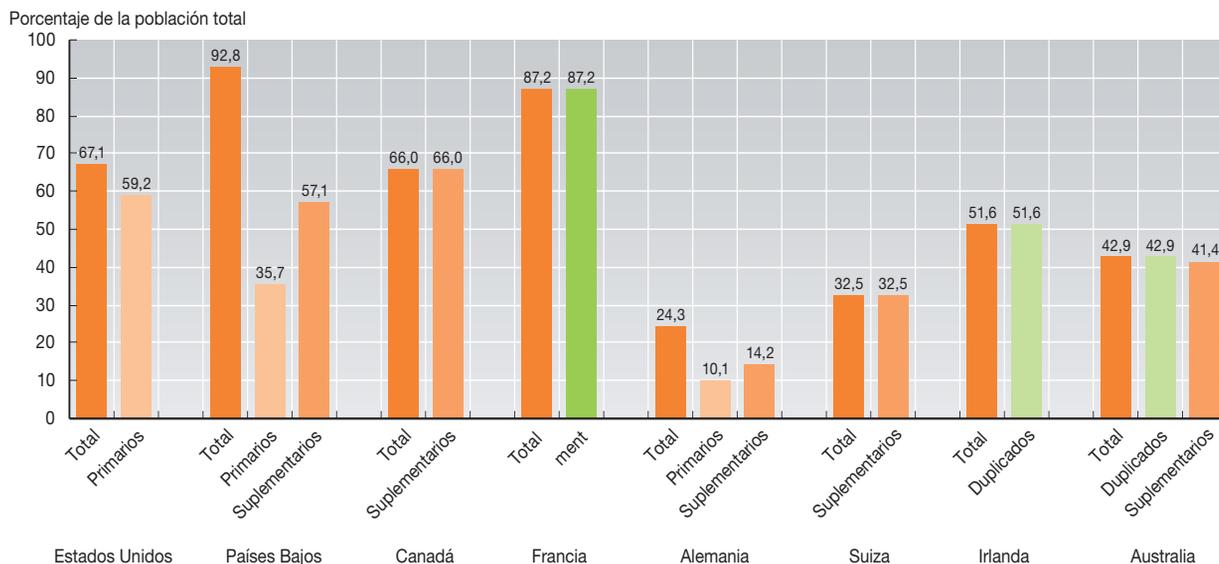
### 5.6.1. Cobertura de los seguros de enfermedad para una serie esencial de servicios, 2005 (o último año disponible)



### 5.6.2. Población cubierta por seguros de enfermedad privados, 2005 (o último año disponible)



### 5.6.3. Cobertura por los diferentes tipos de seguros de enfermedad privados en varios países, 2005 (o último año disponible)\*



\* Países en los que los seguros de enfermedad privados representan más del 6% del gasto sanitario total. Los países se clasifican en función del descenso de la proporción de seguros privados de enfermedad en el gasto sanitario total.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114348073674>





## **6. CALIDAD DE LA ASISTENCIA**

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	100
---------------------------	-----

### **ATENCIÓN EN TRASTORNOS AGUDOS**

6.1. TASA DE LETALIDAD HOSPITALARIA TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO .....	104
6.2. TASA DE LETALIDAD HOSPITALARIA TRAS UN ICTUS ...	106

### **ATENCIÓN ONCOLÓGICA**

6.3. SUPERVIVENCIA EN CASO DE CÁNCER COLORRECTAL ...	108
6.4. SUPERVIVENCIA Y DETECCIÓN EN EL CÁNCER DE MAMA .	110
6.5. SUPERVIVENCIA Y DETECCIÓN EN EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO .....	112

### **ATENCIÓN EN TRASTORNOS CRÓNICOS**

6.6. TASA DE INGRESOS HOSPITALARIOS EVITABLES Y DE MORTALIDAD EN EL ASMA .....	114
6.7. EXPLORACIONES OCULARES ANUALES PARA DIABÉTICOS .....	116

### **ATENCIÓN EN LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

6.8. VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA .....	118
6.9. PROGRAMAS DE VACUNACIÓN INFANTIL .....	120

### INTRODUCCIÓN

Por vez primera se incluye un capítulo sobre calidad de la asistencia médica en Panorama de la salud. La medición y la mejora de la calidad de la asistencia constituye una prioridad fundamental en numerosos países. Está directamente relacionada con los debates sobre si el aumento del gasto en servicios sanitarios está justificado o no por las mejoras de los resultados en el ámbito de la salud.

Como se reconoce en el marco conceptual adoptado con arreglo al proyecto Health Care Quality Indicators (HCQI) de la OCDE, los servicios de asistencia sanitaria constituyen únicamente uno de los determinantes del estado de salud (Kelley y Hurst, 2006; Lalonde, 1973). En cualquier caso, existe una amplia bibliografía en la que se pone de manifiesto que la contribución de los servicios médicos a la salud es considerable y creciente (Mackenbach, 1996), y que la calidad de la atención entre países, y en cada uno de éstos, varía considerablemente (Wennberg y Wennberg, 2003; Mc Glynn y cols., 2003). Con el fin de arrojar más luz sobre las variaciones entre países en cuanto a la calidad de la asistencia, en los últimos cinco años, y en el marco del proyecto sobre HCQI de la OCDE, se han dedicado esfuerzos al desarrollo y la aplicación de un conjunto de indicadores sobre dicha calidad, capaces de facilitar la determinación de posibles diferencias en la calidad (Mattke y cols., 2006a).

La calidad puede evaluarse respecto a muy diversos ámbitos de la asistencia (IOM, 2001). Hasta la fecha, el proyecto HCQI se ha centrado en la calidad técnica de la asistencia. Ésta puede expresarse a través de medidas de las estructuras, de los procesos o de los resultados. Las primeras recogen las características del sistema de atención sanitaria y la idoneidad de los factores empleados en la producción de servicios como las camas hospitalarias y la dotación de personal.\* Las medidas de los procesos reflejan si se siguen prácticas universalmente aceptadas y basadas en datos contrastados, como las que atañen a la vacunación adecuada de los niños, o la comprobación periódica de la tensión arterial de los pacientes. Las medidas de los resultados, como las tasas de infecciones adquiridas en hospitales, o de supervivencia de un año tras un paro cardíaco, capturan la mejora (o el deterioro) de la salud, en relación con la atención médica. Junto con la capacidad de respuesta a las necesidades y las expectativas de los pacientes, la calidad técnica refleja el valor que genera un sistema de asistencia sanitaria. Combinadas con los datos sobre uso de recursos, las medidas de la calidad técnica pueden emplearse para obtener indicadores de la eficiencia de un sistema de asistencia sanitaria o de la rentabilidad que genera éste. No obstante, han de abordarse varias cuestiones antes de que puedan extraerse conclusiones firmes de tales indicadores, incluida la necesidad de aplicar un conjunto de medidas más completo y equilibrado, la necesidad de ajustar, siempre que resulte pertinente y posible, las diferencias en los perfiles de riesgo de los pacientes entre países, y la necesidad de tener en cuenta, en la medida de lo posible, los factores no médicos que también influyen en los resultados en materia de salud.

Hasta la fecha, sólo se dispone de un conjunto limitado de indicadores de la calidad de la asistencia sanitaria para comparaciones transnacionales, y han de utilizarse a la luz de las continuas dificultades vinculadas a las limitaciones persistentes en lo que atañe a comparabilidad. Los indicadores abarcan una gama de servicios que van desde los preventivos (como la vacunación y la detección sistemática), a los cuidados agudos y la atención relacionada con el tratamiento de enfermedades crónicas. Con estos indicadores se pretende cubrir la calidad de la asistencia en relación con las principales enfermedades (p. ej., enfermedades cardiovasculares y cáncer), y de la atención prestada a diversos grupos de edad (p. ej., la vacunación infantil y la efectuada contra la gripe en el caso de las personas de edad avanzada). Cubren asimismo tanto los procesos como los resultados de la atención prestada a diversos trastornos.

\* Dado las medidas estructurales se encuentran ya disponibles a escala internacional, por ejemplo, en *Eco-Salud OCDE* (como se muestra en el capítulo 4 de esta publicación), y como constituyen condiciones necesarias, pero no suficientes para una asistencia de gran calidad, el proyecto sobre HCQI se concentra en la medición de procesos y de resultados.

En este capítulo, los indicadores se estructuran en cuatro apartados, en los que se presentan los resultados iniciales extraídos de la recogida de datos sobre: la calidad de la asistencia en el caso de ciertos trastornos agudos (infarto agudo de miocardio e ictus); la calidad de la atención oncológica (cánceres colorrectal, de mama y de cuello uterino); la calidad de la atención relacionada con enfermedades crónicas (asma, diabetes); y la prevención de enfermedades transmisibles (vacunación e incidencia de las enfermedades evitables con vacunas).

	Medidas de los procesos	Medidas de los resultados
Atención en trastornos agudos		Tasa de letalidad en casos de IAM Tasa de letalidad en casos de ictus isquémico Tasa de letalidad en casos de ictus hemorrágico
Atención oncológica	Tasa de mamografías Tasa de detección sistemática del cáncer cervical	Tasa de supervivencia en el cáncer de mama Tasa de supervivencia en el cáncer cervical Tasa de supervivencia en el cáncer colorrectal
Atención en trastornos crónicos	Examen anual de la retina en diabéticos	Tasa de mortalidad por asma Tasa de ingresos hospitalarios por asma en adultos
Atención preventiva en enfermedades transmisibles	Cobertura de programas básicos de vacunación infantil (dos indicadores) Cobertura de la vacunación contra la gripe para personas de más de 65 años de edad	Incidencia de enfermedades evitables con vacunación (dos indicadores)

### Atención en trastornos agudos (véanse los indicadores 6.1 y 6.2)

Los avances en el diagnóstico y el tratamiento se han traducido en notables mejoras del pronóstico de los pacientes con trastornos agudos potencialmente mortales, como lesiones traumáticas, infecciones y episodios cardiovasculares agudos. La capacidad para transportar pacientes con rapidez al hospital con medios de asistencia vital avanzada en ruta, la mejora de las intervenciones quirúrgicas y médicas y, en particular, la moderna medicina de cuidados intensivos, han disminuido enormemente el riesgo de muerte y discapacidad. Sin embargo, los profesionales sanitarios, los investigadores y los responsables de la formulación de políticas siguen procurando nuevas mejoras en el tratamiento de tales trastornos, haciendo hincapié actualmente en la reducción del plazo entre el diagnóstico y el tratamiento, así como en el refuerzo de la fiabilidad con la que se prestan los servicios recomendados. La calidad de la atención en caso de trastornos agudos se mide en este apartado en función de las tasas de mortalidad tras el ingreso hospitalario por infarto agudo de miocardio (IAM) o ictus, dos de las causas de muerte y discapacidad más comunes en los países de la OCDE.

### Atención oncológica (véanse los indicadores 6.3, 6.4 y 6.5)

Los avances médicos en los últimos decenios ha mejorado enormemente el pronóstico de los pacientes con cáncer. Aunque “ganar la guerra al cáncer” sigue constituyendo un objetivo difícil de conseguir, la mejora de los métodos de detección sistemática, combinada con las campañas de sensibilización, han aumentado las opciones de que varios cánceres se detecten en una fase incipiente y curable. Los avances en las técnicas quirúrgicas, la radioterapia y la quimioterapia ofrecen nuevas opciones de tratamiento. En algunos campos, los progresos han sido espectaculares, ya que pacientes con leucemia infantil aguda o cáncer testicular presentan actualmente tasas de curación superiores al 90 %, incluso cuando la enfermedad se diagnostica en etapas avanzadas. No obstante, en otros campos, como los del cáncer pancreático o esofágico, las tasas de supervivencia siguen siendo bajas. En el presente apartado se informa de las tasas de supervivencia de tres tipos de cáncer comunes: colorrectal, de mama y de cuello uterino. Son similares en cuanto que hay pruebas de detección que permiten un diagnóstico precoz y que las opciones de tratamiento disponibles mejoran el grado de supervivencia, incluso en etapas avanzadas.

### Atención en trastornos crónicos (véanse los indicadores 6.6 y 6.7)

La prevención y el tratamiento de los trastornos crónicos sigue constituyendo un reto para la política sanitaria en los países de la OCDE, ya que enfermedades como la insuficiencia cardíaca y la diabetes representan una proporción cada vez mayor de los costes de la atención sanitaria, y la asistencia prestada para estos trastornos sigue siendo a menudo por debajo del umbral óptimo. Una razón subyacente y relevante de este desfase en la calidad consiste en que gran parte de la estructura de los sistemas sanitarios actuales se desarrolló en una época en la que la principal preocupación eran las enfermedades agudas, y en particular, las infecciones, que requieren un tratamiento breve e intenso. Los sistemas resultantes, en los que se presta asistencia fundamentalmente durante el encuentro directo del médico con el paciente, resultaron de gran eficacia en el caso de los trastornos agudos, pero son menos adecuados para las necesidades de los pacientes de trastornos crónicos que requieren un seguimiento, una información y un asesoramiento continuos. Muchos países experimentan actualmente diversas innovaciones para salvar tal desfase. Alemania y Estados Unidos, por ejemplo, están analizando estrategias basadas en la gestión de las enfermedades. Otros países como el Reino Unido y Suecia, tratan de adoptar modelos sólidos de atención primaria. Todos los sistemas comparten la esperanza de que una mejora del tratamiento de las enfermedades crónicas pueda reducir los costes (o al menos la tasa de crecimiento) y mejorar la calidad de la asistencia y los resultados en materia de salud. Los indicadores de calidad de la atención prestada en el caso de trastornos crónicos que se presentan en este apartado corresponden al asma, la enfermedad crónica más común en la infancia, y la diabetes, una de las enfermedades más frecuentes en los adultos.

### Atención en enfermedades transmisibles (véanse los indicadores 6.8 y 6.9)

Aunque las mejoras en la higiene, la nutrición y el tratamiento han atenuado drásticamente la carga de las enfermedades infecciosas en los países industrializados, el control de las enfermedades transmisibles sigue siendo una competencia importante de la política sanitaria, en particular, a la luz de las epidemias modernas, como la de la infección por el VIH/SIDA, y el riesgo de otras nuevas como la gripe aviar, y la amenaza del bioterrorismo. Asimismo, sigue siendo un asunto espinoso para los responsables de la formulación de políticas, ya que requiere habitualmente la consecución de un equilibrio adecuado entre los derechos individuales y el interés público. El control de las enfermedades transmisibles requiere la colaboración de diversas partes del sistema de salud pública y asistencia médica, desde los departamentos sanitarios de la Administración a los proveedores de servicios de asistencia preventiva, como los pediatras generales y los médicos de atención primaria, pasando por los prestadores de cuidados en instituciones como hospitales y otros centros de asistencia. Los países utilizan planteamientos diferentes para organizar estos servicios y equilibrar los requisitos legales y las campañas educativas. La tendencia actual consiste fundamentalmente en confiar en el sector de la asistencia médica para la prestación de servicios, y en el sector de la sanidad pública en lo que atañe a la vigilancia y la educación. Varias de las medidas actuales adoptadas con arreglo al proyecto HCQI permiten determinar la eficacia con la que los países previenen la propagación de enfermedades transmisibles. Entre tales medidas figuran: las tasas de vacunación contra la gripe en personas de 65 o más años de edad y contra enfermedades propias de la infancia, como medidas de los procesos, y las tasas de incidencia de enfermedades evitables con vacunas, como medidas de los resultados.

### Interpretación y uso de los datos

Es importante destacar que los indicadores que se presentan en este capítulo deben considerarse “experimentales” en esta etapa temprana de su desarrollo. Aunque se basan en datos científicos y se han utilizado para la investigación y el análisis en los distintos países, no se comprende aún plenamente el modo en que se relacionan con los resultados en materia de salud, ni por qué varían entre países.

Aunque se han dedicado esfuerzos a recabar datos que sean tan comparables como resulte posible entre países, como en el caso de otros indicadores incluidos en *Eco-Salud OCDE* y presentados en otros capítulos de esta publicación, sigue habiendo y se indican algunas diferencias en las definiciones, las fuentes y los métodos.

Una cuestión importante es la falta de normalización por edades para varias de las medidas de los resultados. En esta etapa, sólo un número limitado de países pudieron facilitar tasas normalizadas por edad con arreglo a la población de la OCDE de referencia. Aunque las diferencias consignadas en estos países entre las tasas brutas y normalizadas por edad no son importantes, la repercusión en la comparabilidad sigue sin quedar clara, y se está trabajando para obtener tasas normalizadas por edad respecto a un mayor número de países.

Por estas razones, los indicadores deben considerarse como instrumentos que propician el planteamiento de preguntas sobre la calidad de la asistencia en diversos países y no como elementos que proporcionan respuestas definitivas. La información facilitada ha de tomarse como un punto de partida para una mejor comprensión de las variaciones de la calidad de la asistencia y para la promoción de un análisis ulterior y un aprendizaje de las distintas experiencias nacionales.

### Futuras áreas prioritarias

Con la colaboración continua de expertos nacionales, el proyecto HCQI de la OCDE se propone mejorar y ampliar el conjunto actual de indicadores, con el fin de procurar una evaluación más exhaustiva del rendimiento comparativo de los sistemas sanitarios en los países de la Organización. Actualmente, entre las áreas prioritarias para un desarrollo ulterior de los indicadores figuran: atención psiquiátrica, seguridad de los pacientes, prevención y atención primaria, y capacidad de respuesta (o experiencia de los pacientes). El desarrollo de indicadores en estas áreas prioritarias ha de ayudar a enriquecer el presente capítulo en futuras ediciones de *Panorama de la salud*.

### 6.1. TASA DE LETALIDAD HOSPITALARIA TRAS INFARTO AGUDO DE MIOGARDIO

#### Importancia del indicador

Aunque la enfermedad coronaria (EC) sigue siendo la principal causa de muerte en los países industrializados, las tasas de mortalidad por EC tienden a la baja desde el decenio de 1970 (Weisfeldt y Ziemann, 2007). La reducción de la mortalidad puede atribuirse en gran parte a la disminución de la misma por infarto agudo de miocardio (IAM), gracias a un mejor tratamiento en la fase aguda (Capewell y cols., 2000; McGovern y cols., 2001). La atención prestada al IAM ha cambiado drásticamente en los últimos decenios, primero con la introducción de las unidades de cuidados coronarios en el decenio de 1960 y después con la adopción de tratamientos encaminados a restablecer rápidamente el flujo coronario en el decenio de 1980 (Gil y cols., 1999). El éxito en la reducción de la mortalidad es tanto más notable cuanto que los datos indican que la incidencia del IAM no ha disminuido durante dicho período (Goldberg y cols., 1999). En cualquier caso, una proporción considerable de pacientes con IAM no reciben un tratamiento adecuado y oportuno, lo que pone de relieve que existe aún un amplio margen para mejorar (McGlynn y cols., 2003). El IAM es causa de un 50 % de los fallecimientos por EC, y el coste de la atención prestada a estas enfermedades equivale al 10 % del gasto en asistencia sanitaria en los países industrializados (OCDE, 2003a).

#### Validez científica del indicador

Está ampliamente demostrado que los procesos de atención del IAM encaminados a restablecer el flujo sanguíneo, como la trombólisis y el tratamiento precoz con ácido acetilsalicílico, o los dirigidos a reducir las complicaciones, como el uso de betabloqueantes, están vinculados a las mejoras de las tasas de supervivencia (Davies y cols., 2001). La calidad de la asistencia en el IAM debe traducirse en unas tasas de letalidad reducidas, y una tendencia a la baja de este indicador señalará la existencia de mejoras. Dada la diversidad de servicios y dispositivos integrados en los sistemas que han de movilizarse para prestar asistencia para esta enfermedad, la tasa de letalidad hospitalaria tras un IAM se considera un buen criterio de valoración para determinar la calidad de los cuidados agudos. En la actualidad, las tasas de letalidad por IAM se utilizan como criterios para la comparación entre hospitales por la *Agency for Healthcare Research and Quality* de los Estados Unidos (Davies y cols., 2001), y el *National Health Service* del Reino Unido, así como diversas asociaciones de hospitales y grupos de vigilancia de la calidad de los EEUU. Se ha empleado igualmente para efectuar comparaciones internacionales

en el proyecto sobre enfermedades relacionadas con el envejecimiento de la OCDE (OCDE, 2003a), y en el proyecto MONICA de la OMS (Tunstall-Pedoe, 2003).

#### Resultados

La tasa promedio de mortalidad en los 30 días siguientes a un ingreso hospitalario por IAM se sitúa actualmente en torno al 10 % en el conjunto de países que han proporcionado datos al respecto (cuadro 6.1.1). Se trata de una mejora considerable, ya que las tasas de letalidad solían rondar el 20 % en el decenio de 1980 (Weisfeldt y Ziemann, 2007). Aunque los datos de tendencia reflejados en el cuadro 6.1.2 deben interpretarse con precaución, dados los diferentes períodos considerados, la tendencia en la mayoría de los países es favorable.

En 2005 (o en el año más reciente del que se dispone de datos), Australia y Nueva Zelanda registraron tasas de mortalidad hospitalaria tras IAM particularmente bajas. Los Países Escandinavos también declararon unas tasas bajas, a excepción de Finlandia. En el conjunto de los países de la OCDE sigue habiendo variaciones importantes, con tasas que van del 5,4 % en Nueva Zelanda al 24,5 % en México. Incluso en el caso de países vecinos con un desarrollo económico y una estructura del sistema sanitario similares pueden observarse diferencias significativas. Por ejemplo, la tasa de mortalidad hospitalaria en Austria es un 50 % superior a la de Francia (12,0 %, frente a un 7,6 %). No obstante, ha de tenerse en cuenta que los datos no se han ajustado para considerar las diferencias en cuanto al riesgo de los pacientes o la estructura de edades entre países. Por tanto, no es posible afirmar en qué medida las diferencias en las tasas de letalidad son consecuencia de las disparidades en la atención, o se deben a desigualdades en la gravedad de las enfermedades o la edad de los pacientes.

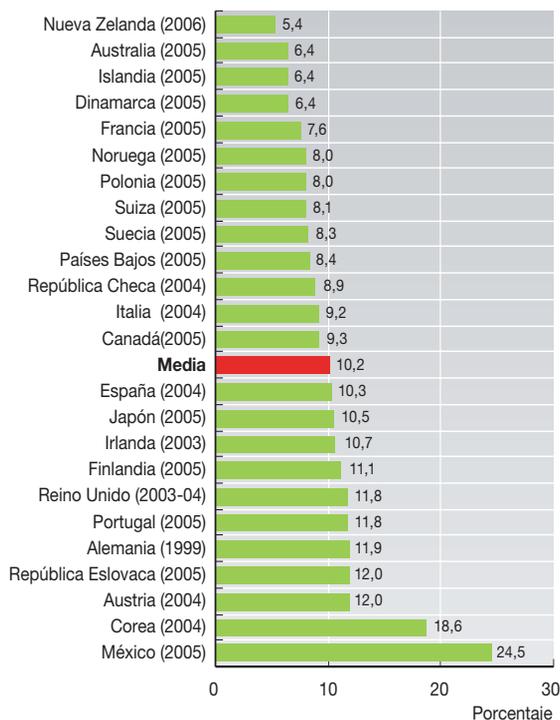
Las diferencias en las tasas de mortalidad a los 30 días en los hospitales tras un IAM no parecen estar relacionadas con el grado de utilización de procedimientos de revascularización, como las intervenciones coronarias percutáneas o los injertos de derivación arterial coronaria (cuadros 6.1.3 y 6.1.4). Los datos generales disponibles, combinados con los que certifican que las intervenciones médicas suficientemente avaladas en la atención en caso de IAM se infrautilizan con frecuencia (McGlynn y cols., 2003), indican que existe margen para la mejora de las tasas de supervivencia tras un IAM mediante una provisión más fiable de tratamientos simples y coste-efectivos.

#### Definición y desviaciones

Las tasas de letalidad miden la proporción de pacientes con un determinado diagnóstico, en este caso, infarto agudo de miocardio (IAM), que fallecen en un plazo especificado (en esta ocasión, 30 días). En teoría, las tasas de letalidad se basarían en cada uno de los pacientes, que serían objeto de seguimiento durante un período mínimo de 30 días. Sin embargo, como la mayoría de los países carecen de identificadores específicos de pacientes, y de la capacidad para realizar un seguimiento de los mismos tras el alta hospitalaria, el indicador se basa en los ingresos hospitalarios individuales y se limita a la mortalidad en los hospitales. Así, las diferencias en las prácticas de alta y traslado de pacientes pueden influir en los resultados. Las definiciones de IAM en el sistema de clasificación CIE-10 también son ligeramente diferentes a las de la anterior versión CIE-9, lo que puede influir en las comparaciones entre países que utilicen dos versiones diferentes del sistema.

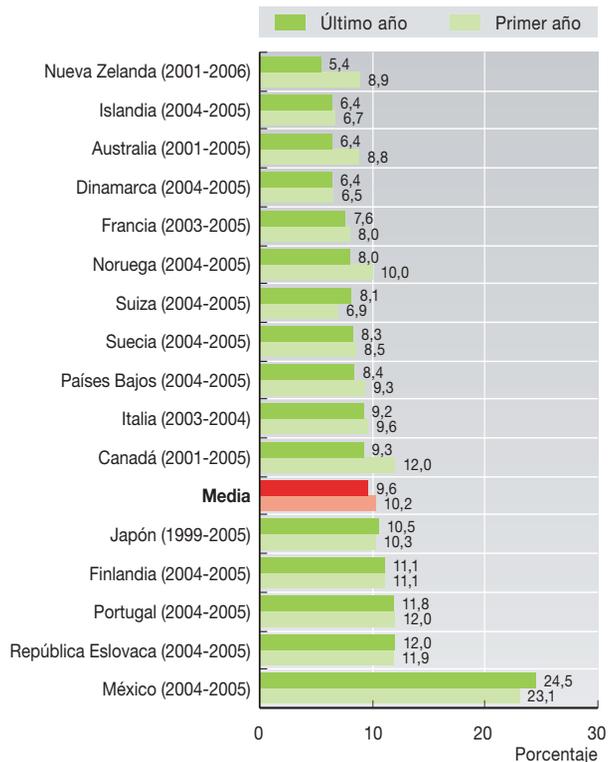
## 6.1. TASA DE LETALIDAD HOSPITALARIA TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

### 6.1.1. Tasa de letalidad hospitalaria en los 30 días siguientes al ingreso por un IAM, 2005

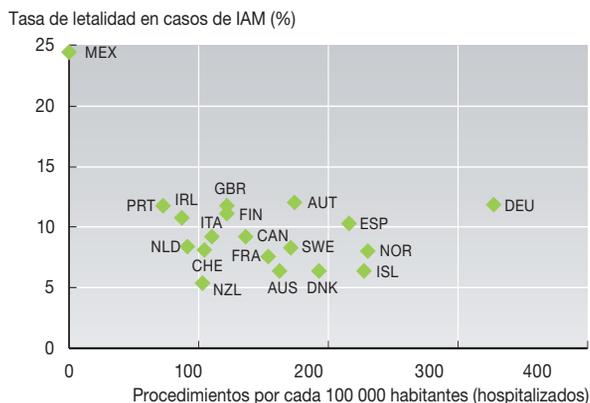


Fuente: Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007.

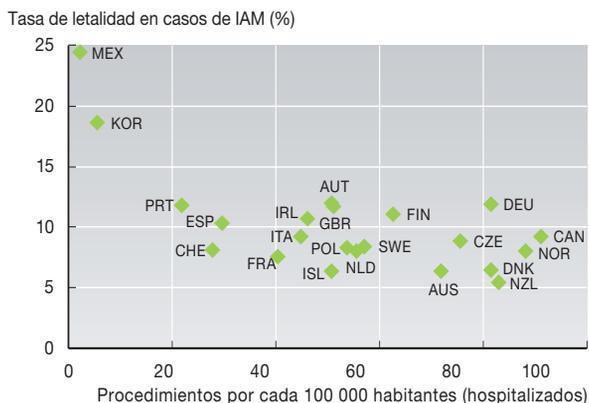
### 6.1.2. Variación de las tasas de letalidad hospitalaria en los 30 días siguientes al ingreso por un IAM



### 6.1.3. Tasa de letalidad hospitalaria en los 30 días siguientes al ingreso por un IAM y tasas de angioplastia Coronaria Transluminal Percutanea



### 6.1.4. Tasas de letalidad hospitalaria en los 30 días siguientes al ingreso por un IAM y tasas de operaciones de injerto de derivación arterial coronaria



Nota: Las tasas de procedimientos corresponden a 2005, excepto en los casos de Australia, Canadá, Irlanda, Italia, Nueva Zelanda y Noruega, que hacen referencia a 2004; los Países Bajos, a 2003; Francia, a 2001; Austria, a 2000.

Fuente: Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007. Eco-Salud OCDE 2007.

### 6.2. TASA DE LETALIDAD HOSPITALARIA TRAS UN ICTUS

#### Importancia del indicador

El ictus es la tercera causa más común de muerte y discapacidad en los países industrializados (OMS, 2002b). Según los cálculos, causa del 2 % al 4 % del gasto en atención sanitaria y genera un coste significativo al margen del sistema sanitario debido a su repercusión en materia de discapacidad (OCDE, 2003b). Deben distinguirse dos tipos de ictus. En el ictus isquémico, que representa un 85 % de los casos, el aporte de sangre a una parte del cerebro se interrumpe, dañando de forma importante el tejido cerebral de la zona afectada. En el ictus hemorrágico, la rotura de un vaso sanguíneo causa una hemorragia cerebral, originando síntomas similares a los del ictus isquémico, aunque suele causar daños más generalizados.

El tratamiento del ictus isquémico ha cambiado radicalmente en el último decenio. Hasta la década de 1990, se pensaba habitualmente que el daño del cerebro era irreversible, y el tratamiento se centraba en la prevención de las complicaciones y en la rehabilitación. Sin embargo, tras las espectaculares mejoras de las tasas de supervivencia tras un IAM que se lograron con la trombolisis precoz (disolución de los coágulos sanguíneos), diversos estudios clínicos, iniciados en Japón a principios del decenio de 1990, demostraron los efectos beneficiosos inequívocos del tratamiento trombolítico del ictus isquémico (Mori y cols., 1992). Se establecieron unidades especializadas en ictus (configuradas siguiendo el modelo de las unidades de cuidados cardíacos, de gran éxito) en numerosos países, y especialmente en Escandinavia, con el fin de facilitar el tratamiento oportuno e intensivo de las víctimas de esta enfermedad. Como resultado, las tasas de letalidad por ictus isquémico han descendido en numerosos países (Sarti y cols., 2003).

#### Validez científica del indicador

Existe una sólida base de datos que acredita la vinculación de los servicios de atención sanitaria con los resultados en los casos de ictus. Las pruebas recabadas fundamentalmente en países europeos han asociado la existencia de unidades hospitalarias especializadas en ictus con la mejora de los resultados (Stroke Unit Trialists Collaboration, 1997). Grandes ensayos clínicos aleatorizados en los Estados Unidos (p. ej., NINDS, 1995) y Europa (p. ej., Hacke y cols., 1995) han demostrado de manera inequívoca la repercusión del tratamiento trombolítico del ictus isquémico en los resultados en cuanto a supervivencia y discapacidad. No obstante, la adopción de esta práctica se enfrenta a ciertas reticencias debidas a factores relacionados con la organización de los servicios sanitarios (Wardlaw y cols., 2003). Las tasas de letalidad por ictus se han utilizado como criterios de comparación de hospitales, en cada país, y entre distintos países (Davies y cols., 2001; OCDE, 2003a; y Sarti y cols., 2003).

#### Resultados

Los datos sobre HCQI confirman la naturaleza más grave del ictus hemorrágico, con una tasa de mortalidad media en un plazo de 30 días tras el ingreso hospitalario del 25,1 %, frente al 10,1 % del ictus isquémico (cuadros 6.2.1 y 6.2.2). Existe una amplia variación en las tasas de mortalidad hospitalaria, sobre todo en lo que se refiere al ictus isquémico. Por ejemplo, México declara una tasa siete veces superior a la de Japón. Incluso en países vecinos con un desarrollo económico similar hay diferencias considerables: la tasa de Irlanda de 11,3 % es más de dos veces superior a la del Reino Unido, del 5,5 %. Aunque los datos de tendencia deben interpretarse con precaución, dados los diferentes períodos de los que se refieren datos, la tendencia general parece ser favorable, con algunas excepciones como México. No obstante, ha de considerarse con cautela el hecho de que los datos no se han ajustado para considerar las diferencias en cuanto al riesgo de los pacientes o la estructura de edades entre países. Por tanto, no es posible afirmar en qué medida las diferencias en las tasas de letalidad son consecuencia de las disparidades en la atención, o se deben a desigualdades en la gravedad de las enfermedades o la estructura de edad de los pacientes.

Como se muestra en el cuadro 6.2.3, existe una estrecha correlación entre las tasas de letalidad por ictus isquémico y hemorrágico; así, los países que registran mejores niveles de supervivencia de un tipo de ictus, también obtienen buenos resultados en cuanto al otro. Se trata de un hecho sumamente verosímil, puesto que los pasos iniciales de la asistencia, que comprenden un diagnóstico en plazo, un rápido traslado al hospital y un acceso inmediato a la TAC para orientar las decisiones sobre tratamiento idéntico, son idénticos en ambos tipos de ictus. La mera disponibilidad de tecnología no parece repercutir en la supervivencia, dado que no existe correlación entre las tasas de equipos de TAC por cada millón de habitantes y las tasas de letalidad (cuadro 6.2.4), lo que da a entender que la organización de los servicios sanitarios parece revestir mayor importancia que la infraestructura disponible.

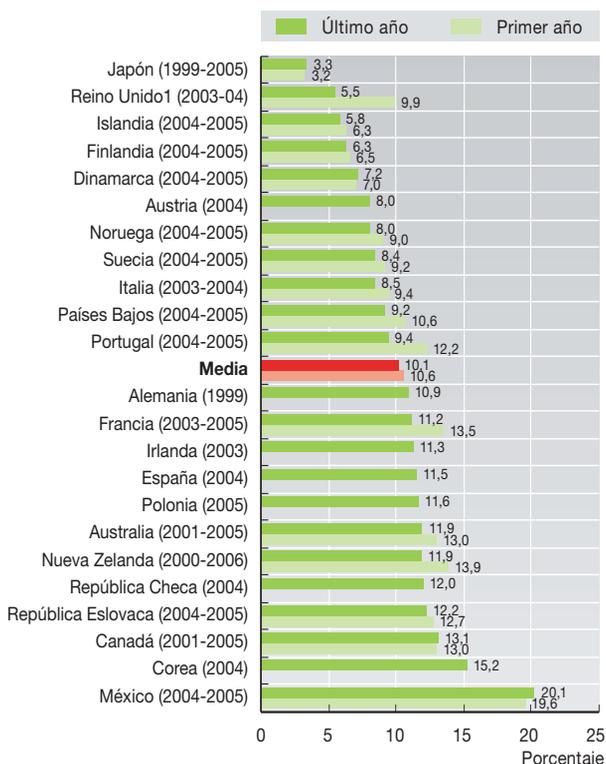
Otros datos acreditativos de la importancia de la organización de servicios están relacionados con las bajas tasas de letalidad logradas por los países escandinavos, y en particular, por Islandia y Finlandia. Estos países se han situado en la vanguardia del establecimiento de unidades hospitalarias especializadas en ictus, una práctica comprobada de mejoría de la supervivencia y el funcionamiento neurológico (Stroke Unit Trialists Collaboration, 2001). En torno al 70 % de las víctimas de ictus en estos países fueron tratadas en dichas unidades en una fecha tan temprana como 1998 (OCDE, 2003a).

#### Definición y desviaciones

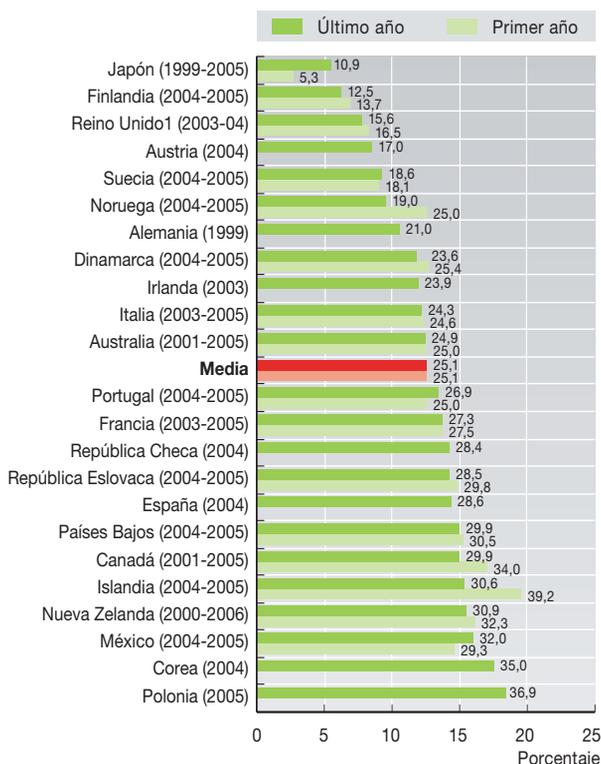
Las tasas de letalidad miden la proporción de pacientes con un determinado diagnóstico, en este caso, ictus, que fallecen en un plazo especificado (en esta ocasión, 30 días). En teoría, las tasas de letalidad se basarían en cada uno de los pacientes, que serían objeto de seguimiento durante un período mínimo de 30 días. Sin embargo, como la mayoría de los países carecen de identificadores específicos de pacientes, y de la capacidad para realizar un seguimiento de los mismos tras el alta hospitalaria, el indicador se basa en los ingresos hospitalarios individuales, y se limita a la mortalidad en los hospitales. Así, las diferencias en las prácticas de alta y traslado de pacientes pueden influir en los resultados. Las definiciones de ictus agudo en el sistema de clasificación CIE-10 son ligeramente diferentes a las de la anterior versión CIE-9, lo que puede influir en las comparaciones entre países que utilicen dos versiones diferentes del sistema.

6.2. TASA DE LETALIDAD HOSPITALARIA TRAS UN ICTUS

6.2.1. Tasas de letalidad hospitalaria en los 30 días siguientes al ingreso por un ictus isquémico, 2005 y primer año



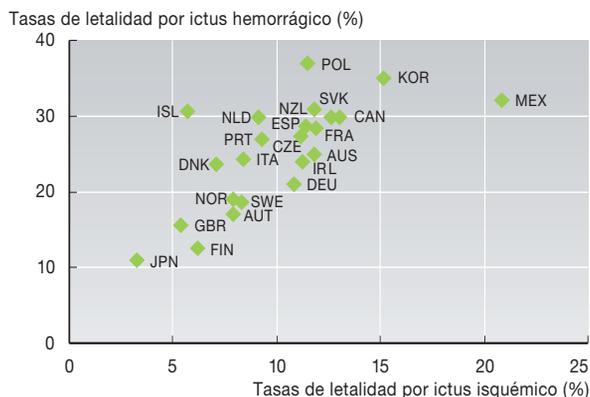
6.2.2. Tasas de letalidad hospitalaria en los 30 días siguientes al ingreso por un ictus hemorrágico, 2005 y primer año



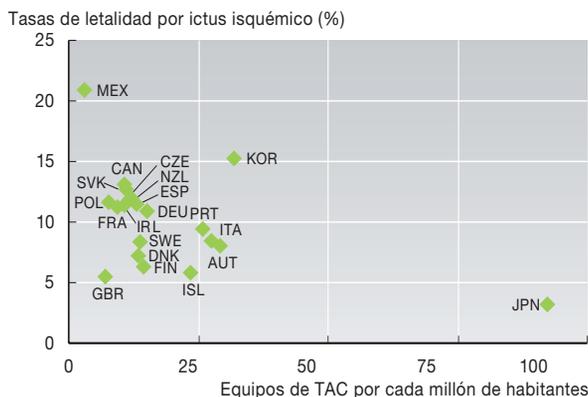
1. 2002-03/2003-04.

Source: Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007.

6.2.3. Correlación de las tasas de letalidad hospitalaria tras el ingreso por un ictus isquémico y un ictus hemorrágico, 2005



6.2.4. Tasas de letalidad hospitalaria en los 30 días siguientes al ingreso por un ictus isquémico y número de equipos de TAC, 2005



Nota: Nota: Véanse los dos cuadros anteriores para consultar los años de los datos sobre ictus en cada país. Las cifras de los equipos de TC se refieren a 2005, excepto las de Nueva Zelanda, que corresponden a 2004 y las de Suecia, a 1999.

Fuente: Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007. Eco-Salud OCDE 2007 (equipos de TAC)

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114353285671>

### 6.3. SUPERVIVENCIA EN CASO DE CÁNCER COLORRECTAL

#### Importancia del indicador

El cáncer colorrectal es la tercera forma más común de cáncer, tanto en mujeres (después del de mama y el de pulmón) como en varones (después del de próstata y el de pulmón). Se calcula que, en los Estados Unidos, se dedican cada año unos 8.400 millones de dólares al tratamiento del cáncer colorrectal (Brown y cols., 2002). Los avances en el diagnóstico y el tratamiento han propiciado un aumento de la supervivencia en los últimos decenios. La mejora de la detección, con las pruebas de sangre oculta en heces y, más recientemente, las colonoscopias sistemáticas han aumentado el número de casos que se diagnostican en una etapa precancerosa o incipiente (Midgley y Kerr, 1999), aunque, en muchos países, sigue vivo el debate sobre la estrategia de detección más coste-efectiva. La mejora de las técnicas de anestesia y cirugía ha permitido la resección de tumores en un mayor número de pacientes, incluso en fases avanzadas. La optimización de los protocolos de radioterapia y quimioterapia y, en fechas más recientes, el descubrimiento de fármacos biológicos y citotóxicos que atacan de manera específica las células cancerosas, proporcionan opciones de tratamiento adicionales (Natarajan y Shuster, 2006). Los datos históricos de Francia indican que, entre 1976 y 1998, la tasa de supervivencia a los cinco años pasó del 33 % al 55 %, lo que puede atribuirse a un mayor índice de resecciones con una menor mortalidad postoperatoria, un diagnóstico más precoz y el aumento en el uso de la quimioterapia (Faivre-Finn, y cols., 2002). Estos resultados coinciden con los de otros países europeos (Gatta y cols., 1998a) y de los Estados Unidos (SEER, 2006).

#### Validez científica del indicador

Hay pruebas sólidas que demuestran el efecto beneficioso clínico de la detección sistemática con colonoscopia y pruebas de sangre oculta en heces (USPSTF, 2002), así como de diversas modalidades de tratamiento, como la cirugía (Govindarajan y cols., 2006) y la quimioterapia (CCCG, 2000), incluso en etapas avanzadas. En la misma bibliografía se señala asimismo que las distintas opciones de detección y tratamiento no se utilizan de manera suficiente. Las tasas de supervivencia en el cáncer colorrectal se han utilizado para comparar los países europeos en el estudio EURO CARE (Quinn y cols., 1998), así como en comparaciones entre dichos países y los Estados Unidos (Gatta y cols., 2000), y en las actividades nacionales de notificación en numerosos países.

#### Resultados

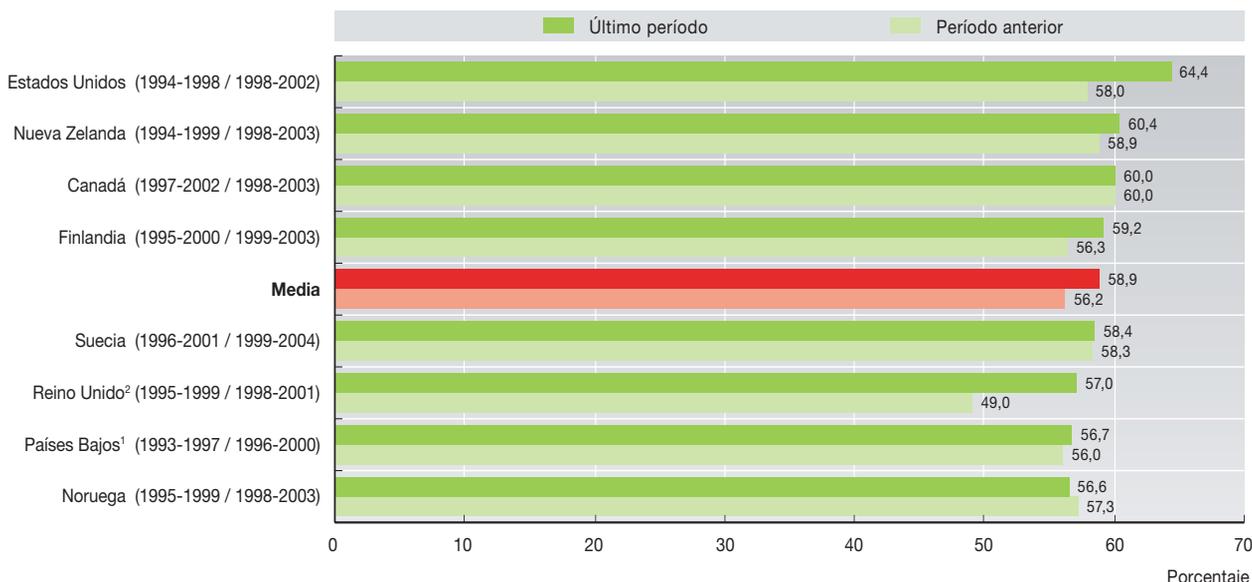
Como se muestra en el cuadro 6.3.1, las tasas de supervivencia relativas a los cinco años, que recogen el exceso de mortalidad que puede atribuirse al diagnóstico de cáncer colorrectal, mejoraron ligeramente en el tiempo en la mayoría de los países. En Estados Unidos se registran tasas especialmente elevadas, en concreto del 64,4 %. Aunque los datos indican la existencia de diferencias importantes en los países que los proporcionan, la comparabilidad se ve limitada en ocasiones a causa de los períodos de notificación diferentes. Por ejemplo, las tasas de supervivencia de Francia y Alemania parecen inferiores a la media de los países que facilitaron sus datos, pero ha de tenerse en cuenta que tales datos son de cinco a ocho años anteriores a los de la mayoría de dichos países.

#### Definición y desviaciones

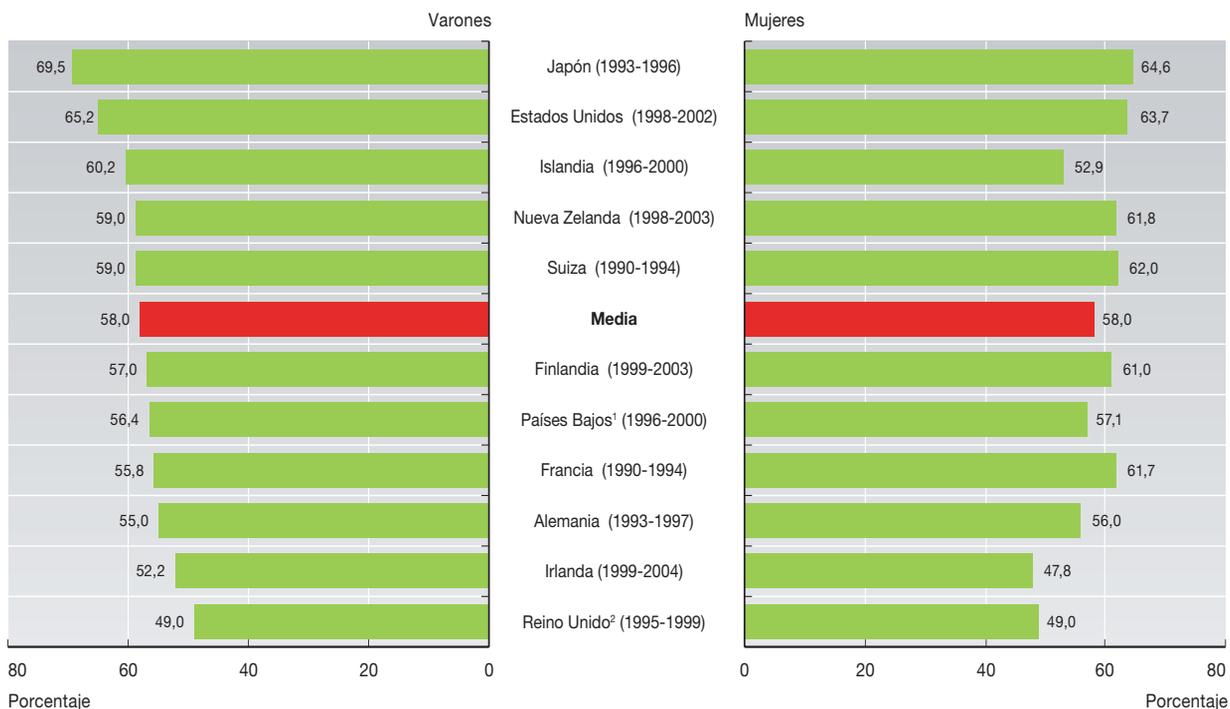
La demora entre el diagnóstico y la muerte en el cáncer se calcula habitualmente en años, mientras que en otras enfermedades como el ictus o el infarto agudo de miocardio tal demora puede contarse en días (si acaso, dado que el diagnóstico y la muerte pueden ser simultáneos). Las tasas de supervivencia relativas en el cáncer reflejan la proporción de pacientes con un determinado tipo de tumor que siguen vivos después de un plazo determinado (habitualmente, cinco años), comparada con un grupo de control formado por personas sanas con una estructura de edades similar. Esto significa que las tasas de supervivencia relativas captan el exceso de mortalidad que puede atribuirse a un diagnóstico. Por ejemplo, una tasa de supervivencia relativa del 80 % no significa que el 80 % de los pacientes con cáncer sigan vivos después de cinco años, sino que el 80 % de los pacientes de los que se esperaba que siguieran vivos después de cinco años, dada su edad en la fecha del diagnóstico, siguen de hecho vivos. Los países utilizan métodos diferentes para calcular tales tasas de supervivencia relativas, lo que puede afectar a los resultados. Proporcionan datos correspondientes a plazos diferentes, lo que puede influir en sus tasas, ya que la supervivencia en el cáncer tiende a mejorar con el tiempo. Las tasas de supervivencia no se ajustan en función del estadio del tumor en la fecha de diagnóstico, lo que imposibilita distinguir el efecto relativo de una detección precoz y un mejor tratamiento. Por último, hay ligeras diferencias en el modo en que los países gestionan los pacientes perdidos para el seguimiento

6.3. SUPERVIVENCIA EN CASO DE CÁNCER COLORRECTAL

6.3.1. Cambios en la tasa de supervivencia del cáncer colorrectal, varones y mujeres en conjunto



6.3.2. Cáncer colorrectal, tasas de supervivencia a los cinco años, según sexo, último período disponible



Nota: En ambos cuadros, las tasas son brutas, excepto en el caso de Francia, que representan las tasas normalizadas por la edad respecto a la población del estudio Eurocare-3. Las diferencias entre las tasas brutas y normalizadas por la edad en los países varían de 2 a 4 puntos.

1. En los Países Bajos, los datos de 1993-1997 se refieren al cáncer rectal. La tasa de supervivencia en el cáncer de colon fue del 60% en el mismo período. Los datos de 1996-2000 se refieren al cáncer colorrectal.
2. Las cifras hacen referencia al cáncer de colon.

Fuente: Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114356157385>

### 6.4. SUPERVIVENCIA Y DETECCIÓN EN EL CÁNCER DE MAMA

#### Importancia de los indicadores

El cáncer de mama es la forma más común de cáncer en las mujeres, con una incidencia a lo largo de la vida de un 11 % y una tasa de mortalidad igualmente a lo largo de la vida de un 3 % (Feuer y cols., 2003). En otras palabras, una de cada nueve mujeres contraerán un cáncer de mama en algún momento de su vida y una de cada 30 fallecerá de esta enfermedad. En general, el gasto ocasionado por el cáncer de mama equivale habitualmente a una proporción del gasto sanitario total que oscila entre el 0,5 % y el 0,6 % (OCDE, 2003a).

El cáncer de mama es una enfermedad en la que la combinación de intervenciones en el ámbito de la salud pública y la mejora de la tecnología médica ha contribuido a un aumento importante de la supervivencia. La mayor sensibilización respecto a la enfermedad y el fomento de las autoexploraciones y las mamografías han propiciado que este tumor se detecte en estadios más tempranos. Aunque el debate sobre el coste-efectividad de las mamografías periódicas no se ha resuelto del todo (Goetzsche y Nielsen, 2006), muchos países han optado por procurar una amplia disponibilidad de las exploraciones de detección. Los avances tecnológicos, como la introducción de una cirugía conservadora de la mama combinada con la radioterapia y del tratamiento adyuvante sistemático con tamoxifeno o quimioterapia han aumentado considerablemente las tasas de supervivencia y la calidad de vida de las supervivientes (Sant y cols., 2001).

#### Validez científica de los indicadores

Numerosos estudios clínicos han demostrado la eficacia de la detección y el tratamiento del cáncer de mama en el aumento de la supervivencia. Sin embargo, también se sabe que los recursos y las pautas asistenciales varían de manera importante entre los distintos países de la OCDE (OCDE, 2003). Se han utilizado las tasas de supervivencia en el cáncer de mama para comparar los países europeos en el estudio EUROCARE (Quinn y cols., 1998), en comparaciones entre dichos países y los Estados Unidos (Gatta y cols., 2000), y en las actividades nacionales de notificación en muchas naciones.

#### Resultados

Como se muestra en el cuadro 6.4.1, siguen habiendo diferencias importantes en las tasas de supervivencia relativas a los cinco años, que recogen el exceso de mortalidad que puede atribuirse al diagnóstico del cáncer de mama en los países de la OCDE. Por ejemplo, en Islandia, la proporción de mujeres con cáncer de mama que vivirán tanto como otras mujeres no afectadas por la enfermedad superará en un 10 % a la proporción equivalente en Irlanda. Por otra parte, las tasas de supervivencia en el cáncer de mama han aumentado en casi todos los países que disponen de algún dato de tendencia (cuadro 6.4.2).

En el cuadro 6.4.3 se muestra que más de la mitad de las mujeres de 50 a 69 años se someten a exploraciones mamográficas anualmente en la mayoría de los países. Los resultados del estudio EUROCARE indican que las mayores tasas de supervivencia suelen registrarse en países con detección precoz (Sant y cols., 2003). Dadas las limitadas series temporales sobre tasas de detección mamográfica, no es posible evaluar la solidez de la relación entre las tasas de detección y las de supervivencia con los datos disponibles actualmente. La disponibilidad de equipos para radioterapia y mamografía no guarda una estrecha relación con las tasas de supervivencia a los cinco años, lo que señala que el proceso asistencial puede ejercer un mayor efecto que la mera infraestructura (cuadro 6.4.4).

Las diferencias nacionales en las prácticas quirúrgicas tampoco parecen estar relacionadas con las tasas de supervivencia. Como se pone de relieve en la tabla A.6.4 del anexo A, en la mayoría de los países las cifras de altas hospitalarias para intervenciones de conservación de la mama duplican aproximadamente las correspondientes a las operaciones de mastectomía radical, sin una clara relación con las tasas de supervivencia. La principal excepción es la de los Estados Unidos, donde el número muy limitado de altas hospitalarias para cirugía de conservación de la mama refleja el hecho de que estas operaciones se lleven a cabo fundamentalmente de manera ambulatoria en dicho país (AHRQ, 2006).

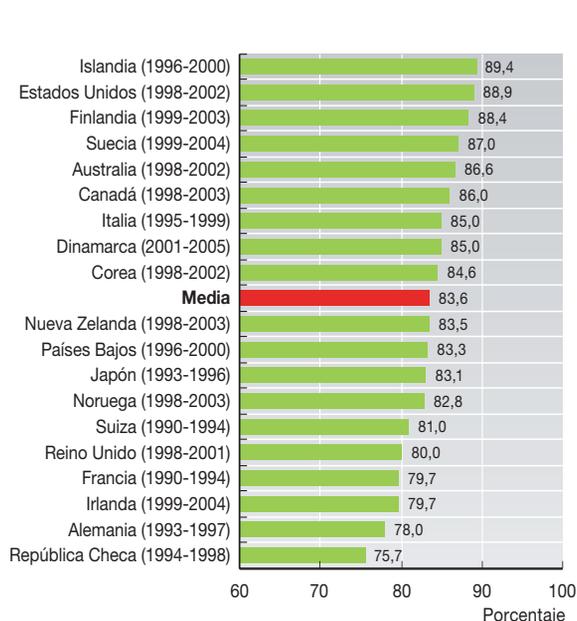
#### Definición y desviaciones

Véanse la definición de tasas de supervivencia relativa y las limitaciones generales de comparabilidad incluidas bajo el indicador 6.3 "Supervivencia en el cáncer colorrectal".

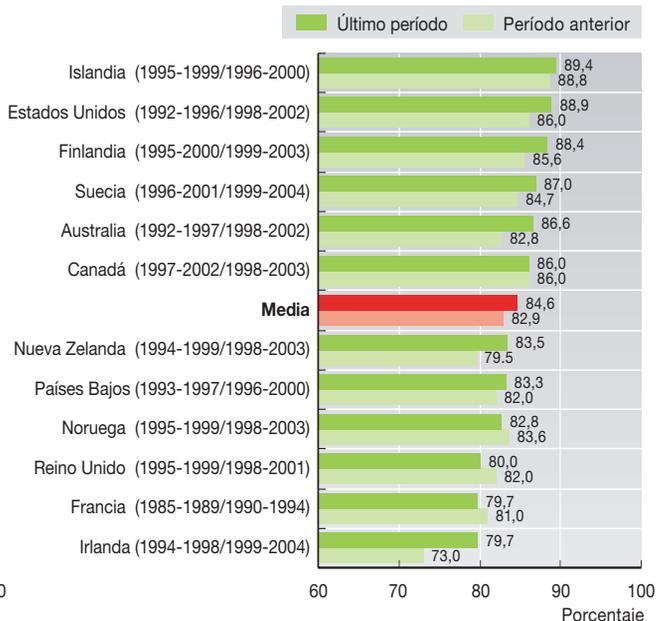
Las tasas de detección mamográfica miden la proporción de mujeres de una edad determinada (en este caso, y en general, de 50 a 69 años) que se han sometido a una mamografía en el ejercicio anterior. Como las políticas sobre grupos de edad destinatarios y periodicidad de la detección difieren entre los distintos países, es posible que las tasas se basen en la política específica de cada país en concreto. Una consideración importante es que algunos países miden las tasas de detección basándose en encuestas, mientras que otros las calculan con arreglo a los datos de programas, lo que puede influir en los resultados. Si un país cuenta con un programa de detección organizado, pero las mujeres reciben asistencia al margen del mismo, cabe la posibilidad de que se subestimen las tasas. Al mismo tiempo, en las encuestas pueden subestimarse las tasas debido al sesgo vinculado a la capacidad de recordar.

6.4. SUPERVIVENCIA Y DETECCIÓN EN EL CÁNCER DE MAMA

6.4.1. Cáncer de mama, tasas de supervivencia relativas a los cinco años, último período disponible

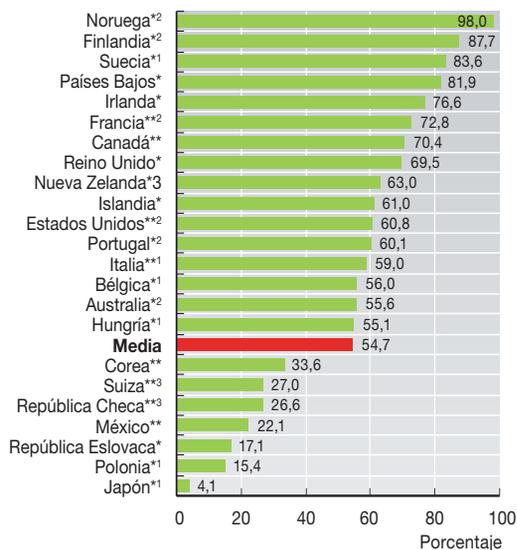


6.4.2. Cuadro 6.4.2. Variación con el tiempo de las tasas de supervivencia relativas a los cinco años en el cáncer de mama

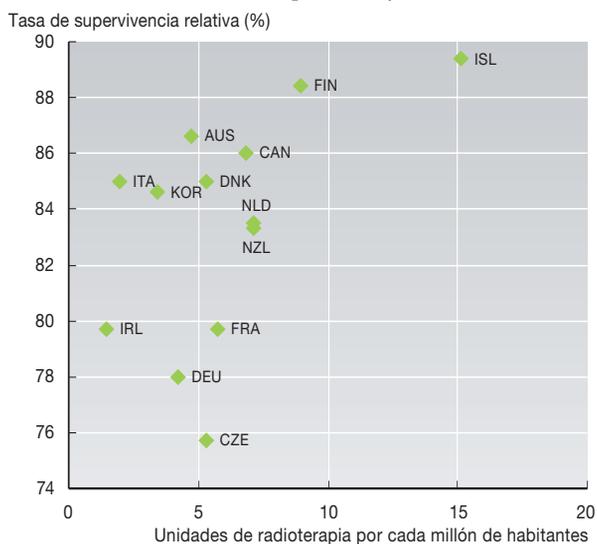


Nota: Las tasas de supervivencia en el cáncer de mama son tasas brutas, excepto en el caso de Francia, que representan las tasas normalizadas por la edad respecto a la población del estudio Eurocare-3. Las diferencias entre las tasas brutas y normalizadas por la edad en los países varían de 2 a 4 puntos.

6.4.3. Detección mamográfica, porcentaje de mujeres de 50 a 69 años que se someten a exploraciones, 2005



6.4.4. Cáncer de mama, tasas de supervivencia relativas a los cinco años y número de unidades de radioterapia (evaluadas dos años antes si había datos disponibles)



\* Datos de programas.  
 \*\* Datos de encuestas  
 1. 2004. 2. 2003. 3. 2002.

Nota: Las cifras de equipos de radiación se refieren a los países y años siguientes: Irlanda, 1981; Francia, 1988; la República Checa y Alemania, 1991; Islandia e Italia, 1993; los Países Bajos, 1994; Australia, Canadá, Finlandia, Corea y Nueva Zelanda, 1996 y Dinamarca, 2000.

Fuente: Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007. Eco-Salud OCDE 2007 (detección mamográfica y unidades de radioterapia)

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114364435748>

### 6.5. SUPERVIVENCIA Y DETECCIÓN EN EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

#### Importancia de los indicadores

Aunque el cáncer de cuello uterino no se encuentra ya entre las formas más comunes de cáncer ni entre las principales causas de muertes de origen oncológico entre las mujeres de los países industrializados, reviste gran interés para los responsables de las políticas sanitarias, ya que se puede prevenir en gran medida. La detección mediante exploraciones pélvicas y citologías vaginales periódicas permite identificar lesiones premalignas que pueden tratarse eficazmente. La detección regular también aumenta las probabilidades de diagnosticar etapas incipientes de la neoplasia maligna manifiesta, lo que mejora la supervivencia y permite la aplicación de tratamientos curativos sin extirpar totalmente el útero (Gatta y cols., 1998b). Los países de la OCDE han instituido programas de detección, pero la periodicidad y los grupos destinatarios varían. Además, el descubrimiento de que ciertas formas del virus del papiloma humano causan cáncer cervical ha impulsado el desarrollo de vacunas prometedoras para la prevención del cáncer (Harper, 2006). Esto tendría repercusiones importantes, sobre todo en entornos carentes de recursos en los que el mantenimiento de programas de detección exhaustivos plantea dificultades.

#### Validez científica de los indicadores

Numerosos estudios clínicos han demostrado de manera concluyente la eficacia de la detección y el tratamiento del cáncer de cuello uterino en el aumento de la supervivencia. Sin embargo, también se sabe que los recursos y las pautas asistenciales varían considerablemente entre los distintos países de la OCDE (OCDE, 2003a). Así pues, la medición y la comparación de las tasas de supervivencia pueden servir para conocer mejor la eficacia de los diferentes sistemas sanitarios. Se han

utilizado las tasas de supervivencia en el cáncer cervical para comparar los países europeos en el estudio EURO-CARE (Gatta y cols., 1998b) y dichos países y los Estados Unidos (Gatta y cols., 2000), y en las actividades nacionales de notificación en numerosos países.

#### Resultados

Como se muestra en el cuadro 6.5.1, las tasas de supervivencia relativa a los cinco años que recogen el exceso de mortalidad que puede atribuirse al diagnóstico de cáncer de cuello uterino muestran diferencias importantes en los países que facilitaron datos al respecto.

Datos longitudinales de Australia (Taylor y cols., 2001) y del Reino Unido (Peto y cols., 2004) han demostrado la existencia de un efecto importante de los programas de detección en las tasas de supervivencia en el cáncer de cuello uterino. En el cuadro 6.5.3 se muestra que la mayoría de las mujeres en la mayor parte de los países de la OCDE se había sometido a exploraciones para la detección del cáncer cervical en los tres años previos al estudio. Puede parecer que los programas de detección eficaces empeoran las tasas de supervivencia, ya que estas exploraciones hacen posible una detección precoz y un tratamiento específico de las lesiones precancerosas que, posiblemente, no se consignen en los registros oncológicos. Así, los casos que se registran representarían mayoritariamente las formas más agresivas de este tipo de cáncer, motivando un descenso aparente de las tasas de supervivencia.

Aunque los países con las mayores tasas de supervivencia (como Nueva Zelanda e Islandia) suelen declarar tasas de detección elevadas, Japón, con la menor tasa de detección consignada (23,7 %), y los Estados Unidos, con la más alta (82,6 %), presentan tasas de supervivencia similares.

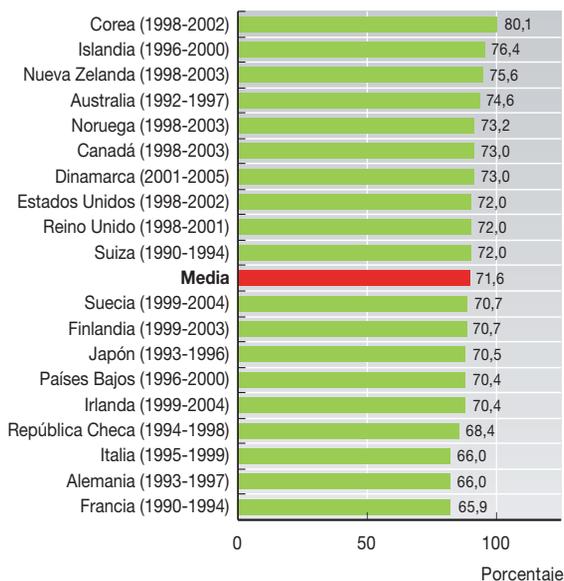
#### Definición y desviaciones

Véanse la definición de tasas de supervivencia relativa y las limitaciones generales de comparabilidad incluidas en el apartado sobre el indicador 6.3 "Supervivencia en el cáncer colorrectal".

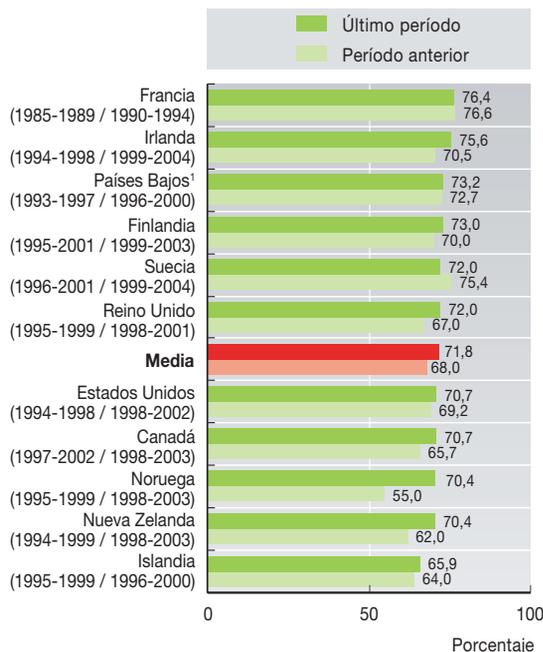
Las tasas de detección del cáncer de cuello uterino reflejan la proporción de mujeres de una edad determinada (en este caso, y en general, de 20 a 69 años) que se han sometido a una exploración en un plazo específico (normalmente, tres años). Sin embargo, como las políticas sobre grupos de edad y periodicidad de la detección difieren entre los distintos países, es posible que las tasas se basen en la política específica de cada país en concreto. Una consideración importante es que algunos países miden la detección basándose en encuestas, mientras que otros las calculan con arreglo a los datos de programas, lo que puede influir en los resultados. Si un país cuenta con un programa de detección organizado, pero las mujeres reciben asistencia al margen del mismo, cabe la posibilidad de que se subestimen las tasas. Al mismo tiempo, en las encuestas pueden subestimarse las tasas debido al sesgo vinculado a la capacidad de recordar.

6.5. SUPERVIVENCIA Y DETECCIÓN EN EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

6.5.1. Cáncer de cuello uterino, tasas de supervivencia relativas a los cinco años, último período disponible



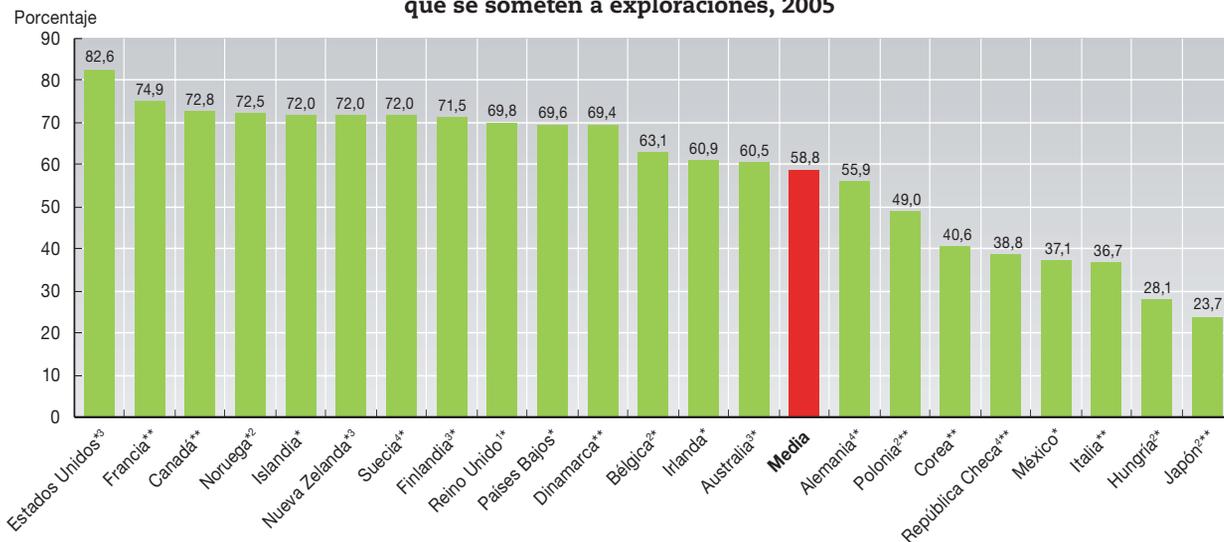
6.5.2. Variación de las tasas de supervivencia relativas en el cáncer de cuello uterino



Nota: Estas tasas son brutas, excepto en el caso de Francia, que representan las tasas normalizadas por la edad respecto a la población del estudio Eurocare-3. Las diferencias entre las tasas brutas y normalizadas por la edad en los países varían de 2 a 4 puntos.

1. En los Países Bajos, los datos de 1993-1997 se refieren a personas mayores de 60 años. La tasa de supervivencia relativa de las mujeres menores de 60 años fue del 76%.

6.5.3. Tasas de detección sistemática del cáncer de cuello uterino, porcentaje de mujeres de 20 a 69 años que se someten a exploraciones, 2005



\* Datos de programa.

\*\* Datos de encuestas.

1. 2006. 2. 2004. 3. 2003. 4. 2002.

Fuente: Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007. Eco-Salud OCDE 2007 (detección del cáncer de cuello uterino)

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114387285660>

### 6.6. TASA DE INGRESOS HOSPITALARIOS EVITABLES Y DE MORTALIDAD EN EL ASMA

#### Importancia de los indicadores

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, con una prevalencia creciente en los últimos decenios. Los estudios realizados indican que, en realidad, el asma podría consistir en un conjunto de trastornos diferentes con síntomas similares (Wenzel, 2006). El asma es una enfermedad tratable mediante una atención médica apropiada.

En 2002, el coste anual estimado del tratamiento del asma en los Estados Unidos ascendió a 14.000 millones de dólares, y se dedicó a la atención hospitalaria de la enfermedad casi un tercio de los costes directos (NHLBI, 2002). Los cálculos correspondientes a la Unión Europea arrojan una cifra de costes médicos anuales de 17.700 millones de euros y unas pérdidas de productividad por un valor de 9.800 millones de euros (ERS, 2003). El coste de los tratamientos del asma equivale a cerca del 2 % del gasto anual en atención médica en Japón (Tanihara y Kobayashi, 2004).

#### Validez científica de los indicadores

La atención primaria debe ser capaz de tratar con efectividad el asma, tanto en adultos como en niños. El tratamiento con antiinflamatorios, como los corticosteroides inhalados y los inhibidores de los leucotrienos, son capaces en buena medida de prevenir las exacerbaciones y, cuando éstas ocurren, los corticosteroides sistémicos y los broncodilatadores deben evitar toda necesidad de hospitalización. Aunque los protocolos y las directrices vigentes proporcionan pautas inequívocas para el tratamiento del asma, los estudios disponibles indican que, a menudo, el tratamiento dista de proporcionar la atención recomendada (Mattke y cols., 2006; Halterman, 2001; y AAFA, 2005).

Como consecuencia de un tratamiento insuficiente, es posible que los pacientes con asma tengan que ingresar en el hospital. Las tasas de ingresos por asma, así

como las de mortalidad por esta enfermedad, se han utilizado para evaluar la calidad de la asistencia. Por ejemplo, el *National Health Service* del Reino Unido ha designado las altas por asma como un indicador de rendimiento de alto nivel, y las tasas de ingreso, tanto pediátricas como de adultos, forman parte del *US National Health Care Quality Report* (AHRQ, 2006). Las tasas de mortalidad por asma se han utilizado como indicador para evaluar la calidad de la atención y comparar sistemas sanitarios en la Comunidad Europea, el Reino Unido, Australia y otros países (Charlton y cols., 1983; Holland y cols., 1997; Manuel y Mao, 2002; AIHW, 2003).

#### Resultados

En el cuadro 6.6.2 se muestra que las tasas de ingreso hospitalario por asma varían considerablemente entre los distintos países de la OCDE. El promedio de ingresos hospitalarios por asma en un año equivale a 6 de cada 10.000 adultos, si bien existe una amplia variabilidad entre países. Se registran tasas relativamente elevadas en Finlandia (13) y los Estados Unidos (12), mientras que las tasas inferiores se dan en México (2) y Suecia (3).

En el cuadro 6.6.1 se refiere la existencia de una considerable variación en las tasas de mortalidad por asma entre los diversos países. El valor máximo se registra en el Reino Unido y Australia, y el inferior en Islandia, Finlandia y Suiza. Las cifras son acordes con los datos consignados por el proyecto GINA, que han puesto de relieve una elevada prevalencia del asma en Norteamérica, el Reino Unido, Irlanda, Australia y Nueva Zelanda (Massoli y cols., 2004). Los datos de tendencia muestran una mejora general, con las excepciones de Canadá y Suecia, donde, sin embargo, las tasas de mortalidad siguen siendo relativamente bajas.

En general, existe una correlación entre las tasas de ingresos hospitalarios por asma y las de mortalidad por esta enfermedad, como se muestra en el cuadro 6.6.3.

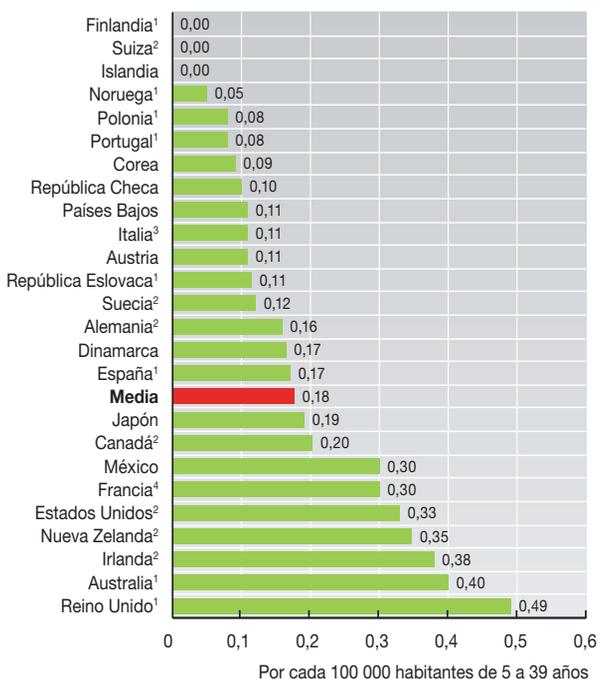
#### Definición y desviaciones

La tasa de mortalidad por asma se define como el número de muertes por cada 100.000 habitantes y año en el grupo de personas de 5 a 39 años de edad. Las tasas en países poco poblados deben considerarse con precaución porque las muertes por asma son relativamente infrecuentes, lo que puede dar lugar a tasas interanuales inestables. Como las causas de las muertes se obtienen de los certificados de defunción, las imprecisiones de codificación pueden afectar a los resultados. En cualquier caso, los análisis iniciales ponen de relieve que no hay indicios de diferencias sistemáticas en la codificación entre los países que facilitan datos al respecto (Mattke y cols., 2006). Aunque las tasas de mortalidad por asma se vean influidas por las diferencias en la prevalencia de la enfermedad, el supuesto que subyace a este indicador es que, dadas las opciones de tratamiento actuales, no debe producirse ningún fallecimiento por asma a edades tempranas.

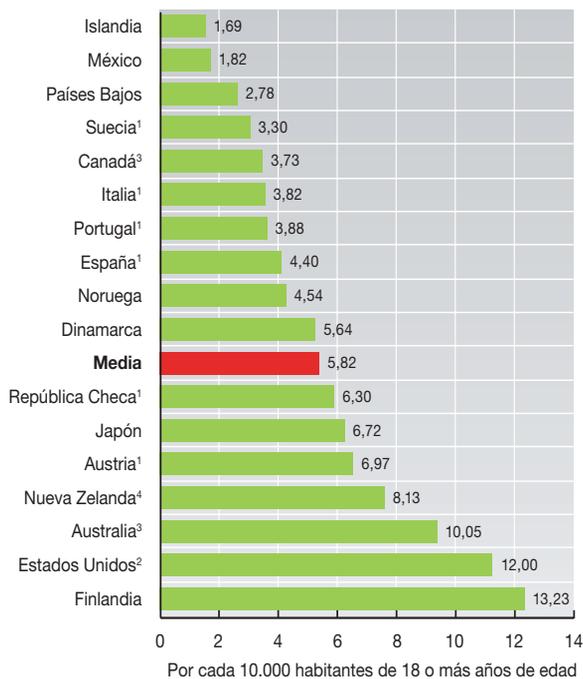
La tasa de ingresos hospitalarios por asma se define como el número de ingresos hospitalarios de personas de 18 o más años de edad por cada 10.000 habitantes de ese grupo de edad, cada año. La comparabilidad puede verse limitada por las diferencias en las prácticas de codificación entre países. Aunque las tasas de ingresos por asma se vean influidas por las diferencias en la prevalencia de la enfermedad, el supuesto que subyace a este indicador es que, dadas las opciones de tratamiento actuales para prevenir las exacerbaciones agudas, ningún ingreso hospitalario debería ser necesario.

## 6.6. TASA DE INGRESOS HOSPITALARIOS EVITABLES Y DE MORTALIDAD EN EL ASMA

6.6.1. Tasas de mortalidad por asma, por cada 100 000 habitantes de 5 a 39 años de edad, 2005



6.6.2. Tasas de ingresos por asma en adultos, por cada 10 000 habitantes de 18 o más años de edad, 2005



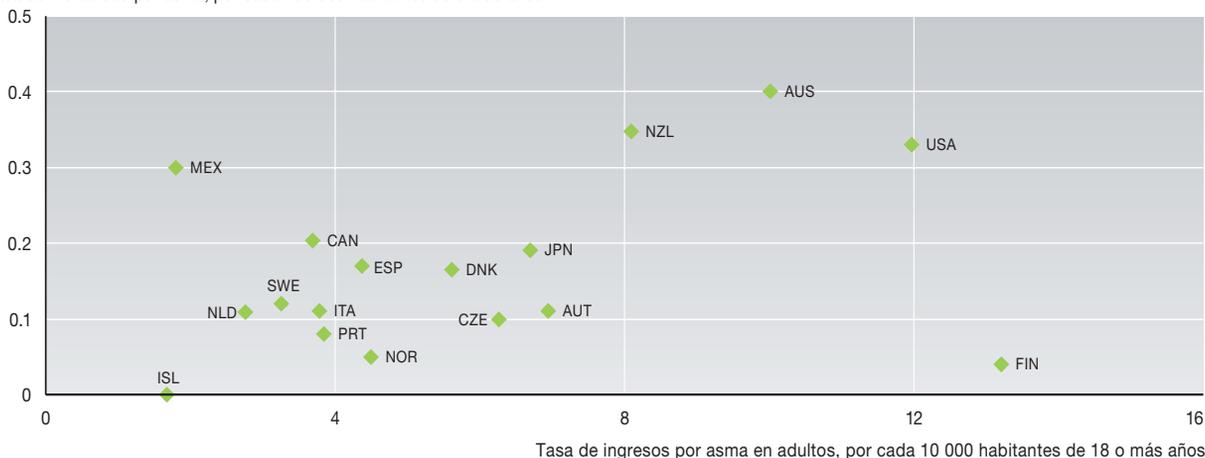
1. 2004. 2. 2003. 3. 2002. 4. 2001.

1. 2004. 2. 2002. 3. 2004-05. 4. 2005-06.

Fuente: Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007.

6.6.3. Tasas de mortalidad por asma, población de 5 a 39 años, y tasas de ingresos por asma en adultos, población de 18 o más años, 2005

Tasa de mortalidad por asma, por cada 100 000 habitantes de 5 a 39 años



Nota: Véanse los dos cuadros anteriores para consultar los años de los datos de cada país.

Fuente: Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114402175055>

### 6.7. EXPLORACIONES OCULARES ANUALES EN DIABÉTICOS

#### Importancia del indicador

La diabetes se ha convertido en uno de los problemas más importantes en materia de salud pública en el siglo XXI. Más de 150 millones de adultos padecen la enfermedad en todo el mundo, y se prevé que tal cifra se duplique en los próximos 25 años (King y cols., 1998; Zimmer y cols., 2001). Este aumento se ve alimentado en gran medida por el incremento de la obesidad (véase el indicador 3.3 “Sobrepeso y obesidad”). La epidemia de diabetes requiere que se dediquen recursos al tratamiento de la enfermedad y de sus complicaciones. La diabetes constituye la causa principal de ceguera en los países industrializados (Ghafour y cols., 1983) y el motivo más común de nefropatía terminal en los Estados Unidos, Europa y Japón (véase el indicador 4.12 “Tratamiento de la insuficiencia renal”). Las personas con diabetes de tipo 2 se exponen a un riesgo de enfermedad cardiovascular dos a cuatro veces superior al de las personas que no padecen diabetes (Haffner, 2000). Las amputaciones no traumáticas son 15 veces más frecuentes en los pacientes diabéticos que entre la población en general (Ollendorf y cols., 1998). Aunque los avances médicos recientes han reducido la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los países de la OCDE, tal tendencia positiva no se ha documentado en el caso de los pacientes con diabetes, lo que indica que dichos avances pueden resultar menos eficaces entre los diabéticos (Gu y cols., 1999).

En 2002, el coste de la diabetes en los Estados Unidos fue de 92.000 millones de dólares en gastos médicos y de 40.000 millones de dólares en pérdida de productividad (ADA, 2003). De acuerdo con las previsiones a cargo de la Federación Internacional de la Diabetes, los países dedicarán del 7 % al 13 % de sus presupuestos para atención sanitaria al tratamiento de la diabetes en 2025 (IDF, 2003).

Gran parte de la carga de la diabetes podría reducirse si el conocimiento médico existente se tradujera mejor en tratamiento y prevención secundaria. Hay datos fundados que acreditan que las modificaciones de los hábitos de vida, como el adelgazamiento y el aumento de la actividad física, pueden prevenir esta enfer-

medad en personas de alto riesgo (Tuomilehto y cols., 2001). Está demostrado que la mejora del control de la glucemia reduce el daño orgánico y las complicaciones vasculares con el tiempo (Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1996). Los datos existentes acreditan asimismo que estas medidas pueden reducir los costes en el plazo de 1 a 2 años (Wagner y cols., 2001). En cualquier caso, los datos empíricos ponen de relieve que tales prácticas se encuentran infrutilizadas (McGlynn y cols., 2003).

#### Validez científica del indicador

Se han realizado grandes avances en el desarrollo, la especificación y la comprobación sobre el terreno de las medidas de la calidad de la atención para la diabetes en los Estados Unidos (Fleming y cols., 2001; NDQIA, 2005). Se han emprendido iniciativas paralelas en Italia (Pellegrini y cols., 2003) y por parte del grupo de investigación CODE-2 en ocho países europeos (Jonsson, 2002). Dada la frecuencia de las complicaciones oftalmológicas de la diabetes, las exploraciones oculares anuales constituyen una de las prácticas más sencillas y universalmente aceptadas de atención de los diabéticos. Así pues, tales exploraciones constituyen uno de los indicadores de proceso de la calidad de la atención recomendados para la comparación de la asistencia prestada en la diabetes a escala internacional (Greenfield y cols., 2004).

#### Resultados

En el cuadro 6.7.1 se muestra que poco más de la mitad de los pacientes diabéticos de los países que facilitan datos al respecto se someten a exploraciones oculares anuales, si bien hay grandes variaciones entre países. Incluso en el Reino Unido, país de mejores resultados en lo que atañe a dicha medida, casi una sexta parte de los diabéticos no se someten a esta prueba sencilla y beneficiosa. Como se describe en el cuadro 6.7.2, no hay una estrecha correlación entre las tasas de exploración y los cálculos de la prevalencia. Por ejemplo, Alemania, que presenta la prevalencia declarada más alta (en torno al 10 %), registra una tasa de exploraciones oculares situada en torno a la media.

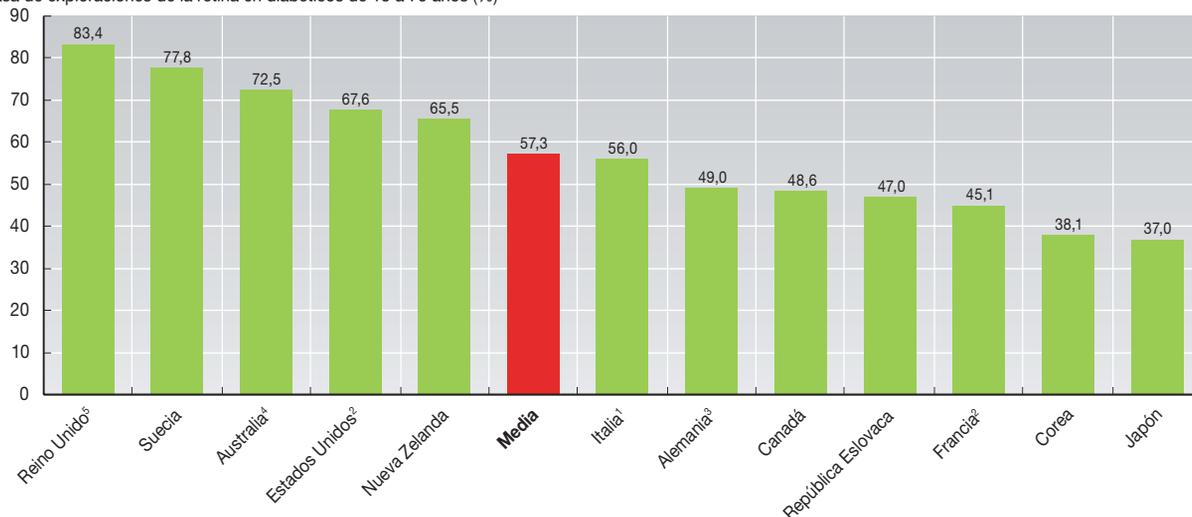
#### Definición y desviaciones

La tasa de exploraciones oculares anuales en pacientes con diabetes de tipo 1 y 2 indica la proporción de los mismos que se somete a una exploración ocular exhaustiva en un año determinado. Una consideración importante es que algunos países miden las exploraciones basándose en encuestas, mientras que otros las calculan con arreglo a los datos de las consultas directas, lo que puede influir en los resultados. Los países utilizan métodos diferentes para determinar la cifra de diabéticos elegibles. Algunos países utilizan pruebas de laboratorio de muestras representativas, otros confían en los datos de las encuestas y otros, en la información sobre diagnósticos documentados basada en las consultas directas efectuadas en el marco del sistema sanitario. Estos métodos dispares pueden influir en el denominador del indicador y, por tanto, en los resultados. Por último, algunos países no utilizan muestras representativas a escala nacional para estimar dicho indicador, y la tasa nacional real puede diferir de la facilitada.

6.7. EXPLORACIONES OCULARES ANUALES EN DIABÉTICOS

6.7.1. Exploraciones de la retina en diabéticos de 18 a 75 años, 2005

Tasa de exploraciones de la retina en diabéticos de 18 a 75 años (%)

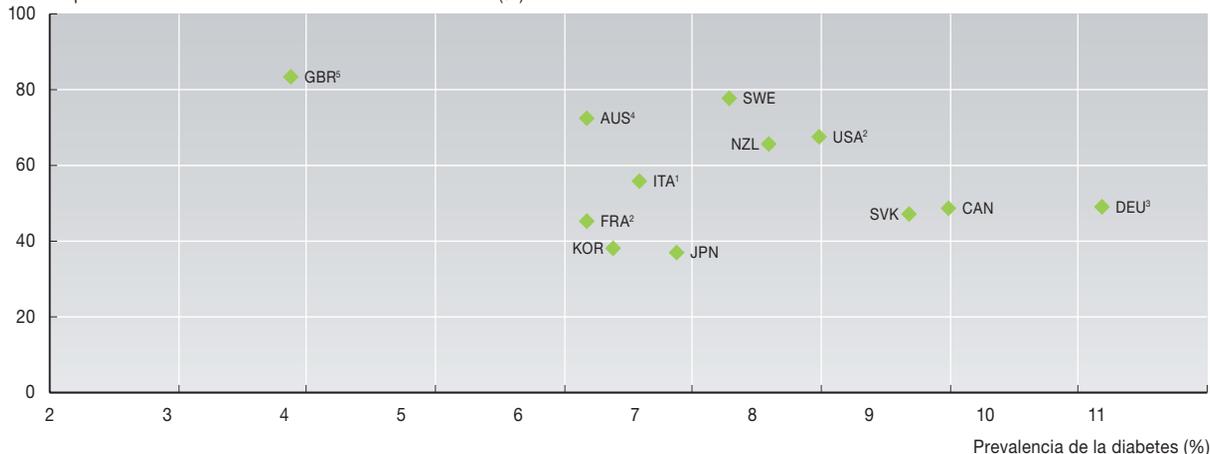


Nota: La cifra de Italia se refiere a pacientes diabéticos que acuden a centros especializados (se estima el 60% de la población diabética total).

1. 2003. 2. 2002. 3. 1998. 4. 1999-2000. 5. 2004-05.

6.7.2. Exploraciones de la retina en diabéticos, 2005 (o último ejercicio disponible), y prevalencia de la diabetes, 2003

Tasa de exploraciones de la retina en diabéticos de 18 a 75 años (%)



Nota respecto a las exploraciones de retina: la cifra de Italia se refiere a pacientes diabéticos que acuden a clínicas especializadas (se estima el 60% de la población diabética total).

1. 2003. 2. 2002. 3. 1998. 4. 1999-2000. 5. 2004-05.

Fuente: Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007. Los cálculos de la prevalencia de la diabetes se han obtenido de la Federación Internacional de la Diabetes (2003), International Diabetes Federation (2003); Diabetes Atlas, 2nd edition

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114425350130>

### 6.8. VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA

#### Importancia del indicador

La gripe es una enfermedad infecciosa frecuente en todo el mundo y afecta a personas de todas las edades. Se calcula que, cada año, se producen 20 a 30 millones de casos de gripe en los Estados Unidos (CDC, 2006). La mayoría de las personas que la padecen se recuperan con rapidez, pero las de edad avanzada y las que padecen trastornos médicos crónicos tienen mayor riesgo de complicaciones e, incluso, de fallecer. Entre 1979 y 2001, la gripe causó 54.000 a 430.000 hospitalizaciones por epidemia y un promedio de 36.000 muertes por año en los Estados Unidos (CDC, 2006).

La repercusión de la gripe en la población empleada es importante, aun cuando la mayor morbimortalidad por gripe se da entre las personas de edad avanzada y las que padecen trastornos crónicos (Keech y cols., 1998). Las cepas especialmente virulentas del virus, similares al subtipo H5N1 de la gripe aviar, pueden provocar pandemias con una repercusión mucho mayor.

#### Validez científica del indicador

La vacunación contra la gripe en personas de edad avanzada se ha ido extendiendo progresivamente en los países de la OCDE en el último decenio como una forma de prevenir la enfermedad, la hospitalización y la mortalidad en este grupo de población, que tiene un mayor riesgo de padecer complicaciones graves de la gripe. La vacunación antigripal para personas de edad avanzada y pacientes con trastornos crónicos se recomienda encarecidamente en Europa, los Estados Unidos y otros países (Nicholson, 1995).

#### Resultados

La vacunación antigripal entre las personas de edad avanzada se ha generalizado a lo largo del pasado decenio, y la tasa media de un grupo uniforme de países se ha elevado del 50 % en 1996 al 60 % en 2005 (cuadro 6.8.2). Las tasas de vacunación durante dicho período aumentaron en todos los países que facilitaron datos al respecto, con la excepción de la República Eslovaca. En Dinamarca y Finlandia, donde las tasas solían ser bajas, se duplicaron entre 2001/2002 y 2005. Varios factores han contribuido al incremento de las tasas de vacunación contra la gripe en los países de la OCDE, entre los que figuran los siguientes: mayor aceptación de los servicios sanitarios preventivos por parte de los pacientes y los médicos, mejora de la cobertura de los seguros públicos respecto a tales vacunas y una ampliación en la prestación de estos servicios por parte de profesionales sanitarios distintos de los médicos (Singleton y cols., 2000). En Finlandia, uno de los factores principales que subyace al gran aumento experimentado en los últimos años ha sido un cambio en el derecho a la vacunación gratuita que ha pasado de estar limitado a los pacientes con enfermedades crónicas a cubrir a todas las personas mayores de 65 años de edad.

Es posible que aún deban superarse varias barreras si los países desean seguir aumentando los índices de cobertura. En los Estados Unidos, las razones que las personas de edad avanzada citan con mayor frecuencia para no vacunarse contra la gripe son, en primer lugar, la ignorancia respecto a la necesidad de tal vacuna y, en segundo, la preocupación por el hecho de que la vacunación pueda originar la propia enfermedad o efectos secundarios (CDC, 2004). La escasez o la ausencia de vacunas pueden constituir asimismo razones importantes de la falta de vacunación en los Estados Unidos y en otros países en un año determinado.

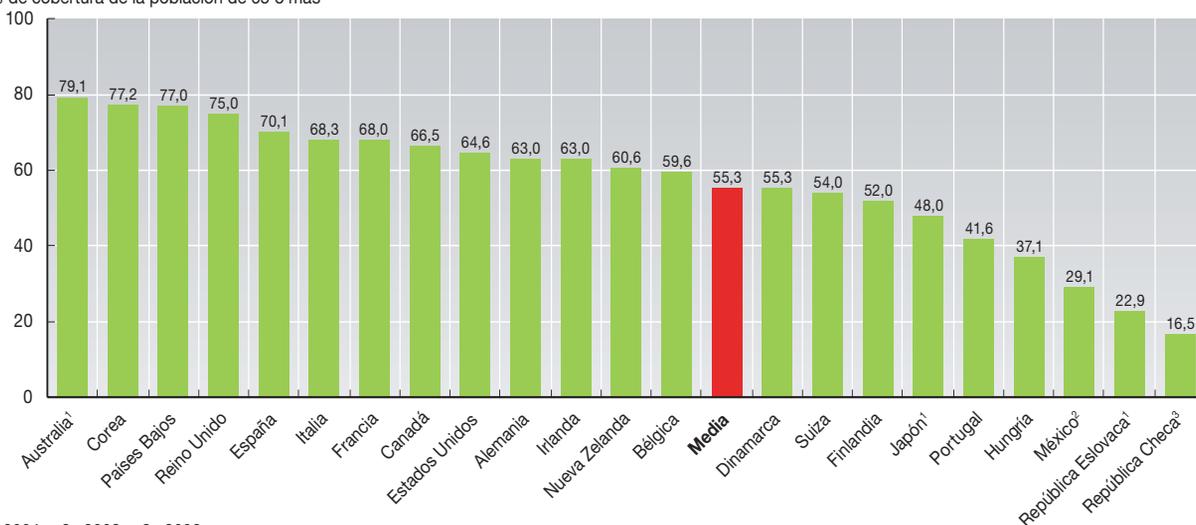
#### Definición y desviaciones

La tasa de vacunación contra la gripe se refiere al número de personas de 65 o más años de edad que reciben anualmente la vacuna antigripal dividido por la población total de más de 65 años. La principal limitación en cuanto a la comparabilidad de los datos se deriva del uso de fuentes diferentes, susceptibles de distintos tipos de errores y sesgos. En muchos países, los datos proceden de encuestas de población, que pueden sufrir los efectos de los fallos de memoria. En ciertos países, los datos de las encuestas pueden excluir asimismo a la población residente en centros asistenciales. En algunos países, los datos proceden de fuentes administrativas, y es posible que sólo se recojan las vacunaciones realizadas en el marco del sistema de pago que cubren dichos datos. Se desconoce en qué medida el uso de datos administrativos en ciertos países puede originar un sesgo a la baja (o al alza) de las tasas de vacunación consignadas en comparación con las de los países que utilizan datos de encuestas.

6.8. VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA

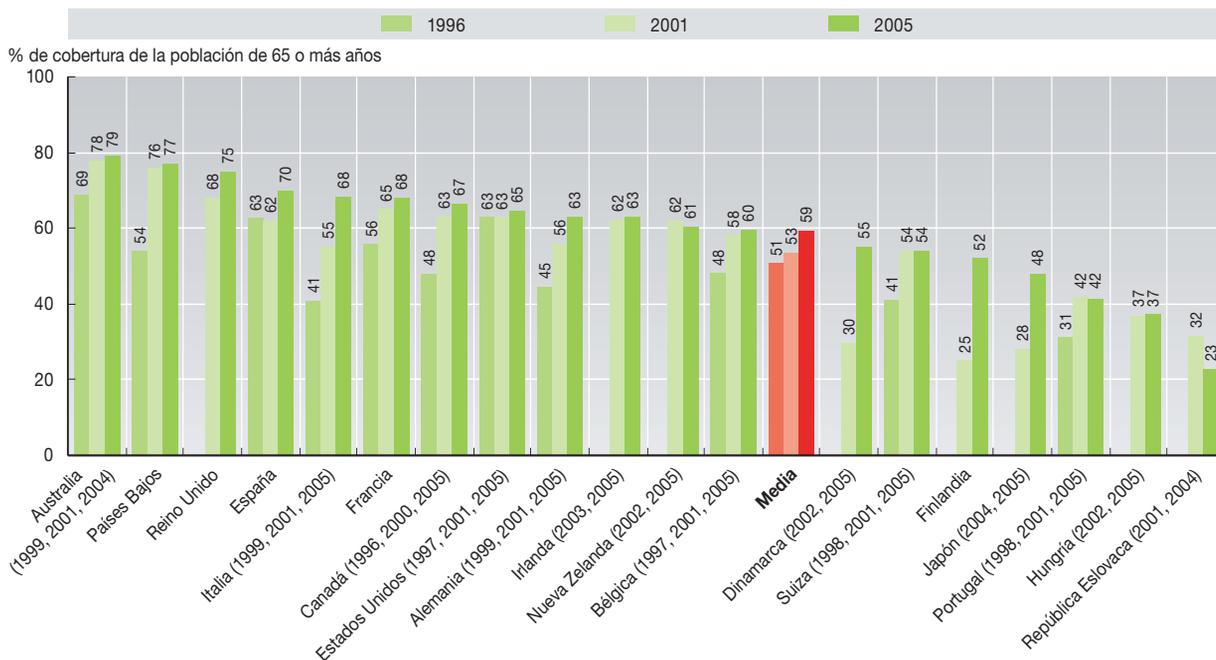
6.8.1. Cobertura de la vacunación contra la gripe entre las personas de 65 o más años de edad, 2005

% de cobertura de la población de 65 o más



1. 2004. 2. 2003. 3. 2002.

6.8.2. Crecimiento de las tasas de vacunación contra la gripe entre las personas de 65 o más años de edad, de 1996 a 2005



Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114441560660>

### 6.9. PROGRAMAS DE VACUNACIÓN INFANTIL

#### Importancia de los indicadores

La vacunación infantil sigue constituyendo una de las intervenciones más coste-efectivas en materia de política sanitaria. Todos los países de la OCDE han instituido programas generales de vacunación, con una expansión continua. Mediante la vacunación generalizada, la poliomielitis y la difteria han sido prácticamente erradicadas como enfermedades infantiles en toda la OCDE. En el conjunto de Europa, la adopción gradual de la vacunación contra el sarampión ha motivado que su incidencia sea unas diez veces menor que a principios del decenio de 1990.

#### Validez científica de los indicadores

Todos los países de la OCDE y, en algunos casos, las jurisdicciones subnacionales, han establecido programas de vacunación basados en su interpretación de los riesgos y los beneficios de cada vacuna. La vacunación contra la tos ferina (a menudo administrada en combinación con las vacunas contra la difteria y el tétanos) y el sarampión forma parte de casi todos los programas, y en los estudios de los datos que acreditan la eficacia de las vacunas contra estas enfermedades se ha concluido que las vacunas respectivas son muy eficaces.

#### Resultados

Los datos indican que las tasas globales de vacunación infantil contra la tos ferina y el sarampión son altas en los países de la OCDE (cuadros 6.9.1 y 6.9.2, izquierda). Como promedio, más del 80 % de los niños reciben las vacunas recomendadas, y las tasas suelen superar sobradamente el 90 %. Las excepciones son Canadá en

el caso de la vacunación contra la tos ferina, con una tasa inferior al 80 % en 2004, y Austria, con sólo un 75 % de los niños vacunados contra el sarampión en 2004.

En general, las tasas de vacunación contra el sarampión tienden a ser inferiores que contra la tos ferina en numerosos países. Es probable que este hecho esté relacionado con la preocupación respecto a la posibilidad de que la vacuna contra el sarampión se encuentre vinculada al autismo, aún cuando no existen pruebas que acrediten tal asociación (Demicheli y cols., 2005). En 2006, las tasas de vacunación reducidas resultantes provocaron en el Reino Unido el brote de sarampión más grave de los últimos 20 años, con la primera muerte en 14 años (BBC, 2006). Como se muestra en el cuadro 6.9.2 (a la derecha), otros países como Irlanda, Francia, Japón, Italia y Suiza han experimentado brotes similares. Tal evolución constituye un motivo de gran preocupación, ya que el sarampión es la más peligrosa de las enfermedades infantiles, y sumamente contagiosa. Estos datos pueden apuntar a la necesidad de volver a subrayar la importancia de la vacunación contra el sarampión en dichos países.

En cualquier caso, la ejecución con éxito de los programas de vacunación infantil ha eliminado en gran medida las enfermedades establecidas como objetivo en los países de la OCDE, como se ilustra en los cuadros 6.9.1 y 6.9.2 (derecha). La tos ferina se ha convertido asimismo en una enfermedad infrecuente en la mayoría de países de la OCDE. Sin embargo, la variación en las tasas declaradas es muy superior a la del caso del sarampión. Asimismo, la incidencia de la tos ferina no parece estar estrechamente relacionada con las tasas de vacunación, puesto que Noruega, por ejemplo, declaró 120 casos por cada 100.000 habitantes, a pesar de una tasa de vacunación elevada, superior al 90 %.

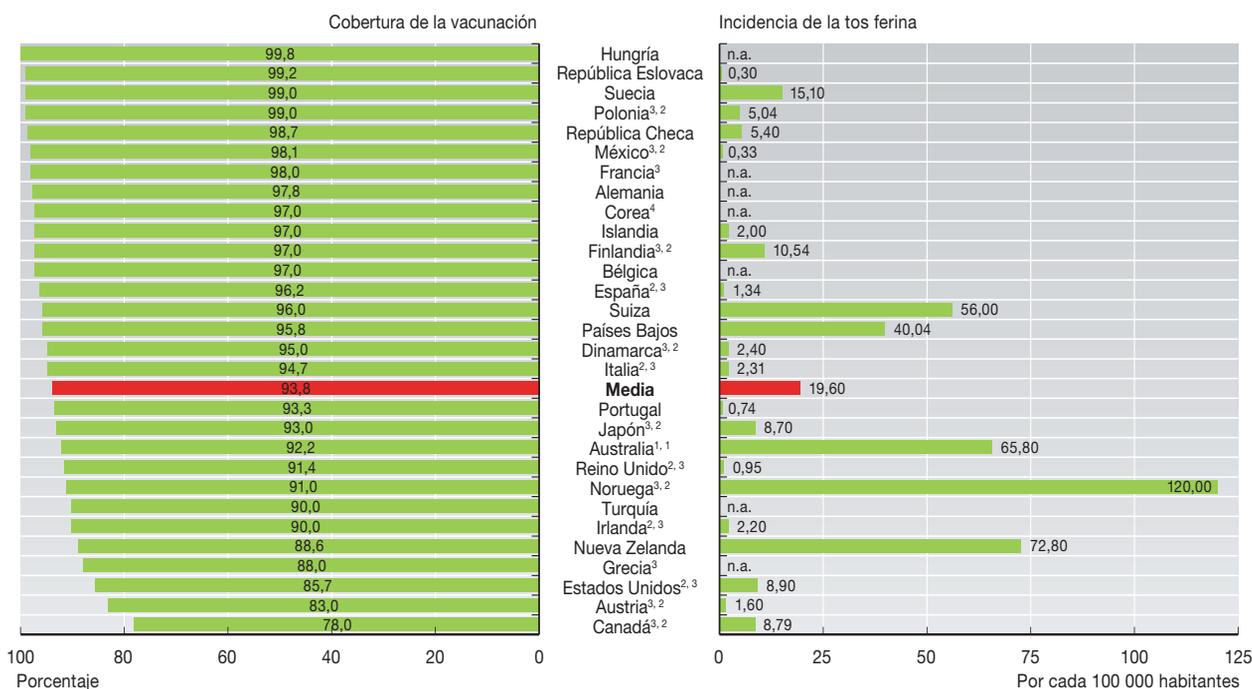
#### Definición y desviaciones

Las tasas de vacunación reflejan el porcentaje de la población que recibe las vacunas respectivas en el plazo recomendado. Las políticas de vacunación infantil difieren ligeramente entre países. Así, este indicador se basa en la política real aplicada en cada país (o jurisdicción subnacional). Algunos países determinan las vacunaciones en función de encuestas y otros se basan en los datos de las consultas directas, lo que puede influir en los resultados.

La incidencia de enfermedades evitables mediante vacunación (tos ferina y sarampión) mide el número de casos declarados por cada 100.000 habitantes. Las tasas en países poco poblados deben considerarse con precaución, dado que los casos son infrecuentes y pueden dar lugar a tasas interanuales inestables. Por otra parte, las prácticas de registro difieren entre los países en lo que atañe al carácter obligatorio o voluntario del mismo, y a la obligación de declarar los casos presuntos, o únicamente los confirmados. En cualquier caso, los análisis iniciales indican la inexistencia de diferencias sistemáticas en la incidencia de enfermedades evitables mediante vacunación basadas en los requisitos de registro de cada país, aunque se necesitan nuevos estudios al respecto (Mattke y cols., 2006).

6.9. PROGRAMAS DE VACUNACIÓN INFANTIL

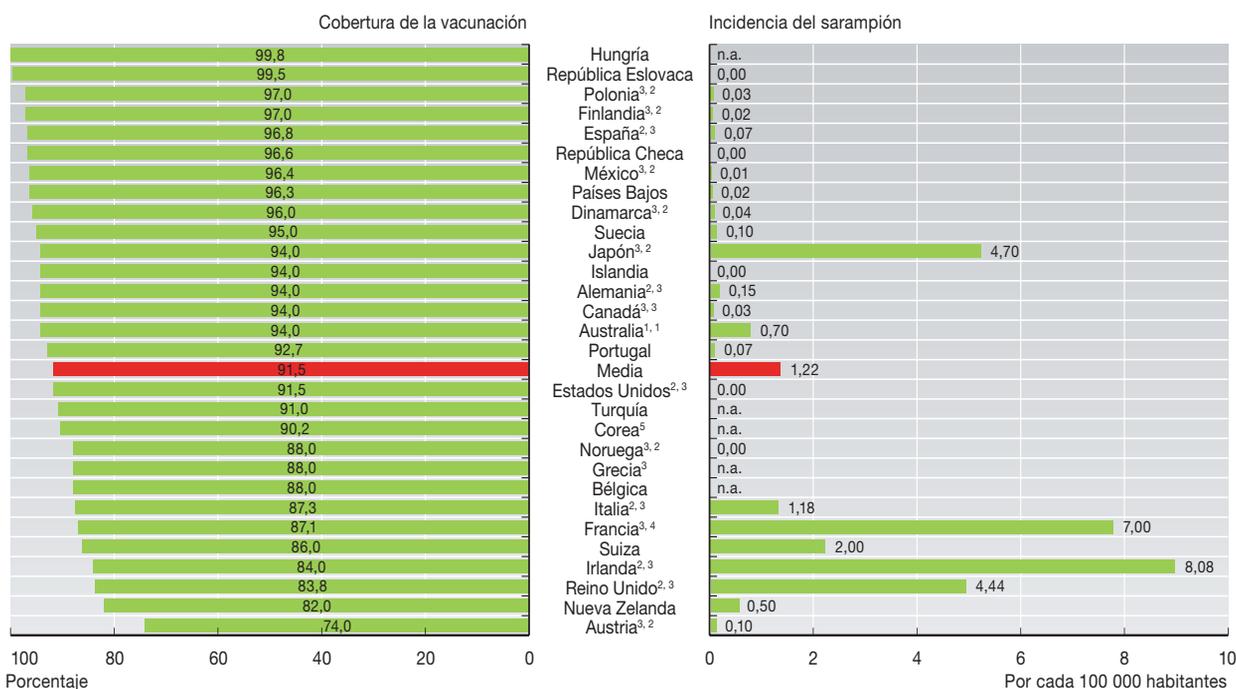
6.9.1. Tasas de vacunación contra la tos ferina, niños de dos años, e incidencia de la tos ferina en la población total, 2005



Nota: La primera nota corresponde al cuadro de la izquierda y la segunda, al cuadro de la derecha.

1. 2006. 2. 2005. 3. 2004. 4. 2003.

6.9.2. Tasas de vacunación contra el sarampión, niños de dos años, e incidencia del sarampión en la población total, 2005



Nota: La primera nota corresponde al cuadro de la izquierda y la segunda, al cuadro de la derecha.

1. 2006. 2. 2005. 3. 2004. 4. 2003. 5. 1999.

Fuente: Health Care Quality Indicators Project, OECD 2007. Eco-Salud OCDE 2007 (cobertura de la vacunación).

StatLinks <http://dx.doi.org/10.1787/114516366626>



## Bibliografía

- AAFA – Asthma and Allergy Foundation of America (2006), *Asthma Facts and Figures*, disponible en [www.aaafa.org](http://www.aaafa.org) (acceso el 6 de diciembre de 2006).
- AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality (2006), *Hospital and Ambulatory Surgery Care for Women's Cancers: HCUP Highlight*, No. 2, AHRQ Publication No. 06-0038, Rockville, MD.
- AIHW – Australian Institute of Health and Welfare (2004), *Australia's Health 2004*, AIHW Cat. No. AUS 44, Canberra.
- American Diabetes Association (ADA) (2003), "Economic Costs of Diabetes in the US in 2002", *Diabetes Care*, Vol. 26, pp. 917-932.
- BBC (2006), "UK 'in Grip of Measles Outbreak'", disponible en [http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk\\_news/england/5081286.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/england/5081286.stm) (acceso el 14 de junio de 2006).
- Bennett, J. (2003), "Investment in Population Health in Five OECD Countries", OECD Health Working Papers, No. 2, OECD, París.
- Bewley, S. y J. Cockburn (2002), "The Unfacts of 'Request' Caesarean Section", *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 109, pp. 597-605.
- Bousquet, J., I.J. Ansotegui, R. van Ree, P.G. Burney, T. Zuberbier y P. van Cauwenberge (2004), "European Union Meets the Challenge of the Growing Importance of Allergy and Asthma in Europe", *Allergy*, Vol. 59, No. 1, pp. 1-4.
- Brown, M.L., G.F. Riley, N. Schussler y R.D. Etzioni (2002), "Estimating Health Care Costs Related to Cancer Treatment from SEER-Medicare Data", *Medical Care*, Vol. 40, No. 8, pp. IV-104-117.
- Capewell, S., B.M. Livingston y K. Macintyre (2000), "Trends in Case-Fatality in 117 718 Patients Admitted with Acute Myocardial Infarction in Scotland", *European Heart Journal*, Vol. 21, pp. 1833-1840.
- Castoro, C., L. Bertinato, U. Baccaglioni, C.A. Drace y M. McKee (2007), *Policy Brief – Day Surgery: Making it Happen*, Organización Mundial de la Salud, en nombre del European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhague.
- CDC – Center for Disease Control and Prevention (2000), "Recommendations of the Advisory Committee on Immunisation Practices (ACIP)", *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, Vol. 49, No. RR-3, pp. 1-38.
- CDC (2001), "Mortality from Coronary Heart Disease and Acute Myocardial Infarction – United States 1998", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 50, pp. 90-93.
- CDC (2003), *National Vital Statistics Report*, Vol. 52, No. 10, US National Center for Health Statistics, pp. 87-88.
- CDC (2004), "Influenza Vaccination and Self-reported Reasons for Not Receiving Influenza Vaccination Among Medicare Beneficiaries Aged 65 Years and Older – United States, 1991-2002", *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, Vol. 53, No. 43, pp. 1012-1015.
- CDC (2006), "Behavioral Risk Factor Surveillance System, Prevalence Data 2005", disponible en <http://apps.nccd.cdc.gov/brfss/index.asp> (acceso el 30 de octubre de 2006).
- Charlton, J.R., R.M. Hartley, R. Silver y W.W. Holland (1983), "Geographical Variation in Mortality from Conditions Amenable to Medical Intervention in England and Wales", *The Lancet*, Vol. 1, No. 8236, pp. 691-696.

- Colombo, F. and N. Tapay (2004), "Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems", OECD Health Working Papers, No. 15, OCDE, París.
- Colombo, F. and D. Morgan (2006), "Evolution of Health Expenditure in OECD Countries", *Revue française des affaires sociales*, April-September.
- Colorectal Cancer Collaborative Group (2000), "Palliative Chemotherapy for Advanced Colorectal Cancer: Systematic Review and Meta-analysis", *British Medical Journal*, Vol. 321, pp. 531-535.
- Cutler, D. y E.L. Glaeser (2006), "Why do Europeans Smoke More than Americans?", National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 12124, marzo.
- Cutler, D. y R. Huckman (2003), "Technological Development and Medical Productivity: The Diffusion of Angioplasty in New York State", *Journal of Health Economics*, Vol. 22, No. 2, pp. 187-217, marzo.
- D'Addio, A.C. y M. Mira d'Ercole (2005), "Trends and Determinants of Fertility Rates in OECD Countries: The Role of Policies", OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 27, OCDE, París.
- Davies, S.M., J. Geppert, M. McClellan, K.M. McDonald, P.S. Romano y K.J. Shojania (2001), "Refinement of the HCUP Quality Indicators", AHRQ publication No. 01-0035.
- Declercq, E., F. Menacker y M. Macdorman (2005), "Rise in 'No Indicated Risk' Primary Caesareans in the United States, 1991-2001: Cross Sectional Analysis", *British Medical Journal*, Vol. 330, pp. 71-72.
- Demicheli, V., T. Jefferson, A. Rivetti y D. Price (2005), "Vaccines for Measles, Mumps and Rubella in Children", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1996), "Lifetime Benefits and Costs of Intensive Therapy as Practiced in the Diabetes Control and Complications Trial", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Vol. 276, pp. 725-734.
- Docteur, E. y H. Oxley (2003), "Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience", OECD Health Working Papers, No. 9, OCDE, París.
- Docteur, E. and cols.. (2003), "The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform", OECD Economics Department Working Papers, No. 350, OCDE, París.
- Donabedian, A. (1990), "The Quality of Care. How it Can Be Assessed", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Vol. 260, No. 12, pp. 1743-1748.
- DREES – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2005), *Études et Résultats*, No. 387, ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Famille, París, marzo.
- Durst, M., L. Gissmann, H. Ikenberg y H. zur Hausen (1983), "A Papillomavirus DNA from a Cervical Carcinoma and its Prevalence in Cancer Biopsy Samples from Different Geographic Regions", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, Vol. 80, pp. 3812-3815.
- ECMT – European Conference of Ministers of Transport (2007), *Trends in the Transport Sector 1970-2005*, OCDE, París.
- Eder, W., M. Ege y E. von Mutius (2006), "The Asthma Epidemic", *New England Journal of Medicine*, Vol. 355, No. 21, pp. 2226-2235.
- ERS – European Respiratory Society (2003), *Asthma*, European Respiratory Monograph No. 23, ERS, Suiza.
- Eun-Hwan Oh, Y. Imanaka y E. Evans (2005), "Determinants of the Diffusion of Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging", *International Society for Technology Assessment in Health Care*, Vol. 21, No. 1.
- Faivre-Finn, C., A.M. Bouvier-Benhamiche, J.M. Phelip, S. Manfredi, V. Dancourt y J. Faivre (2002), "Colon Cancer in France: Evidence for Improvement in Management and Survival", *Gut*, Vol. 51, No. 1, pp. 60-64.
- Fedorowicz, Z., D. Lawrence y P. Gutiérrez (2004), "Day Care versus Inpatient Surgery for Age-related Cataract", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 25, No. CD004242.
- Feuer, E.J., L.M. Wun, C.C. Boring, W.D. Flanders, J. Marilyt y T.T. Timmel (2003), *The Lifetime Risk of Developing Breast Cancer*, disponible en <http://srab.cancer.gov/devcan/report1.pdf> (acceso el 19 de agosto de 2003).

- Fleming, B.B., S. Greenfield, M.M. Engelgau, L.M. Pogach, S.B. Clauser y M.A. Parrott (2001), "The Diabetes Quality Improvement Project: Moving Science into Health Policy to Gain an Edge on the Diabetes Epidemic", *Diabetes Care*, Vol. 24, No. 10, pp. 1815-1820.
- Förster, M. y M. Mira d'Ercole (2005), "Income Distribution and Poverty in OECD Countries in the Second Half of the 1990s", *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, No. 22, OCDE, París.
- Gatta, G., J. Faivre, R. Capocaccio y M. Ponz de Leon (1998a), "Survival of Colorectal Cancer Patient in Europe during the Period 1978-1989", *European Journal of Cancer*, Vol. 34, pp. 2176-2183.
- Gatta, G., M.B. Lasota, A. Verdecchia y el Grupo de Trabajo EUROCARE (1998b), "Survival of European Women with Gynaecological Tumours, during the Period 1978-1989", *European Journal of Cancer*, Vol. 34, No. 14, pp. 2218-2225.
- Gatta, G., R. Capocaccia, M.P. Coleman, L.A. Gloeckler Ries, T. Hakulinen, A. Micheli, M. Sant, A. Verdecchia y F. Berrino (2000), "Toward a Comparison of Survival in American and European Cancer Patients", *Cancer*, Vol. 89, No. 4, pp. 893-900.
- Gaziano, T.A. (2007), "Reducing the Growing Burden of Cardiovascular Disease in the Developing World", *Health Affairs (Millwood)*, Vol. 26, No. 1, pp. 13-24.
- Ghafour, I.M., D. Allan y W.S. Foulds (1983), "Common Causes of Blindness and Visual Handicap in the West of Scotland", *British Journal of Ophthalmology*, Vol. 67, No. 4, pp. 209-213.
- Gil, M., J. Marrugat y J. Sala (1999), "Relationship of Therapeutic Improvements and 28-day Case Fatality in Patients Hospitalized with Acute Myocardial Infarction between 1978 and 1993 in the REGICOR Study, Gerona, Spain", *Circulation*, Vol. 99, pp. 1767-1773.
- Gøtzsche, P.C. y M. Nielsen (2006), "Screening for Breast Cancer with Mammography", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 4, Art. No. CD001877.
- Goldberg, R.J., J. Yaezebski y D. Lessard (1999), "A Two-decades (1975 to 1995) Long Experience in the Incidence, In-hospital and Long-term Case-fatality Rates of Acute Myocardial Infarction: A Community-wide Perspective", *Journal of the American College of Cardiology*, Vol. 33, pp. 1533-1539.
- Govindarajan, A., N.G. Coburn, A. Kiss, L. Rabeneck, A.J. Smith y C.H. Law (2006), "Population-based Assessment of the Surgical Management of Locally Advanced Colorectal Cancer", *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 98, pp. 1474-1481.
- Gu, K., C.C. Cowie y M.I. Harris (1999), "Diabetes and Decline in Heart Disease Mortality in US Adults", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Vol. 281, No. 281, pp. 1291-1297.
- Hacke, W., M. Kaste, C. Fieschi, D. Toni, E. Lesaffre, R. von Kummer, G. Boysen, E. Bluhmki, G. Hoxter y M.H. Mahagne (1995), "Intravenous Thrombolysis with Recombinant Tissue Plasminogen Activator for Acute Hemispheric Stroke. The European Co-operative Acute Stroke Study (ECASS)", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Vol. 274, No. 13, pp. 1017-1025.
- Haffner, S.M. (2000), "Coronary Heart Disease in Patients with Diabetes", *New England Journal of Medicine*, Vol. 342, pp. 1040-1042.
- Halterman, J.S., H.L. Yoos, K. Sidora, H. Kitzman y A. McMullen (2001), "Medication Use and Health Care Contacts among Symptomatic Children with Asthma", *Ambulatory Pediatrics*, Vol. 1, No. 5, pp. 275-279.
- Harper, D.M., E.L. Franco, C.M. Wheeler, A.B. Moscicki, B. Romanowski, C.M. Roteli-Martins, D. Jenkins, A. Schuind, S.A. Costa Clemens, G. Dubin y el HPV Vaccine Study Group (2006), "Sustained Efficacy up to 4-5 Years of a Bivalent L1 Virus-like Particle Vaccine against Human Papillomavirus Types 16 and 18: Follow-up from Randomised Control Trial", *The Lancet*, Vol. 367, pp. 1247-1255.
- Hisashige, A. (1992), "The Introduction and Evaluation of MRI in Japan", *International Society for Technology Assessment in Health Care*, Vol. 3, No. 126.
- Hockley, T. and M. Gemmill (2007), *European Cholesterol Guidelines Report*, Policy Analysis Centre, London School of Economics, Londres.
- Holland, W.W. and the EC Working Group on Health Services (1997), "Avoidable Death", *European Community Atlas of Avoidable Death 1985-1989*, 3rd Edition, Oxford University Press, Oxford.
- Hurst, J. (2007), "Towards a Sustainable Health and Long-Term Care Policy", capítulo 4 de *Facing the Future: Korea's Family, Pension and Health Policy Challenges*, OCDE, París.

- IARC – International Agency for Research on Cancer (2004), *GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*, IARC CancerBase No. 5, Version 2.0, IARC Press, Lyon.
- IDF – Federación Internacional de la Diabetes (2003), *International Diabetes Federation Diabetes Atlas 3rd Edition*, D. Gan (ed.), Federación Internacional de la Diabetes, Bruselas.
- Institute of Alcohol Studies (2007), *IAS Fact Sheet: Binge Drinking, Nature, Prevalence and Causes*, disponible en [www.ias.org.uk/resources/factsheets/binge\\_drinking.pdf](http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/binge_drinking.pdf) (acceso el 11 de junio de 2007).
- Institute of Cancer Research (2003), *Prostate Cancer, Fact Sheet*, disponible en [www.icr.ac.uk/everyman/about/prostate.html](http://www.icr.ac.uk/everyman/about/prostate.html) (acceso el 10 de mayo de 2005).
- International Association for the Study of Obesity (2007), *International Obesity Taskforce Database*, disponible en [www.iof.org/documents/Europeandatable\\_000.pdf](http://www.iof.org/documents/Europeandatable_000.pdf) (acceso el 11 de junio de 2007).
- IOM – Institute of Medicine Committee on Quality Health Care in America (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, National Academy Press, Washington, D.C.
- Jeong, H.S. y A. Gunji (1994), “The Influence of System Factors upon the Macro-economic Efficiency of Health Care: Implications for the Health Policies of Developing and Developed Countries”, *Health Policy*, Vol. 27.
- Jeong, H.S. y J. Hurst (2001), “An Assessment of the Performance of the Japanese Health Care System”, *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, No. 56, OCDE, París.
- Johnson, L.A. (2007), “Merck Suspends Lobbying for Vaccine”, *The Washington Post*, 12 de febrero.
- Jonsson, B. (2002), “Revealing the Cost of Type II Diabetes in Europe”, *Diabetologia*, Vol. 45, No. 7, pp. S5-12.
- Kalra, L., A. Evans, I. Perez, M. Knapp, C. Swift y N. Donaldson (2005), “A Randomised Controlled Comparison of Alternative Strategies in Stroke Care”, *Health Technology Assessment*, Vol. 9, No. 18, pp. 1-94.
- Keech, M., A.J. Scott y P.J. Ryan (1998), “The Impact of Influenza and Influenza-like Illness on Productivity and Healthcare Resource Utilization in a Working Population”, *Occupational Medicine*, Vol. 49, pp. 85-90.
- Kelley, E. y J. Hurst (2006), “Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper”, *OECD Health Working Papers*, No. 23, OCDE, París.
- Khush, K.K., E. Rapaport y D. Waters (2005), “The History of the Coronary Care Unit”, *Canadian Journal of Cardiology*, Vol. 21, pp. 1041-1045.
- Kiely, J., K. Brett, S. Yu y D. Rowley (1995), “Low Birth Weight and Intrauterine Growth Retardation”, in L. Wilcox and J. Marks (eds.), *From Data to Action: CDC's Public Health Surveillance for Women, Infants, and Children*, USDHHS, Centers for Disease Control and Preventions (CDC), Atlanta, pp. 185-202.
- King, H., R.E. Aubert y W.H. Herman (1998), “Global Burden of Diabetes, 1995-2025: Prevalence, Numerical Estimates, and Projections”, *Diabetes Care*, Vol. 21, No. 9, pp. 1414-1431.
- Kroneman, M. y J. Siegers (2004), “The Effect of Hospital Bed Reduction on the Use of Beds: A Comparative Study of 10 European Countries”, *Social Science and Medicine*, Vol. 59, pp. 1731-1740.
- Lafortune, G., G. Balestat y cols. (2007), “Trends in Severe Disability among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and Future Implications”, *OECD Health Working Papers*, No. 26, OCDE, París.
- Lalonde, M.A. (1973), “New Perspective on the Health of Canadians”, Government of Canada, Minister of Health and Welfare.
- Langhorne P., B.O. Williams, W. Gilchrist y K. Howie (1993), “Do Stroke Units Save Lives?”, *The Lancet*, Vol. 342, No. 8868, pp. 395-398.
- Launois, R., M. Giroud, A.C. Megnibeto, K. Le Lay, G. Presente, M.H. Mahagne, I. Durand y A.F. Gaudin (2004), “Estimating the Cost-effectiveness of Stroke Units in France Compared with Conventional Care”, *Stroke*, Vol. 35, No. 3, pp. 770-775.
- Laws, P.J., N. Grayson y E.A. Sullivan (2006), *Australia's Mothers and Babies 2004*, Perinatal Statistics Series No. 18, AIHW Cat. No. PER 34, AIHW National Perinatal Statistics Unit, Sydney.
- Loddenkemper, R., G.J. Gibson e Y. Sibille (2003), *European Lung White Book*, European Respiratory Society, Sheffield.

- Mackenbach, J.P. (1996), "The Contribution of Medical Care to Mortality Decline: Mc Keown Revisited", *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 49, pp. 1207-1213.
- Manuel, D.G. and Y. Mao (2002), "Avoidable Mortality in the United States and Canada, 1980-1996", *American Journal of Public Health*, Vol. 92, No. 9, pp. 1481-1484.
- Masoli, M., D. Fabian, S. Holt y R. Beasley (2004), "Global Burden of Asthma", Global Initiative for Asthma, disponible en [www.ginasthma.com/ReportItem.asp?l1=2&l2=2&intlId=94](http://www.ginasthma.com/ReportItem.asp?l1=2&l2=2&intlId=94).
- Mathers, C. y cols. (2005), "Counting the Dead and What They Died From: An Assessment of the Global Status of Cause of Death Data", *Bulletin of the World Health Organisation*, Vol. 83, No. 3, pp. 171-177, marzo.
- Mattke, S., E. Kelley, P. Scherer, J. Hurst y M.L. Gil Lapetra (2006), "Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators Report", OECD Health Working Paper, No. 22, OCDE, París.
- Mattke, S., F. Martorell, P. Sharma, L.K. Morse, N. Lurie y M. Lara (2006), "Estimating the Impact of Improving Asthma Treatment. A Review and Synthesis of the Literature", RAND Working Paper No. WR-448-MCAN.
- McGlynn, E.A., S.M. Aschs, J. Adams, J. Keeseey, J. Hicks, A. de Christofar y E.A. Kerr (2003), "The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States", *New England Journal of Medicine*, Vol. 348, No. 26, pp. 2635-2645.
- McGovern, P.G., D.R. Jacobs y E. Shahar (2001), "Trends in Acute Heart Disease Mortality, Morbidity, and Medical Care from 1985 through 1997: The Minnesota Heart Survey", *Circulation*, Vol. 104, pp. 19-24.
- Melander y cols. (2006), "Utilisation of Antihyperglycaemic Drugs in Ten European Countries: Different Developments and Different Levels", *Diabetologia*, Vol. 49, pp. 2024-2029.
- Midgley, R. y D. Kerr (1999), "Colorectal Cancer", *The Lancet*, Vol. 353, No. 9150, pp. 391-399.
- Miilunpalo, S. y cols. (1997), "Self-rated Health Status as a Health Measure: The Predictive Value of Self-reported Health Status on the Use of Physician Services and on Mortality in the Working-age Population", *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 50, No. 5, pp. 517-528, mayo.
- Mitry, E., A. Bouvier, M. Esteve y J. Faivre (2005), "Improvement in Colorectal Cancer Survival: A Population-based Study", *European Journal of Cancer*, Vol. 41, No. 15, pp. 2297-2303.
- MMWR (2001), *Mortality and Morbidity Weekly Report* (2001). "Mortality from Coronary Heart Disease and Acute Myocardial Infarction – United States 1998", Vol. 50, pp. 90-93.
- Moïse, P. (2003a), "The Heart of the Health Care System: Summary of the Ischaemic Heart Disease Part of the OECD Ageing-related Diseases Study", *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, OECD, París.
- Moïse, P. (2003b), "The Technology-Health Expenditure Link: A Perspective from the Ageing-related Diseases Study", *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, OCDE, París.
- Moïse, P. y cols. (2003), "OECD Study of Cross-national Differences in the Treatment, Costs and Outcomes for Ischaemic Heart Disease", OECD Health Working Papers, No. 3, OCDE, París.
- Mokdad, A.H., E.S. Ford, B.A. Bowman, W.H. Dietz, F. Vinicor, V.S. Bales y J.S. Marks (2003), "Prevalence of Obesity, Diabetes, and Obesity-related Health Risk Factors, 2001", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Vol. 289, No. 1, pp. 76-79.
- Moon, L., P. Moïse y S. Jacobzone (2003), "Stroke Care in OECD Countries: A Comparison of Treatment, Costs and Outcomes in 17 OECD Countries", OECD Health Working Papers, No. 5, OCDE, París.
- Mori, E., Y. Yoneda, M. Tabuchi, T. Yoshida, S. Ohkawa, Y. Ohsumi, K. Kitano, A. Tsutsumi y A. Yamadori (1992), "Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator in Acute Carotid Artery Territory Stroke", *Neurology*, Vol. 42, No. 5, pp. 976-982.
- Nallamothu, B.K., J. Young, H.S. Gurm, G. Pickens y K. Safavi (2007), "Recent Trends in Hospital Utilization for Acute Myocardial Infarction and Coronary Revascularization in the United States", *American Journal of Cardiology*, No. 99, pp. 749-753.
- Natarajan, N. y T.D. Shuster (2006), "New Agents, Combinations, and Opportunities in the Treatment of Advanced and Early-Stage Colon Cancer", *The Surgical Clinics of North America*, Vol. 86, No. 4, pp. 1023-1043.

- National Cancer Institute (2004), "Radiation Therapy for Cancer: Questions and Answers", *Cancer Facts*, Vol. 7.1.
- National Diabetes Quality Improvement Alliance (2005), "National Diabetes Quality Improvement Alliance Performance Measurement Set for Adult Diabetes", disponible en <http://nationaldiabetesalliance.org/measures.html> (acceso el 25 de agosto de 2005).
- National Heart Foundation of Australia and the Cardiac Society of Australia and New-Zealand (2005), *Position Statement on Lipid Management – 2005*.
- NCHS – National Centre for Health Statistics (2006), *Health, United States, 2006, with Chartbook on Trends in the Health of Americans*, Hyattsville, Maryland.
- NHLBI – National, Heart, Lung, and Blood Institute (2002), "Morbidity and Mortality: 2002 Chart Book on Cardiovascular, Lung and Blood Diseases", disponible en [www.nhlbi.nih.gov/resources/docs/02\\_chtbk.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/resources/docs/02_chtbk.pdf) (acceso el 6 de diciembre de 2006).
- Nicholson, K.G., R. Snacken y A.M. Palache (1995), "Influenza Immunization Policies in Europe and the United States", *Vaccine*, Vol. 13, No. 4, pp. 365-369.
- NINDS – National Institute of Neurological Disorders and Stroke-PA Stroke Study Group (1995), "Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke", *New England Journal of Medicine*, Vol. 333, No. 24, pp. 1581-1587.
- NOMESCO (2007), *Health Statistics in the Nordic Countries 2005*, Copenhagen.
- OECD (2000a), *A System of Health Accounts*, OECD, París.
- OECD (2000b), *National Accounts*, OECD, París.
- OECD (2003a), *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, OECD, París.
- OECD (2003b), *OECD Reviews of Health Care Systems – Korea*, OECD, París.
- OECD (2004a), *Towards High-performing Health Systems*, OECD, París.
- OECD (2004b), *Towards High-performing Health Systems – Policy Studies*, OECD, París.
- OECD (2004c), *Private Health Insurance in OECD Countries*, OECD, París.
- OECD (2005a), *OECD Reviews of Health Systems – Finland*, OECD, París.
- OECD (2005b), *OECD Reviews of Health Systems – Mexico*, OECD, París.
- OECD (2005c), *Long-Term Care for Older People*, OECD, París.
- OECD (2005d), *Extending Opportunities: How Active Social Policy Can Benefit Us All*, OECD, París.
- OECD (2006a), *OECD Reviews of Health Systems – Switzerland*, OECD, París.
- OECD (2006b), "Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What Are the Main Drivers?", *OECD Economics Department Working Papers*, No. 477, OECD, París.
- OECD (2007a), *OECD Health Data – Statistics and Indicators for 30 Countries*, CD-Rom y versión en línea, OECD, París.
- OECD (2007b), *Understanding National Accounts*, por F. Lequiller y D. Blades (eds.), OECD, París.
- OECD (2007c), *International Migration Outlook*, OECD, París.
- OECD (2007d), *Society at a Glance – OECD Social Indicators*, OECD, París.
- OECD (2007e), *Pensions at a Glance – Public Policies across OECD Countries*, OECD, París.
- Ohmi, H., K. Hirooka, A. Hata and Y. Mochizuki (2001), "Recent Trend of Increase in Proportion of Low Birth Weight Infants in Japan", *International Journal of Epidemiology*, Vol. 30, pp. 1269-1271.
- Oliveira Martins, J., F. Gonand, P. Antolin, C. de la Maisonneuve y K.Y. Yoo. (2005), "The Impact of Ageing on Demand, Factor Markets and Growth", *OECD Economics Department Working Papers*, No. 420, OCDE, París.
- Ollendorf, D.A., J.G. Kotsanos, W.J. Wishner, M. Friedman, T. Cooper, M. Bittoni y G. Oster (1998), "Potential Economic Benefits of Lower-Extremity Amputation Prevention Strategies in Diabetes", *Diabetes Care*, Vol. 21, No. 8, pp. 1240-1245.

- Orosz, E. y D. Morgan (2004), "SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A comparative analysis", OECD Health Working Papers, No. 16, OCDE, París.
- Park, J. y cols. (2003), "Secular Trends of Suicide Mortality in Korea", *Korean Journal of Epidemiology*, Vol. 25, pp. 84-91.
- Peden, M. y cols. (2004), *World Report on Road Traffic Injury Prevention*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Pellegrini, F., M. Belfiglio, G. De Beradis, M. Franciosi, B. Di Nardo, S. Greenfield, S.H. Kaplan, M. Sacco, G. Tognoni, M. Valentini, D. Corrado, A. D'Ettoire, A. Nicolucci y el QuED Study Group (2003), "Role of Organisational Factors in Poor Blood Pressure Control in Patients with Type 2 Diabetes: the QuED Study Group – Quality of Care and Outcomes in Type 2 Diabetes", *Archives of Internal Medicine*, Vol. 163, No. 4, pp. 473-480.
- Peto, J., C. Gilham, O. Fletcher y F.E. Matthews (2004), "The Cervical Cancer Epidemic that Screening Has Prevented in the UK", *The Lancet*, Vol. 364, pp. 249-256.
- Quinn, M.J., C. Martínez-García, F. Berrino y el Grupo de Trabajo EUROCORE (1998), "Variations in Survival from Breast Cancer in Europe by Age and Country, 1978-1989", *European Journal of Cancer*, Vol. 34, No. 14, pp. 2204-2211.
- Ra, H. y cols. (2006), "Factors Influencing the Impulse of Suicide in Adolescence", *Journal of the Korean Academy of Family Medicine*, Vol. 27, pp. 988-997.
- Retzlaff-Roberts, D., C. Chang y R. Rubin (2004), "Technical Efficiency in the Use of Health Care Resources: A Comparison of OECD Countries", *Health Policy*, Vol. 69, pp. 55-72.
- Ritz, E., I. Rychlik, F. Locatelli y S. Halimi (1999), "End-stage Renal Failure in Type 2 Diabetes: A Medical Catastrophe of Worldwide Dimensions", *American Journal of Kidney Disease*, Vol. 34, No. 5, pp. 795-808.
- Sachs, B.P. y cols. (1995), "The Impact of Extreme Prematurity and Congenital Anomalies on the Interpretation of International Comparisons of Infant Mortality", *Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 85, pp. 941-946.
- Sant, M., C. Allemani, F. Berrino, M.P. Coleman, T. Aareleid, G. Chaplain, J.W. Coebergh, M. Colonna, P. Crosignani, A. Danzon, M. Federico, L. Gafa, P. Grosclaude, G. Hedelin, J. Mace-Lesech, C.M. Garcia, H. Moller, E. Paci, N. Raverdy, B. Tretarre, E.M. Williams y el Grupo de Trabajo EUROCORE (2004), "Breast Carcinoma Survival in Europe and the United States: A Population-based Study", *Cancer*, Vol. 100, pp. 715-722.
- Sant, M., C. Allemani, R. Capocaccia, T. Hakulinen, T. Aareleid, M.P. Coleman, P. Grosclaude, C. Martínez-García, C.M.J. Bell, J. Youngson, F. Berri y el Grupo de Trabajo EUROCORE (2003), "Stage at Diagnosis is a Key Explanation of Differences in Breast Cancer Survival across Europe", *International Journal of Cancer*, Vol. 106, pp. 416-422.
- Sant, M., R. Capocaccia, M.P. Coleman, F. Berrino, G. Gatta, A. Micheli, A. Verdecchia, J. Faivre, T. Hakulinen, J.W. Coebergh, C. Martínez-García, D. Forman, A. Zappone y el Grupo de Trabajo EUROCORE (2001), "Cancer Survival Increases in Europe, but International Differences Remain Wide", *European Journal of Cancer*, Vol. 1, No. 37, pp. 1659-1667.
- Sarti, C., B. Stebmayr, H. Tolonen, M. Mahonen, J. Tuomilehto, K. Asplund y el Proyecto MONICA de la OMS (2003), "Are Changes in Mortality from Stroke Cause by Changes in Stroke Event Rates or Case Fatality? Results from the WHO MONICA Project", *Stroke*, Vol. 34, pp. 1833-1840.
- Savas, B. y cols. (2002), *Health Care Systems in Transition: Turkey*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen.
- Secretaría de Salud (2003), *Nacimientos por cesárea en México, Síntesis Ejecutiva*, México.
- SEER – Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (2006), *SEER\*Stat Database: Incidence – SEER 17 Regs Public-Use, Nov 2005 Sub (1973-2003 varying)*, National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch, disponible en [www.seer.cancer.gov](http://www.seer.cancer.gov) (acceso el 14 de junio de 2007).
- Simoens, S. y J. Hurst (2006), "The Supply of Physician Services in OECD Countries", OECD Health Working Papers, No. 21, OCDE, París.
- Simoens, S., M. Villeneuve and J. Hurst (2005), "Tackling Nurse Shortages in OECD Countries", OECD Health Working Papers, No. 19, OCDE, París.

- Singleton, J.A., S.M. Greby, K.G. Wooten, F.J. Walker and R. Strikas (2000), "Influenza, Pneumococcal, and Tetanus Toxoid Vaccination of Adults – United States, 1993-1997", *CDC Surveillance Summaries, Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 49, No. SS-9, pp. 39-63.
- Slade, E.P. and G.F. Anderson (2001), "The Relationship between Per Capita Income and Diffusion of Medical Technologies", *Health Policy*, No. 58, Vol. 1, pp. 1-14.
- Sourty Le-Guellec, M. (2001), *Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en France, en 1999* (Perspectives of Development for Ambulatory Surgical Procedures of Cataract in France, in 1999), Report No. 1357, Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES), septiembre.
- Starfield, B. and L. Shi (2002), "Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective", *Health Policy*, Vol. 60, pp. 201-218.
- Starfield, B., L. Shi y J. Mackino (2005), "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health", *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 3, pp. 457-502.
- Statistics Canada and Centers for Disease Control and Prevention (2004), *Joint Canada/United States Survey of Health, 2002-2003*, Statistics Canada Cat. 82M0022-XIE, Ottawa.
- Stegmayr, B. y cols. (1997), "Stroke Incidence and Mortality Correlated to Stroke Risk Factors in the WHO MONICA Project", *Stroke*, Vol. 28, No. 7, pp. 1367-1374.
- Stroke Unit Trialists' Collaboration (1997), "How Do Stroke Units Improve Patient Outcomes? A Collaborative Systematic Review of the Randomized Trials", *Stroke*, Vol. 28, No. 11, pp. 2139-2144.
- Stroke Unit Trialists' Collaboration (2001), "Organised Inpatient (Stroke Unit) Care for Stroke", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 3, Art. No. CD000197.
- Strunk, B.C., P.B. Ginsburg y M.I. Banker (2006), "The Effect of Population Ageing on Future Hospital Demand", *Health Affairs*, Vol. 25, No. 3, pp. w141-w149.
- Sturm, R. (2002), "The Effects of Obesity, Smoking and Drinking on Medical Problems and Costs", *Health Affairs*, Vol. 21, No. 2, pp. 245-253, marzo/abril.
- Tanihara, S. y Y. Kobayashi (2004), "Sequential Evaluation of the National Medical Expenditures for Asthma Care in Japan", *Journal of Epidemiology*, Vol. 14, pp. 100-103.
- Taylor R.J., S.L. Morrell, H.A. Mamoon y G.V. Wain (2001), "Effects of Screening on Cervical Cancer Incidence and Mortality in New South Wales Implied by Influences of Period of Diagnosis and Birth Cohort", *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 55, No. 11, pp. 782-788.
- Thompson, D. y A.M. Wolf (2001), "The Medical-care Burden of Obesity", *Obesity Reviews*, No. 2, International Association for the Study of Obesity, pp. 189-197.
- Tunstall-Pedoe, H. (2003), "MONICA's Quarter Century", *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, Vol. 10, No. 6, pp. 409-410.
- Tuomilehto, J., J. Lindstrom, J.G. Eriksson, T.T. Valle, H. Hamalainen, P. Ilanne-Parikka, S. Keinanen-Kiukaanniemi, M. Laakso, A. Louheranta, M. Rastas, V. Salminen, M. Uusitupa y el Finnish Diabetes Prevention Study Group (2001), "Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance", *New England Journal of Medicine*, Vol. 344, pp. 1343-1350.
- UNAIDS (2006), *AIDS Epidemic Update: December 2006*, Ginebra.
- UNICEF y OMS (2004), *Low Birthweight: Country, Regional and Global Estimates*, UNICEF, Nueva York.
- USPSTF – US Preventive Services Task Force (2002), "Screening for Colorectal Cancer: Recommendations and Rationale", *Annals of Internal Medicine*, Vol. 137, No. 2, pp. 129-131.
- USRDS – US Renal Data System (2006), *2006 Annual Data Report: Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States*, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD.
- Victora, C.G. y F.C. Barros (2006), "Beware: Unnecessary Caesarean Sections May Be Hazardous", *The Lancet*, Vol. 367, No. 9525, pp. 1796-1797, 3-9 junio.
- Wagner, E.H., N. Sandhu, K.M. Newton, D.K. McCulloch, S.D. Ramsey y L.C. Grothaus (2001), "Effect of Improved Glycemic Control on Health Care Costs and Utilization", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Vol. 285, pp. 182-189.

- Wardlaw, J.M., P.A.G. Sandercock y E. Berge (2003), "Thrombolytic Therapy with Recombinant Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke. Where Do We Go From Here? A Cumulative Meta-Analysis", *Stroke*, Vol. 34, pp. 1437-1443.
- Weisfeldt, M.L. y S.J. Ziemann (2007), "Advances in the Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease", *Health Affairs*, Vol. 26, pp. 25-37.
- Wennberg, D.E. y J.E. Wennberg (2003), "Addressing Variations: Is There Hope for the Future?", *Health Affairs* (Millwood), Supplement, No. W3-614-7.
- Wenzel, S.E. (2006), "Asthma: Defining of the Persistent Adult Phenotypes", *The Lancet*, Vol. 368, No. 9537, pp. 804-813.
- UNAIDS – World Health Organisation (1997), *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*, OMS, Ginebra.
- UNAIDS (2002a), *The Tobacco Atlas*, Judith Mackay, OMS, Ginebra.
- UNAIDS (2002b), *World Health Report 2002*, OMS, Ginebra.
- UNAIDS (2003), *The World Oral Health Report 2003: Continuous Improvement of Oral Health in the 21st Century – The Approach of the WHO Global Oral Health Programme*, in P.E. Petersen (ed.), OMS, Ginebra.
- UNAIDS (2005), *The World Health Report 2005 – Make Every Mother and Child Count*, OMS, Ginebra.
- UNAIDS (2007), "Measles", Fact Sheet No. 286, Revised January 2007, OMS, Ginebra.
- Wilkinson, R.G. (1996), *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Routledge, Londres.
- Wilkinson, R.G. (2000), "Putting the Picture Together: Prosperity, Redistribution, Health and Welfare", in M. Marmot and R. Wilkinson (eds.), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, Oxford.
- World Bank (1999), *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*, in Prabhat Jha (ed.), Washington.
- Zimmet, P., K.G. Alberti y J. Shaw (2001), "Global and Societal Implications of the Diabetes Epidemic", *Nature*, Vol. 414, No. 6865, pp. 782-787.



## ANEXO A

### Anexo estadístico

Tabla A.1.1a. **Población total, a mitad de año, en miles, de 1960 a 2005**

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Australia	10 275	12 507	14 695	17 065	19 153	20 329
Austria	7 047	7 467	7 549	7 718	8 110	8 233
Bélgica	9 153	9 656	9 859	9 967	10 251	10 479
Canadá	17 870	21 297	24 516	27 698	30 689	32 271
República Checa	9 660	9 805	10 327	10 362	10 272	10 221
Dinamarca	4 581	4 929	5 123	5 141	5 340	5 416
Finlandia	4 430	4 606	4 779	4 986	5 176	5 246
Francia	45 684	50 772	53 880	56 709	59 013	60 873
Alemania <sup>a</sup>	55 585	60 651	61 566	63 254	82 160	82 466
Grecia	8 327	8 793	9 642	10 089	10 917	11 104
Hungría	9 984	10 338	10 711	10 374	10 211	10 087
Islandia	176	205	228	255	281	296
Irlanda	2 834	2 950	3 401	3 503	3 790	4 131
Italia	48 967	52 771	55 657	56 737	57 189	58 135
Japón	94 302	104 665	117 060	123 611	126 926	127 757
Corea	25 012	32 241	38 124	42 869	47 008	48 294
Luxemburgo	315	340	365	384	436	455
México	..	48 225	66 847	81 250	98 658	106 203
Países Bajos	11 486	13 039	14 150	14 951	15 926	16 320
Nueva Zelanda	2 377	2 820	3 144	3 363	3 858	4 099
Noruega	3 585	3 879	4 086	4 241	4 491	4 623
Polonia	29 561	32 526	35 578	38 119	38 256	38 161
Portugal	9 077	8 663	9 819	9 873	10 229	10 563
República Eslovaca	3 994	4 528	4 984	5 298	5 401	5 387
España	30 256	33 859	37 527	38 851	40 264	43 398
Suecia	7 480	8 043	8 311	8 559	8 872	9 030
Suiza	5 328	6 181	6 319	6 712	7 184	7 437
Turquía	27 506	35 321	44 439	56 156	67 420	72 064
Reino Unido	52 373	55 632	56 330	57 237	58 886	60 227
Estados Unidos	180 671	205 052	227 225	249 623	282 194	296 410
<b>Total OCDE</b>	<b>717 896</b>	<b>851 761</b>	<b>946 241</b>	<b>1 024 955</b>	<b>1 128 561</b>	<b>1 169 715</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114528301847>

a) Nótese que las cifras de población de Alemania anteriores a 1991 corresponden a Alemania Occidental.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.1.1b. **Porcentaje de la población mayor de 65 años, 1960 a 2005**

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Australia	8,5	8,3	9,6	11,1	12,4	13,1
Austria	12,2	14,1	15,4	15,1	15,5	16,3
Bélgica	12,0	13,4	14,3	14,9	16,8	17,0 2002
Canadá	7,6	8,0	9,4	11,3	12,6	13,1
República Checa	9,6	12,1	13,5	12,5	13,8	14,0
Dinamarca	10,6	12,3	14,4	15,6	14,8	15,1
Finlandia	7,3	9,1	12,0	13,4	14,9	15,9
Francia	11,6	12,9	13,9	14,1	16,1	16,4
Alemania	10,8	13,2	15,5	15,3	17,2	19,2
Grecia	8,1	11,1	13,1	14,0	16,6	17,7 2003
Hungría	9,0	11,5	13,4	13,4	15,1	15,7
Islandia	8,1	8,9	9,9	10,6	11,6	11,7
Irlanda	10,9	11,2	10,7	11,4	11,2	11,2
Italia	9,0	10,5	12,9	14,6	17,7	19,3
Japón	5,7	7,1	9,1	12,0	17,3	20,0
Corea	2,9	3,1	3,8	5,1	7,2	9,1
Luxemburgo	10,8	12,6	13,6	13,4	14,1	14,3
México	..	3,7	3,8	4,2	5,3	5,9 2004
Países Bajos	9,0	10,2	11,5	12,8	13,6	13,8 2003
Nueva Zelanda	8,7	8,4	9,7	11,1	11,8	12,1
Noruega	10,9	12,9	14,8	16,3	15,2	14,7
Polonia	5,8	8,2	10,1	10,1	12,2	13,2
Portugal	7,7	9,5	11,4	13,6	16,4	17,0
República Eslovaca	6,9	9,2	10,5	10,3	11,4	11,7
España	8,2	9,6	11,2	13,6	16,8	16,7
Suecia	11,8	13,7	16,3	17,8	17,3	17,3
Suiza	10,7	11,8	14,3	15,0	15,8	16,2 2004
Turquía	3,5	4,4	4,7	4,5	5,4	5,9
Reino Unido	11,7	13,0	15,0	15,7	15,8	16,0 2004
Estados Unidos	9,2	9,8	11,3	12,5	12,4	12,4
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	..	..	..	..	..	<b>14,4</b>
<b>Media uniforme (29)<sup>b</sup></b>	<b>8,9</b>	<b>10,3</b>	<b>11,9</b>	<b>12,8</b>	<b>14,1</b>	<b>14,7</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114528301847>

a) Media de los datos más recientes disponibles para los 30 países de la OCDE.

b) Excluido México.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.1.2. Tasa de fertilidad, número de hijos por mujer de 15 a 49 años, de 1960 a 2005

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Australia	3,5	2,9	1,9	1,9	1,8	1,8
Austria	2,7	2,3	1,6	1,5	1,3	1,4
Bélgica	2,6	2,3	1,7	1,6	1,7	1,7
Canadá	3,9	2,3	1,7	1,7	1,5	1,5
República Checa	2,1	1,9	2,1	1,9	1,1	1,3
Dinamarca	2,6	2,0	1,6	1,7	1,8	1,8
Finlandia	2,7	1,8	1,6	1,8	1,7	1,8
Francia	2,7	2,5	2,0	1,8	1,9	1,9
Alemania	2,4	2,0	1,6	1,5	1,4	1,3
Grecia	2,3	2,4	2,2	1,4	1,3	1,3
Hungría	2,0	2,0	1,9	1,8	1,3	1,3
Islandia	4,2	2,8	2,5	2,3	2,1	2,1
Irlanda	3,8	3,9	3,3	2,1	1,9	1,9
Italia	2,4	2,4	1,6	1,3	1,2	1,3
Japón	2,0	2,1	1,8	1,5	1,4	1,3
Corea	6,0	4,5	2,8	1,6	1,5	1,1
Luxemburgo	2,3	2,0	1,5	1,6	1,8	1,7
México	7,3	6,8	4,7	3,4	2,7	2,2
Países Bajos	3,1	2,6	1,6	1,6	1,7	1,7
Nueva Zelanda	4,2	3,3	2,1	2,1	2,0	2,0
Noruega	2,9	2,5	1,7	1,9	1,9	1,8
Polonia	3,0	2,2	2,3	2,0	1,3	1,2
Portugal	3,1	2,8	2,2	1,6	1,6	1,4
República Eslovaca	3,1	2,4	2,3	2,1	1,3	1,3
España	2,9	2,9	2,2	1,4	1,2	1,3
Suecia	2,2	1,9	1,7	2,1	1,5	1,8
Suiza	2,4	2,1	1,6	1,6	1,5	1,4
Turquía	6,4	5,0	4,6	3,1	2,3	2,2
Reino Unido	2,7	2,4	1,9	1,8	1,7	1,8
Estados Unidos	3,7	2,5	1,8	2,1	2,1	2,1
<b>Media (30)</b>	<b>3,2</b>	<b>2,7</b>	<b>2,1</b>	<b>1,9</b>	<b>1,6</b>	<b>1,6</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114532424028>

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.1.3. **PIB per cápita en 2005 y tasas de crecimiento medio anual, de 1970 a 2005**

	PIB per cápita en PPC en dólares USA	Ratio de crecimiento medio anual			
	2005	1970-80	1980-90	1990-2000	2000-05
Australia	34 484	1,3	1,4	2,4	2,1
Austria	34 394	3,5	2,0	2,0	1,1
Bélgica	33 021	3,2	1,9	1,9	1,0
Canadá	34 057	2,6	1,6	1,9	1,5
República Checa	20 633	..	..	0,3	3,7
Dinamarca	34 110	1,9	2,0	2,2	1,1
Finlandia	30 911	3,3	2,6	1,6	2,3
Francia	30 350	3,0	1,9	1,5	1,0
Alemania	30 776	2,7	2,1	0,3	0,6
Grecia	29 578	3,7	0,2	1,5	4,0
Hungría	17 484	..	..	..	4,6
Islandia	36 183	5,3	1,6	1,5	3,1
Irlanda	39 019	3,3	3,3	6,3	3,4
Italia	28 401	3,3	2,2	1,5	0,4
Japón	30 777	3,3	3,4	1,0	1,2
Corea	22 098	5,4	7,5	5,1	3,9
Luxemburgo	70 600	1,9	4,4	3,7	2,2
México	10 537	3,3	0,1	1,5	0,3
Países Bajos	35 112	2,1	1,7	2,5	0,7
Nueva Zelanda	25 963	0,7	1,2	1,4	2,2
Noruega	48 162	4,1	2,1	3,1	1,6
Polonia	13 915	..	..	3,7	3,1
Portugal	20 030	3,5	3,2	2,5	0,1
República Eslovaca	15 983	..	..	..	4,6
España	27 400	2,6	2,6	2,4	1,7
Suecia	32 111	1,6	1,9	1,6	2,0
Suiza	35 956	1,0	1,6	0,4	0,4
Turquía	7 711	..	..	1,7	2,9
Reino Unido	32 896	1,8	2,5	2,1	2,0
Estados Unidos	41 827	2,2	2,3	2,0	1,4
<b>Media</b>	<b>30 149</b>	<b>2,8</b>	<b>2,3</b>	<b>2,2</b>	<b>1,7</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114558220602>

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.2.1a. **Esperanza de vida al nacer, varones, de 1960 a 2005**

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Australia	70,9	70,8	74,6	77,0	79,3	80,9
Austria	68,7	70,0	72,6	75,5	78,1	79,5
Bélgica	70,6	71,0	73,4	76,1	77,8	78,7
Canadá	71,3 <i>1961</i>	72,9	75,3	77,6	79,3	80,2 <i>2004</i>
República Checa	70,7	69,6	70,3	71,5	75,0	76,0
Dinamarca	72,4	73,3	74,3	74,9	76,9	77,9
Finlandia	69,0	70,8	73,4	74,9	77,6	78,9
Francia	70,3	72,2	74,3	76,9	79,0	80,3
Alemania	69,6	70,4	72,9	75,2	78,0	79,0
Grecia	69,9	72,0	74,5	77,1	78,0	79,3
Hungría	68,0	69,2	69,1	69,4	71,7	72,8
Islandia	72,9	74,3	76,7	78,0	80,1	81,2
Irlanda	70,0	71,2	72,9	74,9	76,5	79,5
Italia	69,8 <i>1961</i>	72,0 <i>1971</i>	74,0	76,9	79,6	80,4
Japón	67,8	72,0	76,1	78,9	81,2	82,1
Corea	52,4	62,2	65,9	71,4	76,0	78,5
Luxemburgo	69,4	70,3	72,5	75,4	78,0	79,3
México	57,5	60,9	67,2	71,2	74,1	75,5
Países Bajos	73,5	73,7	75,9	77,0	78,0	79,4
Nueva Zelanda	71,3	71,5	73,2	75,4	78,7	79,6
Noruega	73,6	74,2	75,8	76,6	78,7	80,1
Polonia	67,8	70,0	70,2	70,7	73,9	75,1
Portugal	64,0	67,5	71,5	73,9	76,6	78,2
República Eslovaca	70,6	69,8	70,6	71,0	73,3	74,0
España	69,8	72,0	75,6	76,8	79,2	80,7
Suecia	73,1	74,7	75,8	77,6	79,7	80,6
Suiza	71,6	73,8	76,2	77,4	79,8	81,3
Turquía	48,3	54,2	58,1	66,1	70,5	71,4
Reino Unido	70,8	71,9	73,2	75,7	77,8	79,0
Estados Unidos	69,9	70,9	73,7	75,3	76,8	77,8 <i>2004</i>
<b>Media (30)</b>	<b>68,5</b>	<b>70,3</b>	<b>72,7</b>	<b>74,9</b>	<b>77,3</b>	<b>78,6</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114581074130>

Nota: La metodología utilizada para calcular la esperanza de vida puede variar en cada país, lo que afecta a la comparabilidad (la utilización de métodos dispares puede modificar las estimaciones de la esperanza de vida de un país en una determinada fracción de un año).

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007. (En el caso de los 22 países europeos, la base de datos Eurostat NewCronos constituye la principal fuente de datos desde 1985 en adelante.)

Tabla A.2.1b. **Esperanza de vida al nacer, mujeres, de 1960 a 2005**

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Australia	73,9	74,2	78,1	80,1	82,0	83,3
Austria	71,9	73,4	76,1	78,8	81,1	82,2
Bélgica	73,5	74,2	76,8	79,4	80,9	81,6
Canadá	74,2 <i>1961</i>	76,4 <i>1971</i>	78,9	80,8	81,9	82,6 <i>2004</i>
República Checa	73,4	73,0	73,9	75,4	78,4	79,1
Dinamarca	74,4	75,9	77,3	77,7	79,3	80,2
Finlandia	72,5	75,0	77,6	78,9	81,0	82,3
Francia	73,6	75,9	78,4	80,9	82,7	83,8
Alemania	72,4	73,6	76,1	78,4	81,0	81,8
Grecia	72,4	73,8	76,8	79,5	80,5	81,7
Hungría	70,1	72,1	72,7	73,7	75,9	76,9
Islandia	75,0	77,3	79,7	80,5	81,8	83,1
Irlanda	71,9	73,5	75,6	77,6	79,1	81,8
Italia	72,3 <i>1961</i>	74,9 <i>1971</i>	77,4	80,1	82,5	83,2
Japón	70,2	74,7	78,8	81,9	84,6	85,5
Corea	53,7	65,6	70,0	75,5	79,6	81,9
Luxemburgo	72,2	73,4	75,9	78,5	81,1	82,3
México	59,2	63,2	70,2	74,1	76,5	77,9
Países Bajos	75,4	76,5	79,2	80,1	80,5	81,6
Nueva Zelanda	73,9	74,6	76,3	78,3	81,1	81,7
Noruega	75,8	77,3	79,2	79,8	81,4	82,5
Polonia	70,6	73,3	74,4	75,2	78,0	79,4
Portugal	66,8	70,8	75,2	77,4	80,0	81,4
República Eslovaca	72,7	72,9	74,3	75,4	77,4	77,9
España	72,2	74,8	78,6	80,3	82,5	83,9
Suecia	74,9	77,1	78,8	80,4	82,0	82,8
Suiza	74,5	76,9	79,6	80,7	82,6	83,9
Turquía	50,3	56,3	60,3	68,3	72,8	73,8
Reino Unido	73,7	75,0	76,2	78,5	80,2	81,1
Estados Unidos	73,1	74,7	77,4	78,8	79,5	80,4 <i>2004</i>
<b>Media (30)</b>	<b>71,0</b>	<b>73,3</b>	<b>76,0</b>	<b>78,2</b>	<b>80,3</b>	<b>81,4</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114581074130>

Nota: La metodología utilizada para calcular la esperanza de vida puede variar en cada país, lo que afecta a la comparabilidad (la utilización de métodos dispares puede modificar las estimaciones de la esperanza de vida de un país en una determinada fracción de un año).

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007. (En el caso de los 22 países europeos, la base de datos Eurostat NewCronos constituye la principal fuente de datos desde 1985 en adelante.)

Tabla A.2.1c. **Esperanza de vida al nacer, varones, de 1960 a 2005**

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Australia	67,9	67,4	71,0	73,9	76,6	78,5
Austria	65,4	66,5	69,0	72,2	75,1	76,7
Bélgica	67,7	67,8	70,0	72,7	74,6	75,8
Canadá	68,4 <i>1961</i>	69,3 <i>1971</i>	71,7	74,4	76,7	77,8 <i>2004</i>
República Checa	67,9	66,1	66,8	67,6	71,6	72,9
Dinamarca	70,4	70,7	71,2	72,0	74,5	75,6
Finlandia	65,5	66,5	69,2	70,9	74,2	75,5
Francia	67,0	68,4	70,2	72,8	75,3	76,7
Alemania	66,9	67,2	69,6	72,0	75,0	76,2
Grecia	67,3	70,1	72,2	74,6	75,5	76,8
Hungría	65,9	66,3	65,5	65,1	67,4	68,6
Islandia	70,7	71,2	73,7	75,4	78,4	79,2
Irlanda	68,1	68,8	70,1	72,1	73,9	77,1
Italia	67,2 <i>1961</i>	69,0 <i>1971</i>	70,6	73,6	76,6	77,6
Japón	65,3	69,3	73,4	75,9	77,7	78,6
Corea	51,1	58,7	61,8	67,3	72,3	75,1
Luxemburgo	66,5	67,1	69,1	72,3	74,8	76,2
México	55,8	58,5	64,1	68,3	71,6	73,0
Países Bajos	71,5	70,8	72,5	73,8	75,5	77,2
Nueva Zelanda	68,7	68,3	70,0	72,4	76,3	77,5
Noruega	71,3	71,0	72,3	73,4	76,0	77,7
Polonia	64,9	66,6	66,0	66,2	69,7	70,8
Portugal	61,2	64,2	67,7	70,4	73,2	74,9
República Eslovaca	68,4	66,7	66,8	66,6	69,1	70,1
España	67,4	69,2	72,5	73,3	75,8	77,4
Suecia	71,2	72,2	72,8	74,8	77,4	78,4
Suiza	68,7	70,7	72,8	74,0	76,9	78,7
Turquía	46,3	52,0	55,8	63,8	68,1	68,9
Reino Unido	67,9	68,7	70,2	72,9	75,4	76,9
Estados Unidos	66,6	67,1	70,0	71,8	74,1	75,2 <i>2004</i>
<b>Media (30)</b>	<b>66,0</b>	<b>67,2</b>	<b>69,3</b>	<b>71,6</b>	<b>74,3</b>	<b>75,7</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114581074130>

Nota: La metodología utilizada para calcular la esperanza de vida puede variar en cada país, lo que afecta a la comparabilidad (la utilización de métodos dispares puede modificar las estimaciones de la esperanza de vida de un país en una determinada fracción de un año).

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007. (En el caso de los 22 países europeos, la base de datos Eurostat NewCronos constituye la principal fuente de datos desde 1985 en adelante.)

Tabla A.2.2a. **Esperanza de vida a los 65 años de edad, mujeres, de 1960 a 2005**

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Australia	15,6	15,6	17,9	19,0	20,4	21,4
Austria	14,7	14,9	16,3	17,8	19,4	20,3
Bélgica	14,8	15,3	16,9	18,5	19,6	20,0
Canadá	16,1 <i>1961</i>	17,5 <i>1971</i>	18,9	19,9	20,4	21,0 <i>2004</i>
República Checa	14,5	14,2	14,3	15,2	17,1	17,3 <i>2003</i>
Dinamarca	15,3	16,7	17,6	17,8	18,3	18,6 <i>2003</i>
Finlandia	13,7	14,4 <i>1971</i>	16,5	17,7	19,6	21,1
Francia	15,6	16,8	18,2	19,8	21,2	21,4 <i>2002</i>
Alemania	14,6	15,0	16,7	17,6	19,4	19,6 <i>2003</i>
Grecia	14,6	15,2	16,8	18,0	18,3	19,4
Hungría	13,8	14,3	14,6	15,3	16,5	16,9
Islandia	16,8 <i>1963</i>	17,8 <i>1973</i>	19,1	19,5	19,7	20,7
Irlanda	14,4	15,0	15,7	16,9	17,8	18,9 <i>2003</i>
Italia	15,3 <i>1961</i>	16,2 <i>1971</i>	17,1	18,8	20,4	..
Japón	14,1	15,3	17,7	20,0	22,4	23,2
Corea	..	14,6	15,1	16,3	18,2	19,9
Luxemburgo	14,5	14,9	16,0	18,2	19,7	19,0 <i>2003</i>
México	14,6	15,6	17,0	18,0	18,3	18,7
Países Bajos	15,3	16,1	18,0	18,9	19,2	20,0
Nueva Zelanda	15,6	16,0	17,0	18,3	20,0	20,4
Noruega	16,0	16,7	18,0	18,5	19,7	20,1 <i>2003</i>
Polonia	14,9	15,3	15,5	16,1	17,5	18,6
Portugal	15,3	15,0	16,5	17,0	18,7	18,9 <i>2003</i>
República Eslovaca	14,6	14,5	15,4	15,7	16,5	16,9
España	15,3	16,0	17,9	19,0	20,4	20,7 <i>2002</i>
Suecia	15,3	16,8	17,9	19,0	20,0	20,6
Suiza	..	..	18,3 <i>1982</i>	19,4	20,7	21,0 <i>2003</i>
Turquía	12,1	12,6	12,8	13,9	14,6	15,0
Reino Unido	15,1	16,0	16,6	17,9	18,9	19,1 <i>2002</i>
Estados Unidos	15,8	17,0	18,3	18,9	19,2	20,0 <i>2004</i>
<b>Media uniforme (28)<sup>a</sup></b>	<b>14,9</b>	<b>15,6</b>	<b>16,8</b>	<b>17,9</b>	<b>19,0</b>	<b>19,6</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114621347642>

Nota: La metodología utilizada para calcular la esperanza de vida puede variar en cada país, lo que afecta a la comparabilidad (la utilización de métodos dispares puede modificar las estimaciones de la esperanza de vida de un país en una determinada fracción de un año).

a) Excluye Corea y Suiza. La media de la OCDE en 2005 incluye el año más reciente del que se dispone de datos en el caso de Italia (2001).

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007. (En el caso de los 22 países europeos, la base de datos Eurostat NewCronos constituye la principal fuente de datos desde 1985 en adelante.)

Tabla A.2.2b. **Esperanza de vida a los 65 años de edad, varones, de 1960 a 2005**

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Australia	12,5	11,9	13,7	15,2	16,9	18,1
Austria	12,0	11,7	12,9	14,3	16,0	17,0
Bélgica	12,4	12,1	13,0	14,3	15,5	16,3
Canadá	13,5 <i>1961</i>	13,7 <i>1971</i>	14,5	15,7	16,8	17,7 <i>2004</i>
República Checa	12,5	11,1	11,2	11,6	13,7	13,9 <i>2003</i>
Dinamarca	13,7	13,7	13,6	14,0	15,2	15,5 <i>2003</i>
Finlandia	11,5	11,4 <i>1971</i>	12,5	13,7	15,6	17,0
Francia	12,5	13,0	13,6	15,5	16,7	17,1 <i>2002</i>
Alemania	12,4	12,0	13,0	14,0	15,7	16,1 <i>2003</i>
Grecia	13,4	13,9	14,6	15,7	16,2	17,2
Hungría	12,3	12,0	11,6	12,0	12,7	13,1
Islandia	15,0 <i>1963</i>	15,0 <i>1973</i>	15,8	16,2	18,1	18,0
Irlanda	12,6	12,4	12,6	13,3	14,6	15,7 <i>2003</i>
Italia	13,4 <i>1961</i>	13,3 <i>1971</i>	13,3	15,1	16,5	..
Japón	11,6	12,5	14,6	16,2	17,5	18,1
Corea	..	10,2	10,5	12,4	14,3	15,8
Luxemburgo	12,5	12,1	12,3	14,2	15,5	15,5 <i>2003</i>
México	14,2	14,8	15,4	16,2	16,8	17,1
Países Bajos	13,9	13,3	13,7	14,4	15,3	16,4
Nueva Zelanda	13,0	12,4	13,2	14,7	16,7	17,5
Noruega	14,5	13,8	14,3	14,6	16,0	16,7 <i>2003</i>
Polonia	12,7	12,5	12,0	12,4	13,6	14,4
Portugal	13,0	12,2	12,9	13,9	15,3	15,6 <i>2003</i>
República Eslovaca	13,2	12,3	12,3	12,2	12,9	13,2
España	13,1	13,3	14,8	15,4	16,6	16,8 <i>2002</i>
Suecia	13,7	14,2	14,3	15,3	16,7	17,4
Suiza	..	..	14,6 <i>1982</i>	15,3	16,9	17,5 <i>2003</i>
Turquía	11,2	11,5	11,7	12,4	12,9	13,1
Reino Unido	11,9	12,0	12,6	14,0	15,7	16,1 <i>2002</i>
Estados Unidos	12,8	13,1	14,1	15,1	16,3	17,1 <i>2004</i>
<b>Media uniforme (28)<sup>a</sup></b>	<b>12,9</b>	<b>12,8</b>	<b>13,4</b>	<b>14,3</b>	<b>15,6</b>	<b>16,2</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114621347642>

Nota: La metodología utilizada para calcular la esperanza de vida puede variar en cada país, lo que afecta a la comparabilidad (la utilización de métodos dispares puede modificar las estimaciones de la esperanza de vida de un país en una determinada fracción de un año).

a) Excluye Corea y Suiza. La media de la OCDE en 2005 incluye el año más reciente del que se dispone de datos en el caso de Italia (2001).

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007. (En el caso de los 22 países europeos, la base de datos Eurostat NewCronos constituye la principal fuente de datos desde 1985 en adelante.)

Tabla A.2.3a. **Años de vida potenciales perdidos (AVPP), todas las causas, mujeres, de 1970 a 2004**

	1970	1980	1990	2000	2004
Australia	6 311	4 267	3 294	2 605	2 362 <i>2003</i>
Austria	6 803	4 950	3 456	2 638	2 386
Bélgica	6 176	4 807	3 574	3 053 <i>1987</i>	..
Canadá	5 646	4 385	3 317	2 676	2 669 <i>2002</i>
República Checa	..	..	4 415	3 019	2 697
Dinamarca	5 169	4 523	3 989	3 055	3 081 <i>2001</i>
Finlandia	5 177	3 363	3 312	2 603	2 511
Francia	5 358	4 206	3 210	2 609	2 467 <i>2003</i>
Alemania	6 673	4 702	3 539	2 606	2 351
Grecia	6 189	4 411	3 215	2 352	2 160
Hungría	8 019	6 908	6 262	4 772	4 310 <i>2003</i>
Islandia	4 029	2 948	2 938	2 117	2 241
Irlanda	6 321	4 780	3 731	3 085	2 471
Italia	6 867	4 324	3 022	2 307	2 179 <i>2002</i>
Japón	5 555	3 382	2 490	2 068	1 906
Corea	..	..	3 980	2 940	2 466
Luxemburgo	7 389	5 261	3 814	2 747	2 087
México	17 634	10 577 <i>1981</i>	8 029	..	..
Países Bajos	4 680	3 579	3 163	2 842	2 500
Nueva Zelanda	6 275	5 518	4 206	3 108	3 069 <i>2001</i>
Noruega	4 110	3 289	3 101	2 561	2 434
Polonia	7 682	5 996	5 227	3 705	3 306
Portugal	11 811	6 308	4 399	3 166	2 858 <i>2003</i>
República Eslovaca	..	..	4 539 <i>1992</i>	3 587	3 638 <i>2002</i>
España	6 350 <i>1969</i>	3 933	3 184	2 325	2 079
Suecia	4 345	3 429	2 937	2 191	2 141 <i>2002</i>
Suiza	4 910	3 704	3 016	2 399	2 133
Turquía	..	..	..	..	..
Reino Unido	5 756	4 667	3 559	2 947 <i>1999</i>	2 713
Estados Unidos	6 679	5 125	4 338	3 772	3 719 <i>2002</i>
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	..	..	<b>3 836</b>	<b>2 852</b>	<b>2 627</b>
<b>Media uniforme (24)<sup>b</sup></b>	<b>6 171</b>	<b>4 498</b>	<b>3 613</b>	<b>2 802</b>	<b>2 589</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114641652540>

a) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes.

b) Excluye a Bélgica, la República Checa, Corea, México, la República Eslovaca y Turquía.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007. Los datos brutos sobre mortalidad se extraen de la Base de datos de mortalidad de la OMS (a la que se accedió en abril de 2007)

Tabla A.2.3b. **Años de vida potenciales perdidos (AVPP), todas las causas, varones, de 1970 a 2004**

	1970	1980	1990	2000	2004
Australia	10 869	7 946	6 016	4 618	4 082 2003
Austria	12 301	9 771	6 836	5 139	4 619
Bélgica	10 566	8 592	6 505	5 576 1987	..
Canadá	9 830	8 130	6 122	4 456	4 296 2002
República Checa	..	..	9 690	6 581	6 012
Dinamarca	8 207	7 380	6 537	4 953	4 723 2001
Finlandia	11 697	8 465	7 714	5 682	5 417
Francia	9 929	8 717	7 184	5 608	5 234 2003
Alemania	11 385	8 600	6 809	4 984	4 354
Grecia	9 257	7 241	5 728	5 140	4 622
Hungría	12 881	12 766	13 288	10 520	9 483 2003
Islandia	9 318	7 133	5 607	4 526	3 114
Irlanda	9 209	7 914	6 151	5 505	4 246
Italia	10 816	7 942	6 029	4 368	4 198 2002
Japón	9 012	5 913	4 602	3 932	3 606
Corea	..	..	8 706	6 388	5 219
Luxemburgo	12 534	7 829	7 013	5 211	4 737
México	22 909	17 383 1981	12 916	..	..
Países Bajos	7 938	6 298	5 231	4 256	3 693
Nueva Zelanda	10 395	8 495	7 361	5 208	5 035 2001
Noruega	8 086	6 799	5 940	4 711	3 961
Polonia	13 026	12 717	11 969	8 698	8 075
Portugal	17 404	11 987	9 064	7 130	6 024 2003
República Eslovaca	..	..	10 683 1992	8 739	8 117 2002
España	10 044 1969	7 265	6 884	5 142	4 528
Suecia	7 178	6 258	5 041	3 661	3 491 2002
Suiza	8 966	7 074	5 991	4 400	3 769
Turquía	..	..	..	..	..
Reino Unido	9 208	7 502	5 934	4 820 1999	4 390
Estados Unidos	11 937	9 516	8 262	6 478	6 418 2002
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	..	..	<b>7 442</b>	<b>5 587</b>	<b>5 017</b>
<b>Media uniforme (24)<sup>b</sup></b>	<b>10 476</b>	<b>8 319</b>	<b>6 971</b>	<b>5 381</b>	<b>4 838</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114641652540>

a) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes.

b) Excluye a Bélgica, la República Checa, Corea, México, la República Eslovaca y Turquía.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007. Los datos brutos sobre mortalidad se extraen de la Base de datos de mortalidad de la OMS (a la que se accedió en abril de 2007)

Tabla A.2.4. **Cardiopatía isquémica e ictus, tasas de mortalidad normalizadas por la edad por cada 100 000 mujeres, varones y población total, 1980 y 2004**

	Cardiopatía isquémica						Ictus					
	1980			2004			1980			2004		
	Mujeres	Varones	Total	Mujeres	Varones	Total	Mujeres	Varones	Total	Mujeres	Varones	Total
Australia	164,9	341,5	242,5	65,4	122,3	91,3 2003	104,5	116,0	110,7	39,5	43,7	41,7 2003
Austria	100,5	219,3	147,1	82,7	144,5	108,3	133,1	168,7	146,7	36,1	45,0	40,1
Bélgica	80,4	186,7	126,0	..	..	..	89,8	111,5	98,7	..	..	..
Canadá	159,1	322,0	231,8	67,7	134,8	97,2 2002	64,1	78,1	70,2	32,3	39,0	35,3 2002
República Checa	..	..	..	117,3	209,4	155,6	..	..	..	95,8	121,5	106,5
Dinamarca	179,6	366,1	261,2	75,3	148,6	106,4 2001	68,6	88,7	77,0	50,8	64,9	56,9 2001
Finlandia	168,9	411,4	265,2	91,0	201,3	137,2	100,4	122,1	108,9	47,7	61,2	53,7
Francia	47,3	108,0	73,5	26,3	64,2	42,5 2003	78,2	111,7	91,8	29,5	41,1	34,5 2003
Alemania	107,6	249,7	162,2	75,7	142,9	104,2	115,3	145,9	126,8	41,3	49,9	45,4
Grecia	44,2	114,5	76,3	53,9	115,8	82,9	151,8	143,9	148,9	99,3	96,0	98,5
Hungría	156,1	298,0	217,0	169,6	292,4	219,7 2003	189,1	243,0	211,7	108,6	160,8	129,5 2003
Islandia	136,7	325,1	224,5	61,6	160,8	106,0	67,0	67,0	67,0	37,1	46,5	41,1
Irlanda	177,2	367,3	264,9	80,3	164,4	118,4	127,3	132,0	129,7	41,2	45,9	43,7
Italia	86,9	169,6	123,2	46,9	97,7	68,5 2002	104,0	133,9	116,7	49,4	64,1	55,4 2002
Japón	39,5	65,7	50,9	19,5	42,0	29,5	148,1	203,8	172,3	39,6	65,7	50,7
Corea	..	..	..	27,1	45,6	34,9	..	..	..	81,3	118,2	95,8
Luxemburgo	96,5	191,0	137,7	47,1	110,0	72,5	159,5	203,8	177,0	50,4	57,2	53,4
México	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Países Bajos	106,1	246,2	167,2	40,8	89,6	61,5	73,6	89,5	80,4	41,6	49,5	45,2
Nueva Zelanda	193,3	386,3	277,2	97,1	179,4	133,4 2001	116,0	126,0	120,2	54,2	54,7	55,1 2001
Noruega	125,2	293,4	200,6	56,6	120,7	84,6	86,7	106,6	95,4	41,2	50,8	45,4
Polonia	57,5	160,7	101,5	76,1	160,1	110,9	69,3	82,1	75,1	77,2	102,5	88,1
Portugal	64,2	124,3	89,6	43,8	78,8	59,4 2003	250,1	306,2	273,9	99,6	125,9	111,2 2003
República Eslovaca	..	..	..	215,9	341,3	266,8 2002	..	..	..	70,9	105,6	84,9 2002
España	49,1	108,7	75,1	34,8	79,1	54,5	121,2	142,4	130,3	39,1	49,6	44,0
Suecia	187,7	388,5	276,8	75,7	159,1	112,0 2002	69,6	83,4	75,9	48,7	58,2	53,1 2002
Suiza	71,5	175,7	115,6	47,3	95,2	67,5	80,3	98,1	87,4	26,2	33,2	29,2
Turquía	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Reino Unido	162,0	366,6	247,7	73,1	153,6	108,7	107,4	122,8	114,1	53,1	58,3	55,9
Estados Unidos	168,5	330,2	237,1	94,3	170,3	127,6 2002	65,1	76,7	70,0	38,3	41,4	39,9 2002
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	..	..	..	<b>72,7</b>	<b>141,6</b>	<b>102,3</b>	..	..	..	<b>54,4</b>	<b>68,5</b>	<b>60,5</b>
<b>Media uniforme (24)<sup>b</sup></b>	<b>118,8</b>	<b>255,4</b>	<b>177,8</b>	<b>67,0</b>	<b>134,8</b>	<b>96,3</b>	<b>110,4</b>	<b>133,0</b>	<b>119,9</b>	<b>50,9</b>	<b>62,7</b>	<b>56,1</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114658058720>

Nota: Todas las tasas de mortalidad se han normalizado con arreglo a la población estándar de la OCDE (1980).

a) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes (2001+).

b) Excluye a Bélgica, la República Checa, Corea, México, la República Eslovaca y Turquía.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007. Los datos brutos sobre mortalidad se extraen de la Base de datos de mortalidad de la OMS (a la que se accedió en abril de 2007)

Tabla A.2.5a. **Todos los cánceres, tasas de mortalidad normalizadas por la edad por cada 100 000 mujeres, varones y población total, 1960, 1980 y 2004**

	1960			1980			2004		
	Mujeres	Varones	Total	Mujeres	Varones	Total	Mujeres	Varones	Total
Australia	132,9	192,5	158,5	136,4	239,1	179,1	123,2	195,7	155,0 2003
Austria	182,6	277,0	220,0	162,9	274,0	203,0	127,4	212,9	161,4
Bélgica	174,3	242,8	204,4	158,5	310,0	220,4	..	..	..
Canadá	156,4	200,1	177,3	146,5	238,5	185,8	145,3	212,6	173,2 2002
República Checa	..	..	..	..	..	..	162,9	299,1	218,0
Dinamarca	198,6	230,2	213,0	187,2	267,0	219,7	186,2	245,0	209,3 2001
Finlandia	159,0	268,1	202,2	132,8	264,2	180,2	110,1	182,7	137,8
Francia	147,6	234,9	182,0	128,4	281,1	192,0	115,4	244,0	170,2 2003
Alemania	179,3	236,3	203,1	162,2	266,9	200,0	127,6	210,1	161,2
Grecia	96,1	151,4	120,5	109,8	195,5	148,3	108,3	208,8	153,7
Hungría	165,1	210,2	184,1	176,9	299,1	227,0	177,9	345,7	244,8 2003
Islandia	217,8	211,1	213,2	140,3	191,8	162,6	140,6	176,3	154,8
Irlanda	150,1	182,6	165,5	169,1	237,9	199,3	150,5	223,7	180,7
Italia	137,6	191,2	161,2	135,2	256,0	187,0	121,6	231,0	167,3 2002
Japón	127,6	185,6	153,5	116,9	208,5	156,1	99,3	207,5	145,1
Corea	..	..	..	..	..	..	100,8	256,8	162,3
Luxemburgo	152,2	199,4	174,6	182,0	289,2	225,1	109,5	223,9	156,8
México	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Países Bajos	170,5	228,0	197,5	149,9	297,0	210,8	146,1	235,6	182,2
Nueva Zelanda	147,3	191,3	166,6	165,8	247,9	198,6	151,8	222,3	181,0 2001
Noruega	143,9	180,0	159,7	137,4	207,5	166,1	134,5	201,0	161,2
Polonia	110,4	148,0	125,1	139,8	244,7	182,3	145,0	287,9	201,4
Portugal	104,8	140,0	119,0	119,7	200,0	152,5	106,7	211,4	151,3 2003
República Eslovaca	..	..	..	..	..	..	139,1	291,8	200,0 2002
España	120,8	173,3	142,7	112,6	211,2	153,9	99,1	228,2	155,3
Suecia	155,6	189,5	170,5	150,1	212,7	175,5	130,1	176,7	148,8 2002
Suiza	161,7	238,4	193,9	142,0	250,7	185,7	111,7	185,6	142,3
Turquía	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Reino Unido	156,4	248,3	193,3	168,7	273,0	208,1	148,6	214,1	175,6
Estados Unidos	145,9	197,5	169,3	144,4	234,2	180,7	140,2	203,0	166,3 2002
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	..	..	..	..	..	..	<b>131,8</b>	<b>227,2</b>	<b>171,0</b>
<b>Media uniforme (24)<sup>b</sup></b>	<b>150,8</b>	<b>204,4</b>	<b>173,6</b>	<b>146,5</b>	<b>245,3</b>	<b>186,6</b>	<b>131,5</b>	<b>220,2</b>	<b>168,2</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114658058720>

Nota: Todas las tasas de mortalidad se han normalizado con arreglo a la población estándar de la OCDE (1980).

a) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes (2001+).

b) Excluye a Bélgica, la República Checa, Corea, México, la República Eslovaca y Turquía.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007. Los datos brutos sobre mortalidad se extraen de la Base de datos de mortalidad de la OMS (a la que se accedió en abril de 2007)

Tabla A.2.5b. **Cánceres de pulmón, tasas de mortalidad normalizadas por la edad por cada 100 000 mujeres, varones y población total, 1960, 1980 y 2004**

	1960			1980			2004		
	Mujeres	Varones	Total	Mujeres	Varones	Total	Mujeres	Varones	Total
Australia	4,6	35,9	19,0	13,0	70,8	38,2	19,5	42,5	30,0 2003
Austria	7,3	65,5	31,2	10,4	72,5	34,0	16,3	48,5	30,0
Bélgica	5,1	48,5	24,8	8,4	110,6	51,7	..	..	..
Canadá	4,8	33,9	19,2	17,2	75,0	42,9	35,1	63,5	47,4 2002
República Checa	..	..	..	..	..	..	17,4	77,5	42,7
Dinamarca	8,1	38,2	22,3	18,8	75,2	43,5	39,0	62,9	49,0 2001
Finlandia	3,8	76,1	33,0	8,7	94,2	41,1	11,3	45,1	25,1
Francia	4,5	28,2	14,6	5,2	57,1	27,6	11,5	59,1	32,7 2003
Alemania	6,0	45,2	22,7	8,1	70,8	31,9	15,7	53,5	31,9
Grecia	6,1	32,6	18,1 1961	8,3	59,7	31,7	10,3	67,7	36,6
Hungría	8,5	35,6	20,5	14,0	79,5	41,7	29,5	105,5	60,5 2003
Islandia	16,5	12,6	15,1	29,7	24,5	27,0	38,5	37,3	37,8
Irlanda	7,3	32,0	19,5	19,8	62,9	39,7	27,3	51,8	38,1
Italia	5,2	26,4	14,9	8,2	71,8	36,3	12,5	66,4	35,7 2002
Japón	4,6	13,4	8,6	10,2	35,7	21,1	11,8	46,9	26,6
Corea	..	..	..	..	..	..	15,3	66,3	35,1
Luxemburgo	..	..	..	10,6	96,5	46,8	14,3	59,6	33,5
México	..	..	..	7,0	18,4	12,2 1981	..	..	..
Países Bajos	4,6	53,9	28,0	8,1	113,0	52,9	26,0	72,2	45,4
Nueva Zelanda	6,1	37,6	20,7	17,6	71,6	41,1	26,6	45,2	34,6 2001
Noruega	3,6	16,2	9,5	7,6	33,8	19,3	23,7	44,3	32,7
Polonia	4,2	22,5	11,8	9,5	72,6	36,0	17,8	91,0	47,8
Portugal	2,9	11,4	6,4	5,0	28,7	15,0	7,0	40,7	21,8 2003
República Eslovaca	..	..	..	..	..	..	9,8	73,0	35,5 2002
España	5,1	22,5	12,7	5,4	46,1	22,9	7,5	63,4	32,5
Suecia	4,9	19,1	11,6	9,9	35,8	21,4	19,2	29,9	23,8 2002
Suiza	4,2	41,5	20,6	7,4	66,3	32,6	15,5	43,4	27,6
Turquía	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Reino Unido	10,4	82,0	40,9	23,8	103,7	56,1	28,7	52,4	39,0
Estados Unidos	6,0	40,7	22,4	22,1	77,2	45,5	37,3	65,0	49,3 2002
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	..	..	..	..	..	..	<b>20,2</b>	<b>58,3</b>	<b>36,4</b>
<b>Media uniforme (24)<sup>b</sup></b>	<b>6,1</b>	<b>35,8</b>	<b>19,3</b>	<b>12,5</b>	<b>65,2</b>	<b>34,8</b>	<b>21,2</b>	<b>56,4</b>	<b>36,3</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114658058720>

Nota: Todas las tasas de mortalidad se han normalizado con arreglo a la población estándar de la OCDE (1980).

a) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes (2001+).

b) Excluye a Bélgica, la República Checa, Corea, México, la República Eslovaca y Turquía.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007. Los datos brutos sobre mortalidad se extraen de la Base de datos de mortalidad de la OMS (a la que se accedió en abril de 2007)

Tabla A.2.5c. **Cánceres de mama y de próstata, tasas de mortalidad normalizadas por la edad, 1960, 1980 y 2004**

	Cáncer de mama por cada 100 000 mujeres			Cáncer de próstata por cada 100 000 varones		
	1960	1980	2004	1960	1980	2004
Australia	24,4	24,9	21,1 2003	25,9	26,3	26,0 2003
Austria	20,3	26,5	22,5	23,2	27,1	24,6
Bélgica	26,7	33,0	..	23,8	29,7	..
Canadá	30,4	29,5	23,7 2002	22,1	24,2	22,9 2002
República Checa	..	..	25,5	..	..	31,1
Dinamarca	31,9	34,6	32,8 2001	23,2	28,9	35,1 2001
Finlandia	17,3	20,4	19,1	20,5	30,2	27,6
Francia	20,7	23,5	23,5 2003	26,2	26,5	24,8 2003
Alemania	21,4	27,0	24,5	19,9	27,1	21,8
Grecia	6,0 1961	18,3	20,9	7,3 1961	12,8	18,6
Hungría	15,3	26,2	28,5 2003	17,9	26,8	25,7 2003
Islandia	26,6	15,9	23,9	14,1	13,0	33,0
Irlanda	24,7	35,7	28,0	15,2	25,3	30,5
Italia	18,7	24,2	22,6 2002	13,3	18,1	17,3 2002
Japón	4,7	6,6	10,4	2,3	4,5	9,3
Corea	..	..	5,6	..	..	8,2
Luxemburgo	..	30,2	20,1	..	31,2	17,1
México	..	8,1 1981	..	..	12,6 1981	..
Países Bajos	32,0	33,3	27,7	23,1	28,3	26,7
Nueva Zelanda	25,8	34,0	26,4 2001	21,9	30,2	31,8 2001
Noruega	22,0	23,0	20,1	27,7	37,3	36,0
Polonia	7,2	18,3	18,8	6,0	14,5	22,5
Portugal	15,2	18,8	19,2 2003	15,6	24,5	25,9 2003
República Eslovaca	..	..	22,1 2002	..	..	23,5 2002
España	10,6	17,2	17,4	16,5	22,0	19,7
Suecia	25,7	25,2	19,6 2002	28,7	35,0	34,4 2002
Suiza	29,8	31,1	23,0	26,9	32,2	27,3
Turquía	..	..	..	..	..	..
Reino Unido	30,4	35,9	26,0	20,4	21,6	26,1
Estados Unidos	27,5	27,9	22,0 2002	22,9	25,3	20,5 2002
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	..	..	<b>22,0</b>	..	..	<b>24,7</b>
<b>Media uniforme (24)<sup>b</sup></b>	<b>21,2</b>	<b>25,1</b>	<b>22,7</b>	<b>19,2</b>	<b>24,4</b>	<b>25,6</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114658058720>

Nota: Todas las tasas de mortalidad se han normalizado con arreglo a la población estándar de la OCDE (1980).

a) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes (2001+).

b) Excluye a Bélgica, la República Checa, Corea, México, la República Eslovaca y Turquía.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007. Los datos brutos sobre mortalidad se extraen de la Base de datos de mortalidad de la OMS (a la que se accedió en abril de 2007)

Tabla A.2.6. **Accidentes de tráfico, tasas de mortalidad normalizadas por cada 100 000 habitantes, de 1960 a 2004**

	1960	1970	1980	1990	2000	2004
Australia	28,1	32,8	24,6	14,4	10,2	8,4 2003
Austria	27,6	33,3	25,5	18,3	11,2	9,8
Bélgica	19,2	29,8	24,9	18,1	..	..
Canadá	21,8	25,0	22,1	13,9	9,6	9,3 2002
República Checa	..	..	..	14,5	14,1	11,8
Dinamarca	17,1	24,2	13,5	11,2	9,1	8,2 2001
Finlandia	18,1	23,7	11,4	13,8	7,5	7,6
Francia	18,1	23,2	20,4	17,5	12,5	9,7 2003
Alemania	25,6	32,2	20,3	13,6	9,5	7,1
Grecia	4,8	11,6	17,1	21,2	18,2	16,4
Hungría	6,7	16,3	19,1	26,9	13,3	14,1 2003
Islandia	5,3	16,6	10,1	11,1	11,7	7,1
Irlanda	9,0	16,6	17,9	13,9	10,5	6,2
Italia	17,8	24,3	19,2	14,9	12,2	12,0 2002
Japón	15,9	22,5	11,4	11,9	8,5	6,6
Corea	..	..	..	36,1	27,0	17,7
Luxemburgo	23,8	41,6	29,6	18,7	18,7	11,9
México	..	9,3	33,8 1981	21,7	..	..
Países Bajos	17,6	24,8	13,7	8,8	7,1	5,2
Nueva Zelanda	16,5	24,2	19,8	22,3	13,4	12,8 2001
Noruega	8,6	15,0	9,1	8,1	8,6	6,7
Polonia	4,7	12,1	19,9 1983	24,8	16,7	14,9
Portugal	9,1	22,5	29,4	28,0	13,0	17,4 2003
República Eslovaca	..	..	..	20,6 1992	14,4	13,0 2002
España	8,5	13,6 1969	17,1	19,9	14,6	11,2
Suecia	14,4	16,5	10,5	8,8	6,3	5,7 2002
Suiza	22,0	26,1	18,5	13,1	8,2	6,7
Turquía	..	..	..	..	..	..
Reino Unido	14,3	14,2	12,1	9,8	5,8 1999	5,8
Estados Unidos	22,6	27,0	22,4	18,5	15,8	15,9 2002
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	..	..	..	..	..	<b>10,3</b>
<b>Media uniforme (24)<sup>b</sup></b>	<b>15,8</b>	<b>22,5</b>	<b>18,1</b>	<b>16,0</b>	<b>11,3</b>	<b>9,9</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114742443718>

Nota: Todas las tasas de mortalidad se han normalizado con arreglo a la población estándar de la OCDE (1980).

a) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes (2001+).

b) Excluye a Bélgica, la República Checa, Corea, México, la República Eslovaca y Turquía.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007. Los datos brutos sobre mortalidad se extraen de la Base de datos de mortalidad de la OMS (a la que se accedió en abril de 2007).

Tabla A.2.7. **Suicidios, tasas de mortalidad normalizadas por la edad por cada 100 000 habitantes, de 1960 a 2004**

	1960	1970	1980	1990	2000	2004
Australia	11,3	13,3	11,2	12,5	11,8	10,2 2003
Austria	21,2	23,0	23,7	20,5	16,5	14,5
Bélgica	13,3	15,1	20,2	16,6	..	..
Canadá	8,8	12,4	13,9	12,0	10,8	10,6 2002
República Checa	..	..	..	17,8	13,8	13,0
Dinamarca	19,7	20,4	29,2	20,5	11,4	11,3 2001
Finlandia	21,6	21,4	24,1	27,8	20,4	18,4
Francia	15,0	14,7	17,9	17,7	15,6	15,3 2003
Alemania	17,5	20,2	18,5	14,5	11,0	10,3
Grecia	4,1	3,1	3,1	3,1	3,0	2,6
Hungría	25,6	32,9	41,4	35,3	26,8	22,6 2003
Islandia	9,5	14,9	11,4	15,9	18,0	11,7
Irlanda	3,0	1,9	7,1	10,1	11,8	10,0
Italia	6,2	5,6	6,7	6,5	5,8	5,6 2002
Japón	25,1	17,4	17,9	14,5	19,1	19,1
Corea	..	..	..	7,9	14,1	24,2
Luxemburgo	8,7	13,6	11,6	16,0	12,8	12,5
México	..	1,7	2,3 1981	3,0	..	..
Países Bajos	7,3	8,5	9,9	8,7	8,2	7,9
Nueva Zelanda	10,7	10,7	11,3	13,4	12,0	13,0 2001
Noruega	6,2	8,1	11,9	14,4	11,6	10,9
Polonia	8,9	11,7	12,6 1979	12,9	13,8	14,0
Portugal	9,8	8,9	7,6	8,0	4,1	8,7 2003
República Eslovaca	..	..	..	14,6 1992	12,4	11,9 2002
España	6,0	4,6 1969	4,4	6,8	6,9	6,6
Suecia	15,9	20,4	17,7	15,0	10,9	11,4 2002
Suiza	18,6	18,2	23,8	19,1	16,2	14,0
Turquía	..	..	..	..	..	..
Reino Unido	9,7	7,3	8,1	7,4	6,9 1999	6,3
Estados Unidos	11,4	12,3	11,6	11,9	9,8	10,2 2002
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	..	..	..	..	..	<b>12,1</b>
<b>Media uniforme (24)<sup>b</sup></b>	<b>12,6</b>	<b>13,6</b>	<b>14,9</b>	<b>14,4</b>	<b>12,3</b>	<b>11,6</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114742443718>

Nota: Todas las tasas de mortalidad se han normalizado con arreglo a la población estándar de la OCDE (1980).

a) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes (2001+).

b) Excluye a Bélgica, la República Checa, Corea, México, la República Eslovaca y Turquía.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007. Los datos brutos sobre mortalidad se extraen de la Base de datos de mortalidad de la OMS (a la que se accedió en abril de 2007).

Tabla A.2.8. **Tasa de mortalidad en niños menores de un año, muertes por cada 1 000 nacidos vivos, de 1970 a 2005**

	1970	1980	1990	2000	2005
Australia	17,9	10,7	8,2	5,2	5,0
Austria	25,9	14,3	7,8	4,8	4,2
Bélgica	21,1	12,1	6,5	4,8	3,7
Canadá	18,8	10,4	6,8	5,3	5,3 2004
República Checa	20,2	16,9	10,8	4,1	3,4
Dinamarca	14,2	8,4	7,5	5,3	4,4
Finlandia	13,2	7,6	5,6	3,8	3,0
Francia	18,2	10,0	7,3	4,4	3,6
Alemania	22,5	12,4	7,0	4,4	3,9
Grecia	29,6	17,9	9,7	5,4	3,8
Hungría	35,9	23,2	14,8	9,2	6,2
Islandia	13,3	7,8	5,8	3,0	2,3
Irlanda	19,5	11,1	8,2	6,2	4,0
Italia	29,0	14,6	8,2	4,5	4,7
Japón	13,1	7,5	4,6	3,2	2,8
Corea	45,0	17,0 1981	12,0 1989	6,2 1999	5,3 2002
Luxemburgo	25,0	11,4	7,3	5,1	2,6
México	79,4	51,0	36,2	23,3	18,8
Países Bajos	12,7	8,6	7,1	5,1	4,9
Nueva Zelanda	16,7	13,0	8,4	6,1	5,1
Noruega	12,7	8,1	6,9	3,8	3,1
Polonia	36,7	25,5	19,3	8,1	6,4
Portugal	55,5	24,2	11,0	5,5	3,5
República Eslovaca	25,7	20,9	12,0	8,6	7,2
España	28,1	12,3	7,6	4,4	4,1
Suecia	11,0	6,9	6,0	3,4	2,4
Suiza	15,1	9,1	6,8	4,9	4,2
Turquía	145,0	117,5	55,4	28,9	23,6
Reino Unido	18,5	12,1	7,9	5,6	5,1
Estados Unidos	20,0	12,6	9,2	6,9	6,8 2004
<b>Media (30)</b>	<b>28,7</b>	<b>17,8</b>	<b>11,1</b>	<b>6,7</b>	<b>5,4</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114756500755>

Nota: En Canadá, Japón, Estados Unidos y algunos países nórdicos, los niños muy prematuros con muy escasas posibilidades de supervivencia se registran como nacidos vivos, lo que eleva las tasas de mortalidad en comparación con otros países que no siguen tal procedimiento.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.2.9. **Bajo peso al nacer, porcentaje del total de nacidos vivos, de 1960 a 2005**

	1980	1990	2000	2005
Australia	5,6 <i>1983</i>	6,1	6,3	6,4 <i>2004</i>
Austria	5,7	5,6	6,3	6,8
Bélgica	5,6 <i>1982</i>	6,1	7,3	7,8 <i>2004</i>
Canadá	5,8	5,5	5,5	5,9 <i>2004</i>
República Checa	5,9	5,5	5,8	6,7
Dinamarca	5,8	5,2	4,7	4,9
Finlandia	3,9	3,6	4,3	4,1
Francia	5,2 <i>1981</i>	5,3	6,8	6,8 <i>2004</i>
Alemania	5,5	5,7	6,4	6,8
Grecia	5,9	6,0	8,1	8,8
Hungría	10,4	9,3	8,4	8,2
Islandia	3,4	2,9	3,9	3,9
Irlanda	..	4,2	4,8	4,9 <i>2004</i>
Italia	5,6	5,6	6,7	6,7 <i>2004</i>
Japón	5,2	6,3	8,6	9,5
Corea	..	2,6 <i>1993</i>	3,8	4,3
Luxemburgo	6,3	5,4	4,3 <i>2001</i>	4,9 <i>2003</i>
México	..	..	9,7	8,8
Países Bajos	4,0 <i>1979</i>	4,8	5,2	6,2
Nueva Zelanda	5,8	6,2	6,4	6,1 <i>2004</i>
Noruega	3,8	4,6	5,0	4,8 <i>2004</i>
Polonia	7,6	8,1	5,7	6,1
Portugal	4,6	5,6	7,1	7,5
República Eslovaca	5,9	5,8	6,7	7,2
España	2,8 <i>1982</i>	4,5	6,5	7,1 <i>2004</i>
Suecia	4,2	4,5	4,4	4,2 <i>2004</i>
Suiza	5,1	5,5	6,3	7,0
Turquía	..	..	..	11,3 <i>2003</i>
Reino Unido	6,7	6,7	7,5	7,5
Estados Unidos	6,8	7,2	7,6	8,1 <i>2004</i>
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	..	..	..	<b>6,6</b>
<b>Media uniforme (26)<sup>b</sup></b>	<b>5,5</b>	<b>5,7</b>	<b>6,2</b>	<b>6,5</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114774032850>

a) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes (2003+).

b) Excluye a Irlanda, Corea, México y Turquía.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.2.10. **Promedio de dientes cariados, perdidos o empastados, niños de 12 años de edad, de 1980 a 2003**

	1980	1985	1990	1995	2000	2003
Australia	3,6	2,1	1,4	1,0	0,8	1,0 2001
Austria	3,0	4,3	4,2	3,0 1993	1,0 2002	1,0 2002
Bélgica	..	3,2 1986	2,7	1,9 1994	1,1 2001	1,1 2001
Canadá	3,2 1982	..	..	..	..	..
República Checa	..	3,3 1987	..	3,1 1994	3,1	3,0
Dinamarca	..	..	1,3 1991	1,2	1,0	0,9
Finlandia	5,2 1979	2,8	1,2 1991	1,2 1994	1,2	1,2
Francia	..	4,2 1987	3,0	2,1 1993	1,9 1998	1,2 2006
Alemania	6,4	6,3 1986	4,1	2,3	1,2	0,7 2005
Grecia	..	4,7	4,4	2,5	2,7 1998	..
Hungría	6,6	5,0	4,3 1991	3,8 1996	3,3 2001	3,3 2001
Islandia	7,8 1983	6,6 1986	3,4 1991	1,5 1996	..	2,1 2005
Irlanda	5,4	2,9	2,7	1,5 1996	1,1 2002	1,1 2002
Italia	5,5	4,0	4,0	2,1 1996	..	1,2
Japón	5,4 1981	4,9 1987	3,6 1993	3,6 1993	2,4 1999	1,7 2005
Corea	..	..	..	3,1	3,3	..
Luxemburgo	4,0 1982	3,3	2,7	2,3 1994	1,2 2001	0,9
México	..	..	..	..	..	..
Países Bajos	4,8	2,4	1,5	0,7 1996	1,1	0,8 2002
Nueva Zelanda	5,1	3,2	2,0	1,4	1,6	1,6
Noruega	3,3 1982	3,4	2,4	1,9	1,5	1,7
Polonia	7,0	4,4	5,1 1991	4,0 1998	3,8	3,8 2000
Portugal	4,6 1979	3,8	3,2	..	3,0	3,0 2000
República Eslovaca	..	..	..	..	3,2 2001	2,8
España	..	4,2	3,5 1989	2,3 1994	1,1	..
Suecia	3,2 1982	3,1	2,0	1,4	1,0	1,1 2002
Suiza	3,0	2,2 1984	1,6 1988	0,8 1996	0,9	0,9 2005
Turquía	..	2,7 1987	2,7	..	..	1,9 2004
Reino Unido	3,1 1983	3,1 1983	1,6 1988	1,1 1996	0,9	0,8
Estados Unidos	2,6	1,8 1986	1,3 1991	1,3 1996	1,2	1,3 2004
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	..	..	..	..	..	<b>1,6</b>
<b>Media uniforme (16)<sup>b</sup></b>	<b>4,5</b>	<b>3,5</b>	<b>2,6</b>	<b>2,0</b>	<b>1,5</b>	<b>1,4</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114782440136>

a) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes (2000+).

b) Excluye a Bélgica, Canadá, la República Checa, Dinamarca, Francia, Grecia, Islandia, Italia, Corea, México, Portugal, la República Eslovaca, España y Turquía.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.2.12. **Tasas de incidencia del SIDA, por cada millón de habitantes, de 1985 a 2005**

	1985	1990	1995	2000	2005
Australia	8,0	39,0	45,0	14,0	13,0
Austria	3,0	21,4	26,2	10,5	12,5
Bélgica	7,0	21,0	24,5	13,6	15,5
Canadá	15,5	52,8	56,2	16,2	9,8
República Checa	0,1	0,5	1,3	1,4	1,1
Dinamarca	7,5	38,3	40,7	10,9	8,9
Finlandia	1,0	3,0	8,0	3,3	5,4
Francia	10,1	74,0	88,6	28,4	22,0 2004
Alemania	4,0	23,0	22,9	9,6	8,1
Grecia	1,4	14,1	20,7	11,8	9,1
Hungría	0,1	1,8	3,0	2,6	3,3
Islandia	4,1	11,8	15,0	3,6	3,4
Irlanda	1,4	17,4	14,7	3,4	11,2
Italia	3,0	52,0	98,8	33,8	25,4
Japón	0,1	0,3	1,4	2,6	2,9
Corea	0,0	0,1	0,3	0,7	1,4
Luxemburgo	8,0	24,0	36,6	23,0	17,4
México	4,6	32,5	46,4	46,2	45,3 2003
Países Bajos	4,6	28,0	34,5	15,6	12,1
Nueva Zelanda	3,7	21,0	16,9	6,5	8,3
Noruega	3,0	14,0	15,4	8,4	8,5 2003
Polonia	0,1	0,6	3,0	3,2	4,3
Portugal	2,9	25,5	79,4	97,2	79,5
República Eslovaca	0,0	0,0	0,4	0,9	0,6
España	4,3	96,8	178,1	69,3	36,0
Suecia	3,0	15,2	22,2	6,8	5,1
Suiza	13,0	97,0	85,3	28,7	37,1
Turquía	0,0	0,3	0,4	0,7	5,0
Reino Unido	4,0	22,0	30,1	14,1	13,3
Estados Unidos <sup>a</sup>	34,0	167,0	270,0	143,0	137,0
<b>Media (30)</b>	<b>5,1</b>	<b>30,5</b>	<b>42,9</b>	<b>21,0</b>	<b>18,8</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114835427336>

Nota: Los datos correspondientes a los países europeos se han obtenido del Centro Europeo para el Control Epidemiológico del SIDA.

a) Los Estados Unidos ampliaron su definición de caso de vigilancia de SIDA en 1993, lo que elevó las tasas de incidencia notificadas.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.3.1. Consumo de tabaco, fumadores diarios, población de 15 o más años de edad, de 1980 a 2005

	1980			1990			2005		
	Mujeres	Varones	Total	Mujeres	Varones	Total	Mujeres	Varones	Total
Australia	31,1	41,1	36,0	27,0	30,2	28,6 1989	16,5	18,9	17,7 2004
Austria	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Bélgica	28,4	52,6	40,5 1982	26,0	38,0	32,0	16,0	23,0	20,0
Canadá	30,1	38,6	34,4 1979	26,7	29,8	28,2	15,5	19,1	17,3
República Checa	..	..	..	21,0	31,9	26,1 1993	19,4	29,6	24,3
Dinamarca	44,0	57,0	50,5	42,0	47,0	44,5	23,0	29,0	26,0 2004
Finlandia	16,6	35,2	26,1	20,0	32,4	25,9	18,2	26,0	21,8
Francia	16,0	44,0	30,0	20,0	38,0	30,0	19,0	28,0	23,0 2004
Alemania	21,2	48,4	34,8 1978	22,2	38,0	31,2 1989	19,1	29,8	24,3 2003
Grecia	..	..	..	26,0	51,0	38,5	31,3	46,0	38,6 2004
Hungría	..	..	..	..	..	..	24,6	36,9	30,4 2003
Islandia	..	..	..	29,9	30,8	30,3	19,5	19,5	19,5
Irlanda	..	..	..	29,0	31,0	30,0	26,0	28,0	27,0 2002
Italia	16,7	54,3	35,5	17,8	37,8	27,8	16,4	28,7	22,3
Japón	14,4	70,2	42,3	14,3	60,5	37,4	13,8	45,8	29,2
Corea	..	..	..	6,4	65,7	34,6 1989	4,6	46,6	25,3
Luxemburgo	..	..	..	26,0	40,0	33,0 1992	19,0	27,0	23,0
México	..	..	..	14,4	38,3	25,8 1988	16,1	39,1	26,4 2002
Países Bajos	34,0	52,0	43,0	32,0	43,0	37,0	26,0	35,0	31,0
Nueva Zelanda	29,0	35,0	32,0 1981	27,0	28,0	28,0	22,5	22,5	22,5
Noruega	30,0	42,0	36,0	33,0	36,0	35,0	24,0	26,0	25,0
Polonia	..	..	..	28,0	55,0	41,5 1992	19,3	33,9	26,3 2004
Portugal	..	..	..	5,1	33,6	19,0 1987	9,0	26,0	17,0
República Eslovaca	..	..	..	..	..	..	22,5	25,5	24,3
España	..	..	..	21,4	51,5	35,9 1989	22,4	34,2	28,1 2003
Suecia	28,7	36,3	32,4	25,9	25,8	25,8	18,0	13,9	15,9
Suiza	..	..	..	22,8	33,9	28,2 1992	22,8	31,0	26,8
Turquía	..	..	..	24,3	62,8	43,6 1989	17,8	51,1	32,1 2003
Reino Unido	37,0	42,0	39,0	30,0	31,0	30,0	23,0	25,0	24,0
Estados Unidos	29,3	37,6	33,5	22,8	28,4	25,6	14,9	19,1	16,9
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	..	..	..	..	..	..	<b>19,3</b>	<b>29,8</b>	<b>24,3</b>
<b>Media uniforme (15)<sup>b</sup></b>	<b>27,1</b>	<b>45,8</b>	<b>36,4</b>	<b>25,8</b>	<b>36,3</b>	<b>31,1</b>	<b>19,1</b>	<b>26,0</b>	<b>22,5</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/114872487850>

a) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes (2002+).

b) Excluye a Austria, la República Checa, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Corea, Luxemburgo, México, Polonia, Portugal, la República Eslovaca, España, Suiza y Turquía.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.3.2. Consumo de alcohol en litros per cápita, población de 15 o más años de edad, de 1960 a 2005

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Australia	9,4	11,6	12,9	10,5	9,8	9,8 2004
Austria	10,9	13,9	13,8	12,6	11,1	11,1 2003
Bélgica	8,9	11,7	13,5	12,1	10,3	10,7 2003
Canadá	7,0	8,8	10,7	7,4	7,7	7,9 2004
República Checa	...	...	11,7	11,3	11,8	12,0
Dinamarca	5,5	8,6	11,7	11,7	11,5	11,3
Finlandia	2,7	5,8	7,9	9,5	8,6	10,0
Francia		20,4	19,5	15,9	14,0	13,0 2004
Alemania	7,5	13,4	14,2 1982	13,8	10,5	10,0
Grecia	...	...	13,2	10,6	9,5	9,0 2003
Hungría	8,2	11,5	14,9	13,9	12,0	13,2 2004
Islandia	2,5 1961	3,8	4,3	5,2	6,1	7,1
Irlanda	4,9	7,0	9,6	11,2	14,2	13,5
Italia	16,6	17,8	16,3	11,0	9,0	8,1 2003
Japón	5,0 1963	6,1	7,1	8,0	7,6	7,7 2004
Corea	...	...	...	9,1	8,9	8,1
Luxemburgo <sup>a</sup>	13,1	12,8	13,4	14,8	15,4	15,5 2003
México	...	...	3,3	4,9	4,8	4,6 2003
Países Bajos	3,7	7,8	11,5	9,9	10,1	9,7 2003
Nueva Zelanda	5,3	9,8	11,8	10,1	8,9	9,4
Noruega	3,4	4,7	5,3	5,0	5,7	6,4
Polonia	6,3 1961	8,0 1971	8,7 1981	8,3	8,3	8,1 2003
Portugal	17,2 1961	17,8 1969	14,8	16,1	12,9	11,4 2003
República Eslovaca	6,9	12,8	14,5	13,4	8,9	9,3
España	14,6 1962	16,1	18,4	13,5	11,5	11,7 2003
Suecia	4,8	7,2	6,7	6,4	6,2	6,6
Suiza	12,1	14,2	13,5	12,9	11,2	10,1
Turquía	0,9	1,1	1,8	1,4	1,5	1,3
Reino Unido		7,1	9,4	9,8	10,4	11,3
Estados Unidos	7,8	9,5	10,5	9,3	8,3	8,4 2004
<b>Media más reciente<sup>b</sup></b>	...	...	...	...	...	<b>9,5</b>
<b>Media uniforme (29)<sup>c</sup></b>	<b>7,7</b>	<b>10,1</b>	<b>11,2</b>	<b>10,3</b>	<b>9,5</b>	<b>9,5</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115002682670>

a) En Luxemburgo, las ventas nacionales no reflejan con precisión el consumo real de los residentes, dado el importante nivel de consumo por los turistas y el tráfico transfronterizo de bebidas alcohólicas.

b) La media refleja los datos más recientes disponibles para todos los países de la OCDE.

c) Excluye la República Checa, Francia, Grecia, Corea, México y el Reino Unido.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

**Tabla A.3.3. Tasas de sobrepeso y obesidad, población de 15 o más años de edad, último año disponible**

		Población con sobrepeso 25 < IMC < 30			Población obesa IMC ≥ 30			Población con sobrepeso y obesidad IMC > 25		
		Mujeres	Varones	Total	Mujeres	Varones	Total	Mujeres	Varones	Total
Australia <sup>a</sup>	1999	28,2	45,3	36,7	21,4	21,9	21,7	49,6	67,2	58,4
Austria	1999	21,3	54,3	37,0	9,1	9,1	9,1	30,4	63,4	46,1
Bélgica	2004	24,4	38,7	31,4	13,4	11,9	12,7	37,8	50,6	44,1
Canadá	2005	24,7	39,3	31,9	19,0	17,0	18,0	43,7	56,3	49,9
República Checa <sup>a</sup>	2005	29,0	42,0	35,0	17,0	18,0	17,0	46,0	60,0	52,0
Dinamarca	2005	26,4	40,9	33,2	11,8	11,0	11,4	38,2	51,9	44,6
Finlandia	2005	26,6	44,8	35,0	13,5	14,9	14,1	40,1	59,7	49,2
Francia	2004	19,6	31,1	25,1	9,3	9,8	9,5	29,0	40,5	34,6
Alemania	2005	28,7	43,5	36,0	12,8	14,4	13,6	41,5	57,9	49,6
Grecia	2003	29,9	41,1	35,2	18,2	26,0	21,9	48,1	67,1	57,1
Hungría	2003	29,8	38,7	34,0	18,0	19,6	18,8	47,8	58,3	52,8
Islandia	2002	28,0	44,6	35,9	12,4	12,4	12,4	40,4	57,0	48,3
Irlanda	2002	25,0	41,0	34,0	12,0	14,0	13,0	37,0	55,0	47,0
Italia	2005	26,2	43,9	34,7	9,7	10,2	9,9	35,9	54,0	44,6
Japón	2004	16,9	24,5	20,3	3,2	2,8	3,0	20,1	27,3	23,3
Corea	2005	23,7	30,3	27,0	3,3	3,7	3,5	27,0	34,0	30,5
Luxemburgo <sup>a</sup>	2005	25,4	41,1	34,6	18,5	18,8	18,6	43,9	59,9	53,3
México	2005	36,6	42,6	39,1	34,7	23,7	30,2	71,3	66,4	69,2
Países Bajos	2005	28,2	40,5	34,2	11,4	9,9	10,7	39,6	50,4	44,9
Nueva Zelanda <sup>a</sup>	2003	28,4	42,1	35,2	21,7	20,1	20,9	50,2	62,2	56,2
Noruega	2005	26,0	43,0	34,0	8,0	9,0	9,0	34,0	52,0	43,0
Polonia	2004	26,6	39,5	32,8	12,5	12,6	12,5	39,1	52,1	45,3
Portugal	1999	31,8	42,3	36,8	14,0	11,4	12,8	45,8	53,7	49,6
República Eslovaca	2003	24,9	42,0	32,2	15,6	15,2	15,4	40,5	57,2	47,6
España	2003	27,6	43,5	35,3	13,4	12,9	13,1	40,9	56,3	48,4
Suecia	2005	25,9	40,7	33,3	10,3	11,1	10,7	36,2	51,8	44,0
Suiza	2002	21,8	37,5	29,4	7,5	7,9	7,7	29,3	45,4	37,1
Turquía	2003	28,9	33,6	31,6	14,5	9,7	12,0	43,4	43,3	43,4
Reino Unido <sup>a</sup>	2005	32,1	42,6	37,0	24,2	22,1	23,0	56,3	64,7	60,0
Estados Unidos <sup>a</sup>	2004	28,6	39,7	34,1	33,2	31,1	32,2	61,8	70,8	66,3

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115012043761>

Nota: Las tasas de obesidad indican el porcentaje de la población que tiene un índice de masa corporal (IMC) de 30 o superior. Las tasas de sobrepeso indican el porcentaje de la población que tiene un IMC de 25 a 30. El IMC es un único número que permite evaluar el estado de peso de la persona en relación con su estatura (peso/estatura<sup>2</sup>; el peso se mide en kilogramos y la estatura en metros).

a) En Australia, la República Checa, Luxemburgo, Nueva Zelanda, el Reino Unido y los Estados Unidos, las cifras se basan en exploraciones de la salud y no en la información facilitada por los sujetos. Las estimaciones de obesidad basadas en las exploraciones de la salud suelen generar valores más altos y más fiables que las derivadas de declaraciones de los sujetos, ya que evitan los errores en cuanto a la estimación del peso y la estatura. Sin embargo, tales exploraciones sólo se realizan periódicamente en algunos países.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.4.1a. **Número de graduados en medicina, por cada 1 000 médicos, de 1985 a 2005**

	1985	1990	1995	2000	2005
Australia	46,2	28,6	30,8	29,6	32,1 <i>2004</i>
Austria	106,3	82,6	48,6	59,9	58,3 <i>2003</i>
Bélgica	..	..	49,3	45,1	51,0 <i>2003</i>
Canadá	35,3	29,2	28,1	24,5	26,9
República Checa	52,7	33,2	45,0	23,3	22,8
Dinamarca	41,2	32,8	20,1	25,2	40,0 <i>2004</i>
Finlandia	..	46,4	67,4	36,9	41,2
Francia	57,9	30,8	24,9	20,3	17,5 <i>2004</i>
Alemania	..	44,0 <i>1991</i>	50,4	30,7	..
Grecia	29,2	..	34,4	29,0 <i>2001</i>	..
Hungría	37,4	30,8	32,8	29,5	38,4
Islandia	83,1	52,3	40,8	34,1	39,9
Irlanda	..	61,0 <i>1992</i>	61,4	64,7	51,9
Italia	..	35,9 <i>1993</i>	30,8	27,6	28,9
Japón	45,0	40,3	36,9 <i>1994</i>	30,5	29,1 <i>2004</i>
Corea	..	..	..	58,0	55,7
Luxemburgo	..	..	..	..	..
México	..	..	..	..	..
Países Bajos	45,5	38,7	33,5 <i>1998</i>	27,8	28,8
Nueva Zelanda	45,2	45,1	36,5	37,5	38,0 <i>2004</i>
Noruega	34,9	25,3 <i>1991</i>	26,3	31,8	27,3
Polonia	..	..	..	..	..
Portugal	35,6	18,5	14,3	19,0	20,8
República Eslovaca	..	..	..	34,3	34,6 <i>2004</i>
España	..	..	47,1	33,2	29,6 <i>2003</i>
Suecia	38,9	27,5	29,2	28,3	25,1 <i>2004</i>
Suiza	51,5	40,8	30,6	30,0	22,1
Turquía	59,4	88,7	60,8	60,3	42,7 <i>2004</i>
Reino Unido	54,4 <i>1987</i>	39,3	37,4	38,5	35,8
Estados Unidos	..	31,0 <i>1993</i>	30,5	27,8	26,5 <i>2004</i>
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	..	..	..	..	<b>34,6</b>
<b>Media uniforme (21)<sup>b</sup></b>	..	<b>40,9</b>	<b>36,5</b>	<b>33,7</b>	<b>33,1</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115067578456>

a) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes (2003+).

b) Excluye a Bélgica, Alemania, Grecia, Corea, Luxemburgo, México, Polonia, la República Eslovaca y España.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.4.1b. **Número de graduados en enfermería por cada 1 000 enfermeros, de 1985 a 2005**

	1985	1990	1995	2000	2005
Australia	22,4 <i>1986</i>	19,3	29,5	22,8	28,7 <i>2004</i>
Austria	42,5	36,5	39,5	36,9	38,1 <i>2004</i>
Bélgica	..	..	..	..	..
Canadá <sup>a</sup>	43,3	36,7	30,3	20,2	31,7 <i>2004</i>
República Checa	60,5	62,4	85,2	55,8 <i>1999</i>	58,1
Dinamarca	58,7	64,4	49,7	50,0	45,4 <i>2004</i>
Finlandia	..	136,0	233,8	113,3	70,4 <i>2003</i>
Francia	57,0	41,9	39,7	36,3	44,6 <i>2004</i>
Alemania	..	..	..	..	..
Grecia	..	..	21,6	25,8	36,8 <i>2004</i>
Hungría	..	65,7	67,4	57,1	47,6
Islandia	..	..	..	..	37,3
Irlanda	..	39,8	32,3	17,9 <i>2001</i>	22,7
Italia	..	..	..	18,3 <i>2002</i>	22,3
Japón <sup>b</sup>	..	..	..	..	40,1
Corea	..	..	..	165,6	152,3
Luxemburgo	..	..	..	17,9 <i>2003</i>	11,0
México	..	..	..	..	..
Países Bajos	..	..	28,0 <i>1997</i>	21,8	23,5
Nueva Zelanda	..	..	40,9 <i>1996</i>	32,0	29,0 <i>2003</i>
Noruega	..	..	66,9 <i>1997</i>	68,0	51,3
Polonia	..	..	..	..	..
Portugal	38,9	35,2	55,4	35,1	52,4
República Eslovaca	..	..	118,6	72,5	96,6 <i>2004</i>
España	..	..	..	..	49,0 <i>2003</i>
Suecia	49,0	45,7	18,8	32,6	40,0 <i>2004</i>
Suiza	..	..	..	44,6	44,7 <i>2004</i>
Turquía	..	..	..	22,5	30,7 <i>2004</i>
Reino Unido	..	..	..	33,2 <i>2003</i>	38,5
Estados Unidos <sup>c</sup>	77,4	56,7	66,8	56,7 <i>1998</i>	..
<b>Media más reciente<sup>d</sup></b>	..	..	..	..	<b>45,7</b>
<b>Media uniforme (16)<sup>e</sup></b>	..	..	<b>59,9</b>	<b>43,6</b>	<b>44,8</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115067578456>

- a) La escasa tasa de Canadá en 2000 puede obedecer a una respuesta especialmente baja a la encuesta que recopiló los datos en las escuelas de enfermería.
- b) En Japón, el número de diplomados en enfermería se refiere a 2005, mientras que el número de enfermeros corresponde a 2004.
- c) En Estados Unidos sólo se dispone de datos hasta 1998 porque a partir de ese año dejaron de recopilarse datos sobre diplomados en enfermería.
- d) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes (2003+).
- e) Excluye a Bélgica, Alemania, Islandia, Italia, Japón, Corea, Luxemburgo, México, Polonia, España, Suiza, Turquía, el Reino Unido y los Estados Unidos.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.4.2. **Densidad de médicos en ejercicio por cada 1 000 habitantes, de 1970 a 2005**

	1970	1980	1990	2000	2005
Australia	1,3	1,8	2,2	2,5	2,7 2004
Austria	1,4	1,6	2,2	3,1	3,5
Bélgica	1,6 1969	2,3	3,3	3,9	4,0
Canadá <sup>a</sup>	1,5	1,8	2,1	2,1	2,2
República Checa	1,8	2,3	2,7	3,4	3,6
Dinamarca	..	2,3	2,9	3,3	3,6 2004
Finlandia	..	..	2,0	2,3	2,4
Francia <sup>a</sup>	1,2	1,9	3,1	3,3	3,4
Alemania	..	..	2,8 1991	3,3	3,4
Grecia	1,6	2,4	3,4	4,3	4,9 2004
Hungría	2,0	2,3	2,8	3,1	3,0
Islandia <sup>a</sup>	1,4	2,1	2,8	3,4	3,7
Irlanda <sup>a, b</sup>	..	..	2,0 1992	2,2	2,8
Italia	..	..	3,8 1993	4,1	3,8
Japón	1,1	1,3	1,7	1,9	2,0 2004
Corea	..	0,5 1981	0,8	1,3	1,6
Luxemburgo <sup>a</sup>	1,1	1,7	2,0	2,1	2,5
México	..	..	1,0	1,6	1,8
Países Bajos <sup>a, b</sup>	1,2	1,9	2,5	3,2	3,7
Nueva Zelanda <sup>a, b</sup>	1,1 1971	1,6	1,9	2,2	2,2 2004
Noruega <sup>c</sup>	1,4	2,0	2,6 1991	2,9	3,7
Polonia <sup>a</sup>	1,4	1,8	2,1	2,2	2,1
Portugal <sup>b</sup>	0,9	1,9	2,8	3,1	3,4
República Eslovaca <sup>a</sup>	..	..	..	3,1	3,1 2004
España <sup>d</sup>	..	..	..	3,2	3,8
Suecia	1,3	2,2	2,9	3,1	3,4 2004
Suiza	1,5	2,5	3,0	3,5	3,8
Turquía <sup>a</sup>	0,4	0,6	0,9	1,3	1,5 2004
Reino Unido	0,9	1,3	1,6	2,0	2,4
Estados Unidos	..	..	2,1 1993	2,3	2,4
<b>Media más reciente<sup>e</sup></b>	..	..	..	<b>2,8</b>	<b>3,0</b>
<b>Media uniforme (20)<sup>f</sup></b>	<b>1,3</b>	<b>1,9</b>	<b>2,4</b>	<b>2,8</b>	<b>3,1</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115080176310>

- a) Los datos de Canadá, Francia, Islandia, Irlanda, Luxemburgo (antes de 2000), los Países Bajos, Nueva Zelanda, Polonia (antes de 2004), la República Eslovaca y Turquía incluyen a los médicos que trabajan en empresas, la administración y la investigación (no sólo a los que están en contacto con pacientes).
- b) Irlanda, los Países Bajos, Nueva Zelanda y Portugal facilitan el número total de médicos con derecho a ejercer y no el de los que ejercen en la práctica.
- c) En Noruega, los datos de 1997 a 2001 compensan los casos de ejercicio a tiempo parcial, mientras que los demás años corresponden a recuentos individuales.
- d) En los datos de España se incluyen dentistas y estomatólogos.
- e) La media comprende todos los países de la OCDE.
- f) Excluye a Dinamarca, Finlandia, Alemania, Irlanda, Italia, Corea, México, la República Eslovaca, España y los Estados Unidos.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.4.3. **Densidad de personal de enfermería en ejercicio por cada 1 000 habitantes, de 1970 a 2005**

	1970	1980	1990	2000	2005
Australia	6,7	10,3	11,6	10,5	10,4 <i>2004</i>
Austria <sup>a</sup>	3,4	5,4	7,2	9,2	9,4
Bélgica	..	..	..	..	14,8
Canadá	7,0	9,6	11,1	10,1	10,0
República Checa	5,2	5,9	7,2	7,6	8,1
Dinamarca	..	4,9	5,7	7,5	7,7 <i>2004</i>
Finlandia	..	..	4,4	6,1	7,6 <i>2004</i>
Francia	3,1 <i>1971</i>	4,7	5,6	6,7	7,7
Alemania	..	..	..	9,4	9,7
Grecia	1,4	1,9	3,4	3,2	3,8 <i>2004</i>
Hungría	..	..	7,5	7,8	8,8
Islandia	4,2	8,9	12,5	13,3	14,0
Irlanda	..	..	11,3	14,0	15,2
Italia	..	..	5,0 <i>1993</i>	5,2	7,0
Japón	2,5	4,1	5,8	7,6	9,0 <i>2004</i>
Corea	..	..	..	1,4	1,9
Luxemburgo <sup>b</sup>	..	..	..	12,3 <i>2003</i>	13,9
México	..	..	1,8	2,2	2,2
Países Bajos <sup>c</sup>	..	..	..	13,4	14,5
Nueva Zelanda	..	6,1	9,3	9,6	9,5 <i>2004</i>
Noruega	..	..	..	10,3	15,4
Polonia	3,0	4,4	5,5	5,0	5,1
Portugal	1,8 <i>1971</i>	2,3	2,8	3,7	4,6
República Eslovaca	..	..	..	7,4	6,3 <i>2004</i>
España	..	..	..	6,4	7,4
Suecia	4,3	7,0	9,2	9,9	10,6 <i>2004</i>
Suiza	..	..	..	12,9	14,1 <i>2004</i>
Turquía	..	1,0	1,3	1,7	1,8 <i>2004</i>
Reino Unido	..	..	7,9	8,4	9,1
Estados Unidos	3,7	5,6	7,2	8,0	7,9 <i>2002</i>
<b>Media más reciente<sup>d</sup></b>	..	..	..	..	<b>8,9</b>
<b>Media uniforme (15)<sup>e</sup></b>	..	<b>5,5</b>	<b>7,0</b>	<b>7,6</b>	<b>8,0</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115106641123>

- a) Austria declara sólo el personal de enfermería empleado en hospitales.  
 b) Luxemburgo incluye a los auxiliares de enfermería.  
 c) Los Países Bajos declaran el número total de enfermeros con derecho a ejercer y no el de los que ejercen en la práctica.  
 d) La media comprende todos los países de la OCDE.  
 e) Excluye a Bélgica, Finlandia, Alemania, Hungría, Irlanda, Italia, Corea, Luxemburgo, México, los Países Bajos, Noruega, la República Eslovaca, España, Suiza y el Reino Unido.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.4.4a. **Remuneración de especialistas, por cuenta ajena y propia, cociente respecto al PIB per cápita**

	Asalariados						Autónomos					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Australia <sup>a</sup>	...	...	...	...	...	...	5,20	5,21	5,37	5,31	5,30	...
Austria <sup>b</sup>	...	...	...	...	...	...	5,44	5,37	5,27	5,57	...	...
Bélgica <sup>c</sup>	...	...	...	...	...	...	7,44	7,61	7,23	7,43	7,81	...
Canadá <sup>d</sup>	...	...	...	...	...	...	...	5,15	5,12	5,03	4,89	...
República Checa <sup>e</sup>	1,39	1,46	1,60	1,65	1,57	1,56	2,22	2,49	2,44	2,42	2,21	2,28
Dinamarca <sup>f</sup>	2,65	2,71	2,77	2,86	2,90	2,79	...	...	...	...	...	...
Finlandia <sup>g</sup>	...	2,36	2,59	2,62	2,53	2,54	...	...	...	...	...	...
Francia <sup>h</sup>	...	...	...	...	...	...	4,59	4,65	4,79	4,92	4,98	...
Alemania <sup>i</sup>	...	...	...	...	2,68	...	...	...	...	...	...	...
Grecia <sup>j</sup>	...	...	...	...	...	2,30	...	...	2,60	2,66	2,36	...
Hungría <sup>k</sup>	...	...	...	1,74	1,68	1,69	...	...	...	...	...	...
Islandia <sup>l</sup>	...	...	...	...	...	2,89	...	...	...	...	...	...
Irlanda <sup>m</sup>	...	...	...	...	4,65	4,65	...	...	...	...	...	...
Luxemburgo <sup>n</sup>	...	...	...	2,77	...	...	...	...	...	4,15	...	...
México <sup>o</sup>	...	...	...	2,58	...	...	...	...	...	...	...	...
Países Bajos <sup>p</sup>	...	...	...	4,11	4,02	3,96	...	...	...	7,94	8,64	8,38
Nueva Zelanda <sup>q</sup>	3,87	3,77	3,78	3,74	3,60	3,70	...	...	...	...	...	...
Noruega <sup>r</sup>	...	1,69	1,77	2,00	1,81	1,65	...	...	...	...	...	...
Portugal <sup>s</sup>	3,51	3,47	3,48	3,42	3,31	3,28	...	...	...	...	...	...
Suecia <sup>t</sup>	...	...	2,50	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Suiza <sup>u</sup>	...	...	...	...	...	...	...	3,74	3,80	3,65	...	...
Reino Unido <sup>v</sup>	4,44	...	4,73	...	4,82	...	...	...	...	...	...	...
Estados Unidos	...	4,82	...	...	...	...	...	6,49	...	...	...	...

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115112605515>

- a) Los datos corresponden a recuentos individuales. La Secretaría de la OCDE ha deducido los gastos de ejercicio profesional mediante la aplicación del promedio de todos los países de la Organización (30% de remuneración bruta). No se incluyen los sueldos ni los pagos por sesión.
- b) Los datos corresponden a recuentos individuales.
- c) Los datos corresponden a recuentos individuales. Los datos incluyen, al menos en parte, los gastos de ejercicio profesional.
- d) Los datos se basan en los pagos por servicio de especialistas que facturaron a los planes provinciales de atención médica al menos 60.000 dólares canadienses. No incluyen los ingresos procedentes de otros modos de pago.
- e) En el caso de los especialistas asalariados, se incluyen los médicos de atención primaria (MAP) asalariados, los médicos en ejercicio (MAP y especialistas) y los dentistas. Además, no se incluyen los sueldos ni salarios en especie ni los ingresos devengados de consultas privadas. En el caso de los autónomos, no se incluyen los salarios percibidos de hospitales.
- f) Los datos incluyen a los médicos especializados en medicina general. No se computan los ingresos devengados de consultas privadas.
- g) Los datos incluyen a los MAP especialistas y jefes de un hospital o un centro sanitario. La remuneración se basa en el sueldo y los ingresos adicionales para los que trabajan más del 90% del horario laboral general establecido en el convenio colectivo.
- h) Los datos no tienen en cuenta la remuneración de los médicos que comienzan o dejan de ejercer en el año ni de los mayores de 65 años. Los datos se basan en los pagos por servicio y no incluyen los pagos salariales. Incluyen también la remuneración de los estomatólogos.
- i) Los datos hacen referencia sólo al sector público. No se dispone de datos sobre los pagos por horas extraordinarias. No se computan los ingresos devengados de consultas privadas.
- j) En el caso de los especialistas asalariados, los datos corresponden a los especialistas en el nivel intermedio de la jerarquía del Hospital Infantil "Agia Sofia". Se considera que los datos son representativos de todos los especialistas asalariados que trabajan en el sector público. Los datos de los autónomos se declaran como ingresos individuales. Los pagos no regulados no se computan en los datos de ambos tipos de especialistas y son más frecuentes para los especialistas asalariados.
- k) Los datos hacen referencia sólo al sector público. No se incluyen las gratificaciones, los pagos no regulados ni los ingresos de consultas privadas.
- l) Los datos se refieren únicamente al sector público y no incluyen los ingresos de consultas privadas.
- m) La remuneración se basa en el salario bruto medio correspondiente a una semana de 33 horas. Las cifras excluyen los pagos por intervenciones de urgencia y por guardias, a excepción del pago fijo mínimo anual de 3.500 euros. Los especialistas no perciben horas extraordinarias. Los datos se refieren únicamente al sector público y no incluyen los ingresos de consultas privadas. Dado que el PIB per cápita sobrestima la renta media, la remuneración se presenta como un cociente respecto a la renta nacional bruta.
- n) Las cifras no incluyen a los médicos que perciben ingresos anuales inferiores al salario social mínimo, que era de 16.425 euros en 2003 (no se contabiliza a los especialistas que empezaron o dejaron de ejercer durante el año). Dado que el PIB per cápita sobrestima la renta media, la remuneración se presenta como un cociente respecto a la renta nacional bruta.
- o) Los datos hacen referencia sólo al sector público.
- p) Los especialistas asalariados comprenden a los que trabajan en hospitales generales y hospitales docentes. Los datos de la remuneración de los empleados en hospitales generales no incluyen primas ni retribuciones por horas extraordinarias u otros pagos adicionales.
- q) Los datos engloban a los especialistas empleados por la Junta Sanitaria de Distrito, pero no a los empleados por las juntas con contratos individuales de empleo. Los datos no tienen en cuenta el reembolso de los gastos relacionados con el trabajo ni de los gastos por educación médica, los pagos por horas que superen el horario de 40 horas semanales, la prestación por trabajar en un turno fuera de horario ni otras retribuciones especiales (p. ej., pagos por reclutamiento y retención), pero sí incluyen las asignaciones por vacaciones. No se computan los ingresos devengados de consultas privadas.
- r) Los datos incluyen a los MAP. Los datos hacen referencia sólo al sector público. No se incluyen los suplementos por vacaciones.
- s) Los datos incluyen todas las categorías de MAP y especialistas que trabajan en el Servicio Nacional de Salud. No se incluyen ingresos adicionales como retribución por trabajar tardes, noches o fines de semana y horas extraordinarias ni primas, pero sí se computan las gratificaciones de Navidad y los pagos de vacaciones. Los datos se refieren únicamente al sector público y no incluyen los ingresos de consultas privadas.
- t) No se incluyen los pagos de horas extraordinarias. Los datos se refieren únicamente al sector público y no incluyen los ingresos de consultas privadas.
- u) Los datos corresponden a recuentos individuales. Se excluye la remuneración de los médicos mayores de 65 años.
- v) Los datos se refieren únicamente al sector público y no incluyen los ingresos de consultas privadas. Los datos corresponden sólo a Inglaterra.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

**Tabla A.4.4b. Remuneración de médicos de atención primaria, por cuenta ajena y propia, cociente respecto al PIB per cápita**

	Asalariados						Autónomos					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Australia <sup>a</sup>	...	...	...	...	...	...	2,25	2,31	2,08	1,96	2,06	...
Austria <sup>b</sup>	...	...	...	...	...	...	3,68	3,63	3,59	3,42	...	...
Bélgica <sup>c</sup>	...	...	...	...	...	...	2,08	2,07	2,09	2,25	2,32	...
Canadá <sup>d</sup>	...	...	...	...	...	...	...	3,47	3,42	3,35	3,26	...
República Checa	...	...	...	...	...	...	1,89	2,02	1,99	2,12	2,02	1,78
Finlandia <sup>e</sup>	...	1,88	1,97	1,95	1,87	1,95	...	...	...	...	...	...
Francia <sup>f</sup>	...	...	...	...	...	...	2,84	2,80	2,95	3,11	2,91	...
Alemania <sup>g</sup>	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	3,74	...
Hungría <sup>h</sup>	...	...	...	1,71	1,60	1,72	...	...	...	...	...	...
Islandia <sup>i</sup>	...	...	...	...	...	3,01	...	...	...	...	...	...
Irlanda <sup>j</sup>	...	...	...	...	...	...	2,66	3,06	...	...	...	3,98
Luxemburgo <sup>k</sup>	...	...	...	1,61	...	...	...	...	...	2,04	...	...
México <sup>l</sup>	...	...	...	2,21	...	...	...	...	...	...	...	...
Países Bajos <sup>m</sup>	...	...	...	...	...	...	...	...	...	3,55	3,57	3,51
Suecia <sup>n</sup>	...	...	2,20	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Suiza <sup>o</sup>	...	...	...	...	...	...	...	3,33	3,28	3,20	...	...
Reino Unido <sup>p</sup>	...	...	...	...	...	...	3,35	3,35	3,49	3,60	3,79	...
Estados Unidos	...	3,81	...	...	...	...	...	4,36	...	...	...	...

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115112605515>

- a) Los datos corresponden a datos individuales. La Secretaría de la OCDE ha deducido los gastos de ejercicio profesional mediante la aplicación del promedio de todos los países de la Organización (30% de remuneración bruta). No se incluyen los sueldos ni los pagos por sesión.
- b) Los datos corresponden a recuentos individuales.
- c) Los datos corresponden a recuentos individuales. Los datos incluyen, al menos en parte, los gastos de ejercicio profesional.
- d) Los datos se basan en los pagos por servicio de médicos de atención primaria (MAP) que facturaron a los planes provinciales de atención médica al menos 60.000 dólares canadienses. No incluyen los ingresos procedentes de otros modos de pago.
- e) La remuneración se basa en el sueldo y los ingresos adicionales para los que trabajan más del 90% del horario laboral general establecido en el convenio colectivo.
- f) Los datos engloban a los MAP y a los "médecin généraliste à exercice particulier" (MEP). La categoría MEP está formada por médicos que desempeñan actividades específicas, como acupuntores u homeópatas. Los datos no tienen en cuenta la remuneración de los médicos que comienzan o dejan de ejercer en el año ni de los mayores de 65 años. Los datos se basan en los pagos por servicio y no incluyen los pagos salariales.
- g) Los datos se refieren a los pagos percibidos del seguro social de enfermedad y de pacientes privados.
- h) Los datos hacen referencia sólo al sector público. No se incluyen las gratificaciones, los pagos no regulados ni los ingresos de consultas privadas.
- i) Los datos hacen referencia sólo al sector público. No se tiene en cuenta la remuneración de los MAP que trabajan en centros sanitarios administrados por municipios o entidades privadas.
- j) Los datos corresponden a recuentos individuales. La Secretaría de la OCDE ha deducido los gastos de ejercicio profesional mediante la aplicación del promedio de todos los países de la Organización (30% de remuneración bruta). No se incluyen los pagos por cuenta de las Áreas Locales de Salud de Atención Comunitaria y Continuada Primaria (PCCC). Dado que el PIB per cápita sobrestima la renta media, la remuneración se presenta como un cociente respecto a la renta nacional bruta.
- k) Las cifras no incluyen a los médicos que perciben ingresos anuales inferiores al salario social mínimo, que era de 16.425 euros en 2003 (no se contabiliza a los MAP que empezaron o dejaron de ejercer durante el año). Dado que el PIB per cápita sobrestima la renta media, la remuneración se presenta como un cociente respecto a la renta nacional bruta.
- l) Los datos hacen referencia sólo al sector público.
- m) Los datos se basan en la remuneración por una consulta normal (2.350 pacientes).
- n) Los datos hacen referencia sólo al sector público. No se contabilizan los pagos por guardias y horas extraordinarias.
- o) Los datos corresponden a recuentos individuales. Se excluye la remuneración de los médicos mayores de 65 años.
- p) Los datos corresponden a recuentos individuales. Las cifras corresponden a los MAP con un "contrato por Servicios Médicos Generales (GMS)" y excluyen a los MAP internos, los MAP asalariados, los ayudantes de MAP, los auxiliares de MAP, los MAP dedicados a Servicios Médicos Personales (PMS). Los datos se refieren únicamente al sector público y no incluyen los ingresos de consultas privadas ni otros ingresos adicionales percibidos por el trabajo en hospitales. Datos hacen referencia a Gran Bretaña.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

**Table A.4.4c. Remuneración del personal de enfermería asalariado que trabaja en hospitales, cociente respecto al PIB per capita**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Australia <sup>a</sup>	1,46	1,48	1,49	1,47	1,45	...
República Checa <sup>b</sup>	0,67	0,73	0,79	0,82	0,77	0,75
Dinamarca <sup>c</sup>	1,29	1,30	1,32	1,33	1,33	1,29
Finlandia <sup>d</sup>	...	0,94	0,96	0,96	0,96	0,99
Grecia <sup>e</sup>	...	...	...	...	1,22	...
Hungría <sup>f</sup>	...	...	...	0,88	0,84	0,84
Islandia <sup>g</sup>	...	...	...	...	...	1,26
Irlanda <sup>h</sup>	...	...	...	...	1,32	1,30
Japón <sup>i</sup>	...	...	1,17	...	1,14	...
Luxemburgo <sup>j</sup>	...	...	...	...	1,11	1,07
México <sup>k</sup>	...	...	...	1,38	...	...
Nueva Zelanda <sup>l</sup>	...	...	1,41	...	...	...
Noruega <sup>m</sup>	...	0,88	0,96	0,96	0,92	0,86
Portugal <sup>n</sup>	1,72	1,70	1,87	1,84	1,77	1,82
Reino Unido <sup>o</sup>	1,40	...	1,39	...	1,34	...
Estados Unidos <sup>p</sup>	1,38	...	...	...	1,51	...

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115112605515>

- a) Los datos engloban a todos los enfermeros titulados empleados en hospitales psiquiátricos y de cuidados agudos públicos.
- b) Los datos incluyen tanto enfermeros como comadronas que trabajan en hospitales generales e institutos terapéuticos especializados (sin contar los institutos balneológicos). No se incluyen los sueldos ni salarios en especie.
- c) Los datos engloban todos los niveles de enfermeros titulados.
- d) No se incluye a los auxiliares de enfermería. La remuneración se basa en el sueldo y los ingresos adicionales para los que trabajan más del 90% del horario laboral general establecido en el convenio colectivo.
- e) Los datos corresponden al personal de enfermería asalariado en el nivel intermedio de la jerarquía del Hospital Infantil "Agia Sofia". Se considera que los datos son representativos de todo el personal de enfermería asalariado que trabaja en hospitales del sector público.
- f) Los datos hacen referencia sólo al sector público. Los datos no incluyen las gratificaciones percibidas de consultas privadas.
- g) Los datos se refieren a hospitales generales públicos y a centros sanitarios públicos.
- h) Los datos hacen referencia sólo al sector público. La remuneración se basa en una semana de 39 horas y no se contabilizan los pagos por horas extraordinarias. Dado que el PIB per cápita sobrestima la renta media, la remuneración se presenta como un cociente respecto a la renta nacional bruta.
- i) Los datos corresponden a recuentos individuales. Los datos se basan en los cálculos de la OCDE, que utiliza datos de salarios mensuales e ingresos adicionales, así como el número de enfermeros y auxiliares de enfermería facilitado por el Ministerio de Sanidad, Trabajo y Bienestar. Las cifras expresan la media ponderada de la remuneración anual del personal de enfermería y los auxiliares de enfermería.
- j) Los datos incluyen a los auxiliares de enfermería y sólo engloban al personal de enfermería que trabaja en centros de cuidados agudos. Los datos se calculan dividiendo el salario bruto anual total entre el equivalente de enfermera a tiempo completo. Dado que el PIB per cápita sobrestima la renta media, la remuneración se presenta como un cociente respecto a la renta nacional bruta.
- k) Los datos hacen referencia sólo al sector público.
- l) Los datos hacen referencia sólo al sector público. Los datos se calculan dividiendo los pagos totales del personal de enfermería por el total de enfermeras a tiempo completo.
- m) Los datos hacen referencia sólo al sector público. No se incluyen los suplementos por vacaciones.
- n) Los datos hacen referencia sólo al sector público. Los datos no incluyen ingresos adicionales como retribución por trabajar tardes, noches o fines de semana y horas extraordinarias ni primas, pero sí se computan las gratificaciones de Navidad y los pagos de vacaciones.
- o) Los datos hacen referencia sólo al sector público y a Inglaterra. Los datos se calculan dividiendo los pagos totales del personal de enfermería por el total de enfermeras a tiempo completo.
- p) Los datos no tienen en cuenta al personal de enfermería diplomado ni a los auxiliares de enfermería. Sí incluyen a los gerentes de enfermería.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.4.5a. **Camas hospitalarias para cuidados agudos por cada 1 000 habitantes, de 1980 a 2005**

	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Australia	6,4	5,3	4,8 <i>1989</i>	4,1	3,6	3,6 <i>2004</i>
Austria	..	8,3	7,5	6,8	6,3	6,1
Bélgica	..	..	5,2	5,0	4,7	4,4
Canadá	4,6	4,4	4,0	4,1	3,2	2,9 <i>2004</i>
República Checa	8,7	8,8	8,6	7,3	6,1	5,7
Dinamarca	5,3	4,7	4,1	3,9	3,5	3,1 <i>2004</i>
Finlandia	4,9	4,8	4,3	4,0	3,2	2,9
Francia	6,2	5,7	5,2	4,6	4,1	3,7
Alemania	..	..	8,3 <i>1991</i>	7,5	6,8	6,4
Grecia	4,9	4,3	..	3,9	3,8	3,8 <i>2004</i>
Hungría	6,6	6,8	7,1	6,5	5,8	5,5
Islandia	..	..	4,3	3,8	..	..
Irlanda	4,3	4,1	3,2	3,1	2,8	2,8
Italia	8,0	7,0	6,2	5,6	4,1	3,3
Japón	..	..	12,3 <i>1993</i>	12,0	9,6	8,2
Corea	..	..	2,7	3,8	5,2	6,5
Luxemburgo	..	..	..	5,8 <i>1998</i>	5,7	5,2
México	..	..	1,0	1,1	1,0	1,0
Países Bajos	..	..	3,8	3,4	3,1	3,1
Nueva Zelanda	..	..	..	..	..	..
Noruega	5,2	4,7	3,8	3,3	3,1	3,0
Polonia	5,6	5,7	6,3	5,8	5,2	4,7
Portugal	4,1	3,5	3,4	3,3	3,2	3,0
República Eslovaca	..	..	..	6,3 <i>1996</i>	5,8	5,0
España	3,8	3,7	3,6	3,5	2,8	2,6 <i>2004</i>
Suecia	5,1	4,6	4,1	3,0	2,4	2,2
Suiza	7,2	6,8	6,5	5,5	4,1	3,6
Turquía	1,5	1,6	2,0	2,1	2,2	2,0
Reino Unido	..	..	..	4,1	3,3	3,1
Estados Unidos	4,4	4,2	3,7	3,4	2,9	2,7
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	..	..	..	..	..	<b>3,9</b>
<b>Media uniforme (24)<sup>b</sup></b>	..	..	<b>5,1</b>	<b>4,7</b>	<b>4,1</b>	<b>3,9</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115175040425>

Nota: La definición de camas para "cuidados agudos" varía en cada país. Por tanto, las variaciones entre los países deben interpretarse con precaución.

a) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes (2004+).

b) Excluye a Grecia, Islandia, Luxemburgo, Nueva Zelanda, la República Eslovaca y el Reino Unido.

Tabla A.4.5b. **Ocupación de camas hospitalarias para cuidados agudos, en porcentaje, de 1980 a 2005**

	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Australia	66,3	69,0	68,8 1989	69,5	70,4	70,6 2004
Austria	80,8 1982	79,9	79,3	76,9	77,3	79,0
Bélgica	77,7	83,3 1986	81,9	79,7	79,9 1998	..
Canadá	80,4	83,4	78,6	84,6	91,2	90,0 2004
República Checa	81,8	80,8	69,6	72,6	70,5	74,6
Dinamarca	75,3	78,9	78,5	78,6	85,0	..
Finlandia	..	76,2	74,2	74,0	..	..
Francia	79,0	79,1	77,3	76,0	75,0	73,4
Alemania	..	..	84,1 1991	82,1	81,9	75,6
Grecia	66,0	66,0	63,2	66,4	78,1	..
Hungría	83,3	80,6	74,9	72,6	73,2	75,7
Islandia	..	..	..	..	..	..
Irlanda	82,2	75,9	84,5	82,5	84,5	85,6
Italia	69,0	67,9	69,3	70,7	75,6	76,4 2004
Japón	..	..	..	81,6	81,8	79,2
Corea	60,8 1981	61,0	83,9	66,3	67,2	71,6 2003
Luxemburgo <sup>a</sup>	..	..	..	67,9 1998	66,5	64,7
México	..	..	48,4 1993	50,1	57,4	61,0
Países Bajos <sup>a</sup>	83,5	79,1	73,3	73,3	65,7	63,9
Nueva Zelanda	..	..	..	..	..	..
Noruega	79,3	82,0	77,0	79,4	85,2	87,6
Polonia	85,0	77,0	66,0	67,3	74,0	77,0 2002
Portugal	..	67,7	66,7	72,6	71,3	73,2
República Eslovaca	..	..	..	79,6 1996	70,6	66,7
España	..	72,2	73,5	76,4	77,1	78,8 2004
Suecia	72,1	75,3	72,2	75,9	..	..
Suiza	77,9	80,0	79,0	77,7 1994	84,8	86,1
Turquía	44,0 1979	52,1	57,2	55,4	58,7	64,5
Reino Unido	..	76,1	..	77,1	82,2	83,9
Estados Unidos	75,4	64,8	66,8	62,8	63,9	67,4
<b>Media más reciente<sup>b</sup></b>	..	..	..	..	..	<b>75,1</b>
<b>Media uniforme (19)<sup>c</sup></b>	..	..	<b>72,5</b>	<b>72,0</b>	<b>73,9</b>	<b>75,4</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115175040425>

a) En los Países Bajos y Luxemburgo, los índices de ocupación están ligeramente subestimados, dado que el número de días de ocupación de camas hospitalarias engloba únicamente a los pacientes ingresados, mientras que el número de camas para cuidados agudos (el denominador) incluye además las camas disponibles para atención ambulatoria.

b) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes (2002+).

b) Excluye a Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Grecia, Islandia, Japón, Luxemburgo, Nueva Zelanda, la República Eslovaca, Suecia y el Reino Unido.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

**Tabla A.4.6. Camas para cuidados prolongados en hospitales y otros centros de asistencia, por cada 1 000 habitantes de 65 o más años de edad, 1995, 2000 y 2005**

	Hospitales			Centros de larga estancia		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005
Australia	..	..	..	34,7	35,9	37,5 2004
Austria	8,4	7,6	2,8	..	..	..
Bélgica	1,1	1,1	1,2 2002	..	..	..
Canadá	2,7	1,7	1,6 2004	..	..	..
República Checa	4,9	8,2	10,0	8,3	10,6	14,9
Dinamarca <sup>a</sup>	..	..	..	52,2	42,9	25,5
Finlandia	34,7 1996	28,9	25,6	36,3 1996	31,2	26,1
Francia	9,0 1996	8,8	8,1 2003	63,4 1996	..	60,3 2003
Alemania	..	..	..	22,9	46,7 1999	47,8
Grecia	6,7	5,3	5,0 2003	..	..	..
Hungría	4,7	4,5	4,8	43,3	48,4	53,1
Islandia <sup>b</sup>	17,4 1996	12,7	7,5	46,4 1996	51,4	61,0
Irlanda	17,2	16,6	15,2	32,6	37,8	41,4
Italia	..	1,0 2001	0,9 2003	..	13,0 2001	14,8 2003
Japón	..	12,0	15,0	5,6	10,6	11,6
Corea	..	2,1 2003	5,8	..	..	..
Luxemburgo	..	1,2	0,0	..	26,4	43,4
México	..	..	..	..	..	..
Países Bajos	..	..	0,0 2003	27,1	26,9	27,4 2003
Nueva Zelanda	..	..	..	..	..	..
Noruega	..	..	..	63,2	63,0	60,3
Polonia	..	3,2 2003	3,0	..	18,2 2003	18,3
Portugal	..	..	..	..	..	..
República Eslovaca	9,8 1996	10,0	8,1	..	..	..
España	2,1	1,9	2,0	..	..	18,9
Suecia	3,6	2,1	1,5	84,2	82,7	69,9
Suiza	..	..	..	81,8 1997	74,1	71,7 2004
Turquía	..	..	5,1	..	..	..
Reino Unido	0,6 1997	0,5	0,4 2004	24,3 1997	22,0	18,7 2004
Estados Unidos	1,0 1998	0,9	0,8 2004	44,1 1998	43,6	43,1 2004
<b>Media más reciente<sup>c</sup></b>	..	..	<b>5,7</b>	..	..	<b>38,3</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115226135338>

- a) Los datos de Dinamarca no incluyen las camas en residencias para personas de edad avanzada, que están pensadas para personas que presentan únicamente discapacidades leves. El número de camas en estos centros se ha incrementado con rapidez en los últimos años.
- b) En Islandia desde el año 2000, el número de camas para cuidados prolongados en hospitales no incluye las camas en los servicios de geriatría, que se han incrementado en los últimos años.
- c) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.4.7a. **Tecnologías médicas: número de unidades de TC y RM por cada millón de habitantes, de 1990 a 2005**

	TC				RM			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
Australia <sup>a</sup>	13,8	20,5	26,1	45,3 2004	0,6	2,9	3,5	4,2
Austria	11,7	23,9 1996	25,8	29,4	1,2 1989	7,4 1996	10,9	16,3
Bélgica	16,1	16,7 1994	21,8	31,6 2004	2,0	3,3	6,0	6,6
Canadá	7,1	8,0	9,8 2001	11,2	0,7	1,4	2,5	5,5
República Checa	2,1 1991	6,7	9,6	12,3	0,2 1991	1,0	1,7	3,1
Dinamarca	4,3	7,3	11,4	13,8	2,5	..	5,4	10,2 2004
Finlandia	9,8	11,7	13,5	14,7	1,8	4,3	9,9	14,7
Francia	6,7	9,2	9,5	9,8	0,8	2,1	2,6	4,7
Alemania <sup>b</sup>	6,4 1991	9,0	12,7	15,4	1,1 1991	2,3	4,9	7,1
Grecia <sup>c</sup>	6,5	13,5 1997	17,1 2002	25,8	0,4	1,9 1997	1,9 1998	13,2
Hungría	1,9	4,6	5,7	7,1	0,1	1,0	1,8	2,6
Islandia	11,8	18,7	21,3	23,7	3,9	7,5	10,7	20,3
Irlanda	4,3	..	..	10,7	..	..	..	..
Italia	6,0	12,1 1994	21,0	27,7	1,3	2,6 1994	7,7	15,0
Japón <sup>d</sup>	55,2	74,7 1996	84,4 1999	92,6 2002	6,1	18,8 1996	23,2 1999	40,1
Corea	12,2 1993	15,5	28,4	32,2	1,4 1992	3,9	5,4	12,1
Luxemburgo	5,2	26,6	25,2	28,6	2,6	2,4	2,3	11,0
México	..	..	2,5 2001	3,4	..	..	1,1 2001	1,3
Países Bajos <sup>e</sup>	7,3	9,0 1993	..	5,8	0,9	3,9	..	5,6
Nueva Zelanda	3,6	7,5 1996	8,8	12,1 2004	..	2,7 1996	2,6 1998	3,7 2003
Noruega	..	..	..	..	..	..	..	..
Polonia	..	3,5 1998	4,4	7,9	..	..	0,9 2002	2,0
Portugal <sup>c</sup>	4,6	12,4 1997	12,8 2003	26,2	0,8	2,8 1997	3,9 2003	3,9 2003
República Eslovaca	..	..	8,7 2003	11,3	..	..	2,0 2003	4,3
España	4,4 1988	8,3	12,0	13,5	0,7 1988	2,7	4,8	8,1
Suecia	10,5	13,8 1993	14,2 1999	..	1,5	6,8	7,9 1999	..
Suiza	..	18,3 1997	18,5	18,2	..	12,4 1997	12,9	14,4
Turquía	1,6	2,9 1994	7,1 1999	7,3 2003	..	0,6 1996	3,0 1998	3,0 2004
Reino Unido <sup>f</sup>	..	..	4,5	7,5	..	..	4,7	5,4
Estados Unidos	..	24,1 1997	25,1 1999	32,2 2004	11,5 1993	12,3	15,4 1999	26,6 2004
<b>Media más reciente<sup>g</sup></b>	..	..	..	<b>20,6</b>	..	..	..	<b>9,8</b>
<b>Media uniforme (20, 18)<sup>h</sup></b>	<b>9,6</b>	<b>15,5</b>	<b>19,2</b>	<b>24,0</b>	<b>2,1</b>	<b>4,5</b>	<b>6,6</b>	<b>12,0</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115235187257>

- a) En Australia, los datos de 2000 sobre el número de unidades de RM hacen referencia únicamente a los susceptibles de reembolso por Medicare (60% del total en 1999).
- b) Los datos de Alemania incluyen sólo los equipos instalados en el sector hospitalario, pese a que también hay equipos en el sector ambulatorio.
- c) Los datos de Grecia y Portugal engloban el sector privado desde 2005.
- d) En Japón, los datos sobre las unidades de RM incluyen sólo las que había instaladas en los hospitales antes de 2002. A partir de ese año, incluyen las existentes en hospitales y clínicas generales.
- e) Las cifras de 2005 correspondientes a los Países Bajos subestiman el número real de equipos, ya que se refieren al número de hospitales que comunicó que disponía como mínimo de uno de estos equipos y no al número total de equipos en hospitales y en el sector ambulatorio.
- f) Las cifras brutas correspondientes a Inglaterra y Gran Bretaña hasta 2003 se han incrementado mediante prorrateo para facilitar estimaciones aplicables a todo el Reino Unido. No se incluye el sector privado.
- g) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes (2002+).
- h) La media corespondiente a los equipos de TC excluye a Irlanda, México, los Países Bajos, Noruega, Polonia, la República Eslovaca, Suecia, Suiza, el Reino Unido y los Estados Unidos. La media correspondiente a las unidades de RM excluye a Dinamarca, Irlanda, México, los Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, la República Eslovaca, Suecia, Suiza, Turquía y el Reino Unido.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.4.7b. **Tecnologías médicas: número de equipos para mamografías y radioterapia por cada millón de habitantes, de 1990 a 2005**

	Equipos para mamografías				Equipos para radioterapia			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
Australia <sup>a</sup>	15,9 <i>1989</i>	..	..	25,1	2,9	4,4	5,2	6,1
Austria	..	..	..	..	..	3,2 <i>1996</i>	4,2	4,6
Bélgica	..	..	20,5 <i>2002</i>	21,3 <i>2004</i>	6,1 <i>1991</i>	6,1	6,4 <i>1997</i>	7,6
Canadá	..	..	19,3 <i>2001</i>	21,3	5,6 <i>1993</i>	6,9	7,1 <i>1997</i>	..
República Checa	3,8 <i>1991</i>	8,4	10,6	14,1	5,4 <i>1991</i>	4,9	8,5	8,6
Dinamarca	..	..	..	10,0	..	..	5,4	6,8
Finlandia	29,3	37,6	36,4 <i>1999</i>	37,7	10,0	8,6	8,7	8,8
Francia	23,8	42,0	42,6	42,2 <i>2002</i>	6,0	6,2	6,1	6,0 <i>2002</i>
Alemania <sup>b</sup>	..	..	..	..	4,3 <i>1991</i>	4,5	4,8	4,7
Grecia <sup>c</sup>	..	..	27,9 <i>2002</i>	36,5	5,4	5,7	4,0 <i>1999</i>	..
Hungría	..	6,8 <i>1997</i>	9,4	13,1	1,5	1,7 <i>1992</i>	2,3	2,7
Islandia	15,7	18,7	17,8	16,9	23,5	15,0	14,2	13,5
Irlanda	..	..	..	12,6	..	..	..	7,0
Italia	..	..	..	..	1,3	2,1 <i>1994</i>	3,7	5,0
Japón	..	..	..	..	..	..	6,6 <i>2002</i>	6,8
Corea	..	..	13,3	28,7	4,5 <i>1992</i>	4,1	5,3	4,5
Luxemburgo	25,3 <i>1992</i>	24,2	22,9	22,0	..	..	4,6	4,4
México	..	..	2,8 <i>2001</i>	4,5	..	..	1,2 <i>2001</i>	1,3
Países Bajos	..	..	..	..	6,5 <i>1992</i>	7,1	7,2 <i>1997</i>	..
Nueva Zelanda	..	17,2 <i>1997</i>	19,3 <i>1999</i>	23,1 <i>2004</i>	..	7,2 <i>1996</i>	9,9	7,6 <i>2004</i>
Noruega	..	..	..	..	..	..	..	..
Polonia	..	..	11,0	15,9	..	..	..	..
Portugal <sup>c</sup>	..	3,6 <i>1997</i>	11,6 <i>2003</i>	34,6	..	2,9 <i>1997</i>	3,3 <i>2003</i>	6,0
República Eslovaca	..	..	13,0 <i>2003</i>	13,6	..	..	7,1 <i>2003</i>	9,8
España	..	..	10,0 <i>2003</i>	10,2 <i>2004</i>	2,9 <i>1988</i>	3,3	3,7	4,2
Suecia	..	..	..	..	..	..	..	..
Suiza	..	..	..	..	..	11,1 <i>1997</i>	10,4	9,8
Turquía	..	1,9 <i>1996</i>	4,5 <i>1999</i>	6,5 <i>2003</i>	0,3 <i>1988</i>	0,6 <i>1996</i>	1,4 <i>1999</i>	2,7 <i>2003</i>
Reino Unido <sup>d</sup>	..	5,0	6,1	8,4	..	..	3,9 <i>2002</i>	4,1
Estados Unidos	..	..	..	..	..	..	..	..
<b>Media más reciente<sup>e</sup></b>	..	..	..	<b>19,9</b>	..	..	..	<b>6,2</b>
<b>Media uniforme (10, 16)<sup>f</sup></b>	..	<b>16,5</b>	<b>18,1</b>	<b>21,9</b>	..	<b>5,4</b>	<b>6,1</b>	<b>6,4</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115235187257>

- a) En Australia, los datos de 2005 hacen referencia únicamente a los susceptibles de reembolso por Medicare.  
b) Los datos de Alemania incluyen sólo los equipos instalados en el sector hospitalario, pese a que también hay equipos en el sector ambulatorio.  
c) Los datos de Grecia y (equipos de mamografía) Portugal engloban el sector privado desde 2005.  
d) Las cifras brutas correspondientes a los equipos de radioterapia en Inglaterra y Gales se han incrementado mediante prorrateo para facilitar estimaciones aplicables a todo el Reino Unido. No se incluye al sector privado.  
e) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes (2002+).  
f) La media correspondiente a las mamografías excluye a Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Alemania, Grecia, Irlanda, Italia, Japón, Corea, México, los Países Bajos, Noruega, Polonia, la República Eslovaca, España, Suecia, Suiza y los Estados Unidos. La media correspondiente a los equipos de radioterapia excluye a Canadá, Dinamarca, Grecia, Irlanda, Japón, Luxemburgo, México, los Países Bajos, Noruega, Polonia, la República Eslovaca, Suecia, el Reino Unido y los Estados Unidos.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.4.8. Consultas a médicos per capita, de 1980 a 2005

	1980	1990	2000	2005
Australia	4,0	6,1	6,4	6,1
Austria	5,4	5,9	6,7	6,7 2004
Bélgica	7,1	7,7	7,9	7,5
Canadá	5,6	6,7	6,3	6,0 2004
República Checa	12,4	11,8	12,6	13,2
Dinamarca <sup>a</sup>	5,0	5,7	6,9	7,5 2004
Finlandia	3,2	3,9	4,3	4,3
Francia	4,2	5,9	6,8	6,6 2004
Alemania <sup>b</sup>	..	5,3 1991	7,3	7,0 2004
Grecia	2,6	2,5	2,5 1998	..
Hungría	..	..	11,1	12,6
Islandia	..	5,1	5,8	6,5
Irlanda	..	..	..	..
Italia <sup>c</sup>	..	6,8 1991	6,1	7,0
Japón	..	13,8	14,4	13,8 2004
Corea	..	..	8,8 1999	11,8
Luxemburgo	..	..	6,1	6,1
México	1,3	1,7	2,5	2,5 2004
Países Bajos <sup>c, d</sup>	4,9	5,5	5,9	5,4
Nueva Zelanda <sup>c</sup>	3,7	..	4,4 2001	3,2 2003
Noruega	..	..	..	..
Polonia	6,5	5,8	5,4	6,3
Portugal <sup>e</sup>	3,7	3,0	3,5	3,9
República Eslovaca	..	..	15,0	11,3
España <sup>c</sup>	..	6,5 1987	8,7 2001	9,5 2003
Suecia	2,6	2,8	2,8	2,8
Suiza <sup>c</sup>	..	..	3,4 2002	3,4 2002
Turquía <sup>e</sup>	1,2	1,5 1993	2,5	3,1 2004
Reino Unido <sup>a, f</sup>	5,2	6,1	5,3	5,1
Estados Unidos	..	..	3,7	3,8 2004
<b>Media más reciente<sup>g</sup></b>	..	..	..	<b>6,8</b>
<b>Media uniforme (20)<sup>h</sup></b>	..	<b>5,9</b>	<b>6,4</b>	<b>6,5</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115245740015>

- a) Dinamarca y el Reino Unido incluyen las consultas telefónicas; por tanto, los datos no se limitan a las visitas a la consulta.
- b) Las cifras de Alemania representan el número de casos de tratamiento por médicos, conforme a las regulaciones relativas al reembolso por el sistema de seguridad social de ese país. Un caso de tratamiento cuenta sólo el primer contacto en tres meses, aun cuando el paciente consulte a su médico con mayor frecuencia.
- c) Los datos correspondientes a Italia, los Países Bajos, Nueva Zelanda (2003), España y Suiza proceden de entrevistas sobre salud.
- d) Los Países Bajos no incluyen las consultas correspondiente a la atención materno-infantil.
- e) Portugal y Turquía excluyen las visitas a médicos privados.
- f) El Reino Unido no incluye las consultas con especialistas del sector independiente ni las consultas con especialistas fuera de departamentos de consultas externas de los hospitales.
- g) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes (2002+).
- h) La media excluye: Grecia, Hungría, Irlanda, Corea, Luxemburgo, Nueva Zelanda, Noruega, la República Eslovaca, Suiza y los Estados Unidos.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.4.9a. **Tasas de alta hospitalaria para todas las causas, por cada 100 000 habitantes, de 1990 a 2005**

	1990	1995	2000	2005
Australia <sup>a</sup>	16 483 <i>1993</i>	16 482	15 813	15 786 <i>2004</i>
Austria <sup>b</sup>	22 704	23 955	28 449	27 765
Bélgica	15 720 <i>1993</i>	15 884	17 329	16 887 <i>2004</i>
Canadá <sup>a</sup>	12 899	11 047	9 401	8 751 <i>2004</i>
República Checa <sup>c</sup>	..	20 568	20 953	23 690
Dinamarca <sup>d</sup>	..	..	17 220	17 013
Finlandia <sup>a, b</sup>	21 745	24 566	26 663	25 751
Francia <sup>b</sup>	..	25 967 <i>1997</i>	26 802	26 780 <i>2004</i>
Alemania	..	18 163	19 559	20 149 <i>2004</i>
Grecia <sup>a</sup>	12 688	14 078	16 076	..
Hungría <sup>b</sup>	..	..	24 071	25 623
Islandia	17 641	18 116	18 190	17 244
Irlanda <sup>a</sup>	..	11 463	10 858	10 227
Italia <sup>b</sup>	..	15 362 <i>1996</i>	15 632	15 822 <i>2004</i>
Japón <sup>e</sup>	9 682 <i>1993</i>	10 009 <i>1996</i>	10 434 <i>2001</i>	10 551
Corea <sup>a</sup>	6 536	7 710 <i>1994</i>	9 593 <i>2001</i>	13 173
Luxemburgo <sup>a</sup>	..	17 618 <i>1998</i>	18 075	17 327
México <sup>a, d</sup>	..	4 838	5 165	5 129
Países Bajos	10 212	10 230	9 265	10 414
Nueva Zelanda	..	..	14 058	13 075
Noruega <sup>a</sup>	14 542 <i>1993</i>	14 544	15 408	17 519
Polonia <sup>d</sup>	..	..	17 406 <i>2003</i>	18 599
Portugal	..	8 903	8 620	9 004
República Eslovaca	..	19 112	19 607	19 804
España <sup>a</sup>	9 501	10 512	11 183	10 838 <i>2004</i>
Suecia <sup>a</sup>	17 884	17 457	16 458	16 052
Suiza	..	..	15 297 <i>2002</i>	15 898
Turquía	5 674	6 092	7 416	8 451 <i>2004</i>
Reino Unido <sup>b</sup>	17 338	20 971	22 362	24 516
Estados Unidos <sup>a, b</sup>	12 423	11 661	11 380	12 093 <i>2004</i>
<b>Media más reciente<sup>e</sup></b>	..	..	..	<b>16 342</b>
<b>Media uniforme (24)<sup>f</sup></b>	..	<b>15 051</b>	<b>15 609</b>	<b>15 988</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115250855458>

a) Los datos de Australia, Canadá, Finlandia, Grecia, Irlanda, Corea, Luxemburgo, México, Noruega, España, Suecia y los Estados Unidos no tienen en cuenta las altas de los niños sanos nacidos en hospitales.

b) Austria (antes de 2003), Finlandia, Francia, Hungría (antes de 2004), Italia (desde 2004), el Reino Unido y los Estados Unidos incluyen las altas en el mismo día, mientras que otros países no las contabilizan.

c) La República Checa y Japón incluyen los traslados de una unidad hospitalaria a otra, mientras que otros países no los contabilizan.

d) Los datos de Dinamarca, México y Polonia se limitan únicamente a los hospitales públicos.

e) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes (2004+).

f) Ecluye a Dinamarca, Grecia, Hungría, Nueva Zelanda, Polonia y Suiza.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.4.9b. **Tasas de alta hospitalaria para determinadas causas, por cada 100 000 habitantes, de 1995 a 2005**

	Enfermedades circulatorias		Enfermedades respiratorias		Enfermedades digestivas	
	1995	2005	1995	2005	1995	2005
Australia	1 854	1 688 <i>2004</i>	1 512	1 371 <i>2004</i>	1 590	1 513 <i>2004</i>
Austria <sup>a</sup>	3 382	3 698	1 761	1 796	2 164	2 440
Bélgica	2 235	2 179 <i>2004</i>	1 319	1 277 <i>2004</i>	1 768	1 704 <i>2004</i>
Canadá	1 533	1 224 <i>2004</i>	1 072	778 <i>2004</i>	1 282	931 <i>2004</i>
República Checa <sup>b</sup>	3 039	3 712	1 751	1 559	2 153	2 214
Dinamarca <sup>c</sup>	..	2 161	..	1 438	..	1 372
Finlandia <sup>a</sup>	3 891	3 552	2 387	1 903	1 817	1 873
Francia <sup>a</sup>	2 286 <i>1997</i>	2 251 <i>2004</i>	1 496 <i>1997</i>	1 242 <i>2004</i>	2 997 <i>1997</i>	3 080 <i>2004</i>
Alemania	2 955	3 126 <i>2004</i>	1 223	1 231 <i>2004</i>	1 766	2 080 <i>2004</i>
Grecia	2 010	..	1 169	..	1 561	..
Hungría <sup>a</sup>	..	4 606	..	2 193	..	1 996
Islandia	1 902 <i>1998</i>	1 830	1 289 <i>1998</i>	983	..	1 351
Irlanda	1 349	1 224	1 578	1 341	1 311	1 200
Italia <sup>a</sup>	2 381 <i>1996</i>	2 508 <i>2004</i>	1 100 <i>1996</i>	1 157 <i>2004</i>	1 782 <i>1996</i>	1 477 <i>2004</i>
Japón <sup>b</sup>	1 210 <i>1996</i>	1 330	894 <i>1996</i>	956	1 078 <i>1996</i>	1 069
Corea	437 <i>1994</i>	1 171	633 <i>1994</i>	956	895 <i>1994</i>	1 196
Luxemburgo	2 265 <i>1998</i>	2 286	1 779 <i>1998</i>	1 443	1 660 <i>1998</i>	1 673
México <sup>c</sup>	182	211	244	250	369	471
Países Bajos	1 589	1 528	704	731	890	916
Nueva Zelanda <sup>a</sup>	..	1 345	..	1 091	..	980
Noruega	2 194	2 467	1 158	1 531	1 006	1 238
Polonia <sup>c</sup>	..	3 024	..	1 558	..	1 766
Portugal	941	1 165	597	927	950	986
República Eslovaca	2 464	3 054	1 728	1 660	2 074	1 889
España	1 055	1 359 <i>2004</i>	873	1 053 <i>2004</i>	1 152	1 291 <i>2004</i>
Suecia	2 994	2 597	1 292	1 047	1 380	1 232
Suiza	..	1 680	..	856	..	1 323
Turquía	695	1 220 <i>2004</i>	688	1 113 <i>2004</i>	605	896 <i>2004</i>
Reino Unido <sup>a</sup>	1 907	1 886	1 468	1 458	2 166	2 481
Estados Unidos <sup>a</sup>	2 121	2 101 <i>2004</i>	1 254	1 213 <i>2004</i>	1 138	1 219 <i>2004</i>
<b>Media más reciente<sup>d</sup></b>	..	<b>2 144</b>	..	<b>1 245</b>	..	<b>1 512</b>
<b>Media uniforme (23)<sup>e</sup></b>	<b>1 955</b>	<b>2 067</b>	<b>1 240</b>	<b>1 217</b>	<b>1 478</b>	<b>1 525</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115250855458>

a) Austria (antes de 2003), Finlandia, Francia, Hungría (antes de 2004), Italia (desde 2004), el Reino Unido y los Estados Unidos incluyen las altas en el mismo día, mientras que otros países no las contabilizan.

b) La República Checa y Japón incluyen los traslados de una unidad hospitalaria a otra, mientras que otros países no los contabilizan.

c) Los datos de Dinamarca, México y Polonia se limitan únicamente a los hospitales públicos.

d) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes (2004+).

e) Eclude a Dinamarca, Grecia, Hungría, Islandia, Nueva Zelanda, Polonia y Suiza.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.4.10a. **Estancia media de pacientes de cuidados agudos, todas las enfermedades, en días, de 1990 a 2005**

	1990	1995	2000	2005
Australia	7,2 1989	6,5	6,1	6,1 2004
Austria <sup>a</sup>	9,3	7,9	6,9	5,9
Bélgica	9,8 1993	9,4	7,7	7,1 2004
Canadá	7,4 1994	7,2	7,2	7,3 2004
República Checa	12,0	10,2	8,7	8,0
Dinamarca <sup>b</sup>	6,4	4,1	3,8	3,5
Finlandia <sup>a</sup>	7,0	5,5	5,0	4,8
Francia <sup>a</sup>	7,0	6,2	5,6	5,4
Alemania	14,0 1991	11,4	9,7	8,6
Grecia	7,5	6,4	6,2	6,0 2003
Hungría <sup>a</sup>	9,9	9,2	7,1	6,3
Islandia	7,0	5,9	6,1	5,4
Irlanda	6,7	6,6	6,4	6,6
Italia <sup>a</sup>	9,5 1991	8,4	7,0	6,8 2004
Japón	..	33,2	24,8	19,8
Corea	12,0	11,0	11,0	10,6 2003
Luxemburgo	..	7,9 1998	7,5	7,3
México <sup>b</sup>	4,2 1993	4,0	4,0	4,0
Países Bajos <sup>a</sup>	10,0	8,8	7,7	6,8
Nueva Zelanda	..	5,5 1997	4,9 1998	..
Noruega	7,8	6,5	6,0	5,2
Polonia	12,5	10,8	8,9	6,5
Portugal	8,4	7,9	7,7	7,1
República Eslovaca	..	10,5 1996	8,5	7,3
España	9,6	8,8	7,1	6,7 2004
Suecia	6,5	5,2	5,0	4,6
Suiza	13,4	12,0	9,3	8,5
Turquía	6,0	5,7	5,4	5,2 2002
Reino Unido <sup>a</sup>	8,0 1991	7,1	7,0	6,1
Estados Unidos <sup>a</sup>	7,3	6,5	5,8	5,6
<b>Media más reciente<sup>c</sup></b>	..	..	..	<b>6,9</b>
<b>Media uniforme (26)<sup>d</sup></b>	<b>8,7</b>	<b>7,7</b>	<b>6,9</b>	<b>6,3</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115278656217>

a) Austria (antes de 2003), Finlandia, Francia, Hungría (antes de 2004), Italia (desde 2004), el Reino Unido y los Estados Unidos incluyen las altas en el mismo día, mientras que otros países no las contabilizan.

b) Los datos de Dinamarca y México se limitan únicamente a los hospitales públicos.

c) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes (2002+).

d) Excluye a Japón, Luxemburgo, Nueva Zelanda y la República Eslovaca.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.4.10b. **Estancia media, determinadas enfermedades, en días, de 1995 a 2005**

	Infarto agudo de miocardio (IAM)		Ictus		Neumonía		Parto sin complicaciones	
	1995	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005
Australia	7,7	6,3 2004	14,0	11,1 2004	7,8	6,7 2004	3,5	2,6 2004
Austria	16,4	8,4	17,7	14,4	..	9,9	6,5	4,3
Bélgica	10,7	8,4 2004	19,6	14,3 2004	..	11,8 2004	5,4	4,5 2004
Canadá	9,0	7,3 2004	20,8	14,8 2004	8,1	7,6 2004	2,2	1,9 2004
República Checa	12,7	6,2	15,2	14,5	12,1	10,4	6,9	5,1
Dinamarca <sup>a</sup>	..	5,3	..	9,9	..	7,0	..	2,9
Finlandia	17,7	12,3	43,1	37,8	36,6 1996	24,2	4,1	3,5
Francia	8,1 1997	6,9 2004	11,7 1997	11,7 2004	10,2 1997	9,8 2004	5,3 1997	4,6 2004
Alemania	17,0	9,7 2004	19,0	13,3 2004	..	11,1 2004	5,8	3,7 2004
Grecia	8,0	..	13,0	..	..	..	4,0	4,0 2003
Hungría	12,7	7,1	..	8,1	..	9,3	6,2	6,2
Islandia	9,8 1994	7,3	11,8 1998	11,1	..	8,7	4,6 1994	2,1
Irlanda	10,5	10,7	21,3	22,4	11,8	11,4	4,4	3,0 2004
Italia	13,6 1994	8,4 2004	16,1 1994	13,1 2004	..	10,4 2004	5,3 1994	3,6 2004
Japón	..	..	..	..	..	..	..	..
Corea	12,6 1996	9,7	22,7 1996	32,5	7,8 1996	9,3	3,5 1995	2,9
Luxemburgo	10,7 1998	7,3	16,1 1998	13,3	10,0 1998	9,8	4,5 1998	4,2
México <sup>a</sup>	7,2	7,2	7,4	7,9	6,0	6,3	1,3	1,3
Países Bajos	..	8,0	22,6	12,6	..	10,8	3,2	2,2
Nueva Zelanda	8,1	6,0	32,7 1994	8,9	..	4,9	2,8	2,1
Noruega	8,3	5,0	14,9	10,3	..	7,7	4,4	3,4
Polonia <sup>a</sup>	..	7,7	..	12,8	..	10,8	..	4,7
Portugal	11,0	9,0	12,5	10,4	10,6	10,6	3,1	2,7
República Eslovaca	15,5	8,1	16,3	11,5	13,6	10,2	7,8	5,7
España	12,4	9,2 2004	17,1	12,1 2004	11,4	9,3 2004	3,6	2,6 2004
Suecia	7,6	5,3	15,1	11,8	6,6 1998	6,4	3,1	2,4
Suiza	12,8	8,3	..	17,4	..	11,3	6,2	5,6
Turquía	..	..	8,3	7,6 2004	..	6,0 2004	1,9	1,7 2003
Reino Unido	8,7	8,7	30,2	23,4	..	11,6	2,4	1,5
Estados Unidos	6,6	5,8 2004	7,4	5,8 2004	6,7	5,5 2004	1,5	2,0 2004
<b>Media más reciente<sup>b</sup></b>	..	<b>7,8</b>	..	<b>14,1</b>	..	<b>9,6</b>	..	<b>3,3</b>
<b>Media uniforme<sup>c</sup></b>	<b>11,1</b>	<b>7,9</b>	<b>18,1</b>	<b>14,4</b>	<b>11,4</b>	<b>9,8</b>	<b>4,2</b>	<b>3,3</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115278656217>

a) Los datos de Dinamarca, México y Polonia se limitan únicamente a los hospitales públicos.

b) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes (2003+).

c) Incluye a los países respecto a los que se dispone de datos para 1995 y 2005.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.4.11. **Procedimientos de cirugía cardiovascular por cada 100.000 habitantes, de 1990 a 2005**

	Injertos de derivación arterial coronaria (IDAC)				Angioplastias coronarias			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
Australia	61,1	94,9	89,4	72,3 <i>2004</i>	28,7	62,8	114,4	163,4 <i>2004</i>
Austria	..	55,3 <i>1997</i>	56,7	51,2	..	121,1 <i>1997</i>	174,8	..
Bélgica	..	..	158,9 <i>2002</i>	152,1 <i>2004</i>	..	97,8	262,1	421,8 <i>2004</i>
Canadá	..	..	..	91,4 <i>2004</i>	..	..	..	137,6 <i>2004</i>
República Checa	..	23,0	64,3	75,9	..	..	..	207,1
Dinamarca	20,1	41,5	120,0	82,0	17,5 <i>1992</i>	29,8	106,8	193,6
Finlandia	38,4	84,9	93,1	63,1	13,1	35,3	66,4	123,6
Francia	..	36,0 <i>1993</i>	40,5	..	..	34,8 <i>1993</i>	146,2	..
Alemania	41,3	71,9	93,6	81,7	53,4	133,3	219,5	328,6
Grecia	18,9	59,6	..	..	23,4 <i>1993</i>	37,0	85,0	122,9 <i>2002</i>
Hungría	..	..	91,4	133,9	1,6 <i>1992</i>	6,4 <i>1993</i>	46,5	325,5
Islandia	54,2	72,9	60,8	51,0	51,4	127,2	160,7	229,5
Irlanda	..	25,9	34,2	46,4	..	18,1	86,6	88,9
Italia	..	33,8 <i>1996</i>	48,5	45,1 <i>2004</i>	..	29,3 <i>1994</i>	87,7	111,6 <i>2004</i>
Japón	..	..	..	..	..	..	..	..
Corea	..	..	..	5,9 <i>2004</i>	..	..	..	..
Luxemburgo	..	..	40,8	62,4	..	..	125,6	179,3
México	..	0,5	1,3	2,6	..	0,3	0,9	1,6
Países Bajos	61,5	62,7	59,4	57,4	42,2 <i>1992</i>	64,6	69,1	92,6 <i>2003</i>
Nueva Zelanda	..	68,4 <i>1996</i>	103,3	83,3 <i>2004</i>	..	54,3 <i>1994</i>	73,9	104,0 <i>2004</i>
Noruega	..	72,7 <i>1996</i>	76,1	88,5 <i>2004</i>	..	49,4 <i>1993</i>	117,2	231,8 <i>2004</i>
Polonia	..	8,0 <i>1993</i>	38,7 <i>2003</i>	56,0	4,4 <i>1992</i>	4,8 <i>1993</i>	19,0 <i>1997</i>	222,9
Portugal	13,6	19,6	22,9	22,3	4,7 <i>1993</i>	14,6	45,5	74,5
República Eslovaca	..	..	..	..	..	..	..	..
España	11,2	17,9	25,0	30,0	12,7 <i>1991</i>	31,4	93,4	218,1
Suecia	50,6	71,7	72,7	53,9	12,8	54,7	92,6	172,6
Suiza	..	..	39,9 <i>2002</i>	28,1	45,7 <i>1992</i>	65,1 <i>1993</i>	77,8 <i>2002</i>	105,8
Turquía	..	..	..	..	..	..	..	..
Reino Unido	31,4	46,7	58,0	51,4	11,6	31,0	71,2	123,2
Estados Unidos	157,1	215,2	183,8	145,4 <i>2004</i>	114,2	162,7	363,2	433,7 <i>2004</i>
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	..	..	..	<b>65,3</b>	..	..	..	<b>183,9</b>
<b>Media uniforme (11)<sup>b</sup></b>	<b>49,1</b>	<b>72,7</b>	<b>79,9</b>	<b>64,6</b>	<b>32,9</b>	<b>67,9</b>	<b>127,5</b>	<b>195,8</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115306265080>

Nota: Los datos se refieren únicamente al número de procedimientos hospitalarios. No se contabilizan las angioplastias coronarias efectuadas de forma ambulatoria (una proporción creciente de las tasas globales de actividad en muchos países).

a) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes (2002+).

b) Incluye Australia, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Islandia, los Países Bajos, Portugal, España, Suecia, el Reino Unido y los Estados Unidos.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.4.13. Operaciones de cesárea por cada 100 nacidos vivos, de 1990 a 2005

	1990	1995	2000	2005
Australia	17,5	19,2	23,1	29,1 <i>2004</i>
Austria	..	12,4	17,2	24,4
Bélgica	10,5	13,5	16,3	17,8 <i>2004</i>
Canadá	..	17,5	20,9	25,3 <i>2004</i>
República Checa	7,6	11,2	12,9	17,1
Dinamarca	12,4	12,5	14,7	19,4
Finlandia	13,7	15,8	16,0	16,4
Francia	13,9	15,2 <i>1993</i>	17,1	..
Alemania	15,7	17,2	20,9	26,7
Grecia	..	..	..	..
Hungría	..	13,6	20,1	29,1
Islandia	11,8	14,1	17,7	15,6
Irlanda	10,5	13,4	20,7	24,5 <i>2004</i>
Italia	20,8	26,1	33,3	37,5 <i>2004</i>
Japón	..	..	..	..
Corea	..	..	39,6 <i>2001</i>	35,2 <i>2004</i>
Luxemburgo	16,5	16,4	21,8	27,5
México	..	25,3	32,0	39,3
Países Bajos	7,4	9,7	11,9	13,6 <i>2004</i>
Nueva Zelanda	12,1	15,1	20,2	22,2 <i>2004</i>
Noruega	12,8	12,6	13,7	15,2 <i>2004</i>
Polonia	..	15,2	16,1 <i>1997</i>	..
Portugal <sup>a</sup>	19,5 <i>1993</i>	21,6	23,9	27,8
República Eslovaca	8,7	11,5	14,7	20,7
España	14,2	18,8	21,5	23,6 <i>2003</i>
Suecia	10,8	12,0	15,2	17,2 <i>2003</i>
Suiza	18,6	..	24,2 <i>2002</i>	26,7
Turquía	..	13,6 <i>1998</i>	13,6 <i>1998</i>	..
Reino Unido	11,6	15,8	22,3	23,3
Estados Unidos	22,7	20,8	22,9	29,1 <i>2004</i>
<b>Media más reciente<sup>b</sup></b>	..	..	..	<b>24,2</b>
<b>Media uniforme (19)<sup>c</sup></b>	<b>13,5</b>	<b>15,6</b>	<b>19,1</b>	<b>22,3</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115317683027>

- a) En Portugal, los partos sólo incluyen los ocurridos en los hospitales públicos (del área continental), lo que origina una sobrestimación de la tasas de cesáreas.
- b) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos (2002+).
- c) Excluye a Austria, Canadá, Francia, Grecia, Hungría, Japón, Corea, México, Polonia, Suiza y Turquía.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

**Tabla A.4.14. Número de operaciones de cataratas, casos hospitalarios y ambulatorios, por cada 100 000 habitantes, de 1995 a 2005**

	1995			2000			2005		
	Casos hospitalarios	Casos ambulatorios	Total	Casos hospitalarios	Casos ambulatorios	Total	Casos hospitalarios	Casos ambulatorios	Total
Australia	..	..	..	113,4	599,8	713,1	67,4 <i>2004</i>	787,8 <i>2004</i>	855,3 <i>2004</i>
Austria	465,4 <i>1997</i>	..	..	571,8	..	..	697,9	..	..
Bélgica	552,6	..	..	359,4	888,4	1 247,7	163,7 <i>2004</i>	1 436,3 <i>2004</i>	1 600,0 <i>2004</i>
Canadá	99,3	..	..	22,3	1 414,4	1 436,6	7,5 <i>2004</i>	..	..
República Checa	..	..	..	331,5	..	..	410,6	..	..
Dinamarca	133,1 <i>1996</i>	222,2 <i>1996</i>	355,3 <i>1996</i>	85,1	327,8	412,9	19,7	502,4	522,2
Finlandia	304,8	152,5	457,3	116,3	529,5	645,8	29,9	764,6	794,5
Francia	388,2 <i>1993</i>	42,1 <i>1993</i>	430,3 <i>1993</i>	497,5	230,6	728,2	..	..	..
Alemania	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Grecia	..	..	333,5 <i>1996</i>	..	..	611,9	..	..	878,9 <i>2003</i>
Hungría	..	..	..	..	..	698,7	827,3	2,9	830,3
Islandia	..	..	..	54,4 <i>1998</i>	204,9 <i>1998</i>	259,3 <i>1998</i>	..	..	740,2
Irlanda	316,3	38,7	355,0	303,6	128,9	432,5	111,4	139,6	251,1
Italia	339,8 <i>1996</i>	20,5 <i>1996</i>	360,3 <i>1996</i>	415,9	250,6	666,5	164,3 <i>2004</i>	582,9 <i>2004</i>	747,2 <i>2004</i>
Japón	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Corea	..	..	..	..	..	..	..	..	444,6 <i>2004</i>
Luxemburgo	..	..	589,5 <i>1996</i>	505,8	209,9	715,8	635,2	314,1	949,2
México	2,5	24,0	26,4	7,2	30,7	37,8	17,5	37,3	54,7
Países Bajos	274,4	115,9	390,3	95,4	457,9	553,3	25,4	736,5	761,9
Nueva Zelanda	..	..	..	25,6	218,4	243,9	17,7 <i>2004</i>	188,8 <i>2004</i>	206,5 <i>2004</i>
Noruega	..	..	..	65,4	448,8	514,2	32,6 <i>2004</i>	455,1 <i>2004</i>	487,7 <i>2004</i>
Polonia	..	..	..	212,1 <i>2003</i>	..	..	304,4	..	..
Portugal	99,5	0,1	99,6	132,4	13,2	145,6	134,6	153,3	287,9
República Eslovaca	..	..	..	..	..	..	..	..	..
España	362,8 <i>1997</i>	..	..	235,0	..	..	101,5	892,9	994,5
Suecia	33,5 <i>1998</i>	..	..	25,5 <i>2001</i>	614,9 <i>2001</i>	640,4 <i>2001</i>	22,9 <i>2003</i>	871,6 <i>2003</i>	894,5 <i>2003</i>
Suiza	..	..	..	225,5 <i>2002</i>	251,4 <i>2002</i>	476,9 <i>2002</i>	112,2	317,0	429,1
Turquía	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Reino Unido	196,1	141,9	338,0	95,3	451,7	546,9	43,1	583,8	626,9
Estados Unidos	6,8	..	..	2,7	..	..	3,3 <i>2004</i>	..	..

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115360252350>

Nota: Las variaciones entre países deben interpretarse con precaución, debido a las diferencias en cuanto al modo en que los distintos países registran las operaciones de cataratas, así como a la cobertura incompleta de los centros de asistencia sanitaria (en especial los hospitales privados y las actividades realizadas en el sector ambulatorio).

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.5.1a. Gasto sanitario total per cápita, en PPA en dólares de EEUU, de 1980 a 2005

	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Australia	697	1 307	2 397	2 541	2 724	2 892	3 128	3 128 2004-05
Austria	769	1 327	2 825	2 898	3 018	3 236	3 418	3 519
Bélgica	636	1 341	2 301	2 452	2 631	3 080	3 290e	3 389e
Canadá	780	1 738	2 509	2 727	2 867	3 006	3 161	3 326
República Checa	..	570	971	1 055	1 199	1 353	1 413	1 479
Dinamarca	883	1 521	2 381	2 561	2 656	2 793	2 972e	3 108e
Finlandia	582	1 392	1 717	1 861	2 012	2 045	2 202	2 331
Francia	677	1 499	2 487	2 649	2 795	3 011	3 191	3 374
Alemania	950	1 933 1992	2 634	2 754	2 886	3 129	3 169	3 287
Grecia	486	843	1 950	2 178	2 364	2 616	2 669	2 981
Hungría	..	600 1991	857	977	1 115	1 291e	1 337e	1 337 2004e
Islandia	733	1 619	2 697	2 775	3 036	3 161	3 331	3 443
Irlanda	519	796	1 822	2 151	2 368	2 536	2 742	2 926
Italia	..	1 380	2 078	2 188	2 278	2 281	2 437	2 532
Japón	583	1 121	1 967	2 080	2 138	2 243e	2 358e	2 358 2004e
Corea	159 1983	356	780	932	977	1 051	1 138	1 318
Luxemburgo	640	1 532	2 984	3 270	3 729	4 727	5 352e	5 352 2004e
México	..	306	506	548	578	608	655	675
Países Bajos	755	1 434	2 258	2 525	2 775	2 910e	3 094e	3 094 2004e
Nueva Zelanda	509	991	1 605	1 709	1 850	1 911	2 148e	2 343e
Noruega	676	1 392	3 082	3 293	3 616	3 872	4 103	4 364
Polonia	..	296	590	647	734	754	814	867e
Portugal	292	673	1 625	1 685	1 783	1 832e	1 896e	2 033e
República Eslovaca	..	..	595	642	716	798	1 061	1 137
España	363	872	1 520	1 617	1 723	1 954	2 099e	2 255e
Suecia	938	1 581	2 272	2 409	2 593	2 760	2 827	2 918
Suiza	1 030	2 028	3 181	3 371	3 650	3 861	4 045	4 177
Turquía	76	168	451	461	484	514	562	586
Reino Unido	482	989	1 859	2 034	2 228	2 328	2 560	2 724
Estados Unidos	1 068	2 738	4 569	4 917	5 306	5 684	6 037	6 401
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	..	..	..	..	..	..	..	<b>2 759</b>
<b>Media uniforme (24)<sup>b</sup></b>	<b>637</b>	<b>1 300</b>	<b>2 245</b>	<b>2 410</b>	<b>2 592</b>	<b>2 798</b>	<b>2 979</b>	<b>3 114</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115415475557>

e: Estimación preliminar.

a) La media refleja los datos más recientes disponibles para todos los países de la OCDE.

b) Excluye a la República Checa, Hungría, Italia, México, Polonia y la República Eslovaca.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.5.1b. Gasto sanitario público per cápita, en PPA en dólares de EEUU, de 1980 a 2005

	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Australia	439	877	1 640	1 715	1 839	1 952	2 110	2 110 <i>2004-05</i>
Austria	529	976	2 144	2 195	2 276	2 438	2 582	2 665
Bélgica	..	..	1 750	1 878	1 979	2 205	2 404e	2 451e
Canadá	590	1 296	1 766	1 909	1 994	2 110	2 220	2 337
República Checa	..	555	877	947	1 085	1 215	1 259	1 310
Dinamarca	775	1 258	1 963	2 117	2 203	2 353	2 506e	2 614e
Finlandia	460	1 126	1 290	1 412	1 536	1 558	1 700	1 813
Francia	542	1 148	1 948	2 075	2 197	2 389	2 534	2 693
Alemania	747	1 575 <i>1992</i>	2 098	2 184	2 286	2 462	2 437	2 527
Grecia	270	453	862	1 032	1 111	1 214	1 190	1 277
Hungría	..	534 <i>1991</i>	606	674	783	921e	942e	942 <i>2004e</i>
Islandia	647	1 402	2 211	2 273	2 512	2 607	2 746	2 842
Irlanda	423	571	1 329	1 584	1 791	1 945	2 143	2 281
Italia	..	1 097	1 507	1 633	1 697	1 703	1 847	1 938
Japón	416	870	1 599	1 699	1 742	1 828e	1 927e	1 927 <i>2004e</i>
Corea	41 <i>1983</i>	130	365	494	504	546	598	698
Luxemburgo	594	1 426	2 665	2 874	3 367	4 281	4 851e	4 851 <i>2004e</i>
México	..	124	235	246	254	268	304	307
Países Bajos	523	962	1 424	1 586	1 733	1 733 <i>2002</i>	1 733 <i>2002</i>	1 733 <i>2002</i>
Nueva Zelanda	448	816	1 252	1 306	1 441	1 497	1 665e	1 829e
Noruega	576	1 153	2 542	2 752	3 019	3 241	3 428	3 647
Polonia	..	271	413	465	522	527	558	601e
Portugal	188	441	1 179	1 205	1 288	1 344e	1 358e	1 478e
República Eslovaca	..	..	532	574	638	705	782	846
España	290	687	1 089	1 151	1 228	1 373	1 487e	1 609e
Suecia	868	1 421	1 929	2 045	2 207	2 357	2 391	2 469
Suiza	..	1 062	1 769	1 926	2 113	2 258	2 367	2 493
Turquía	22	102	284	314	341	368	406	418
Reino Unido	431	827	1 503	1 687	1 857	1 993	2 209	2 371
Estados Unidos	439	1 080	1 995	2 191	2 372	2 528	2 698	2 884
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	..	..	..	..	..	..	..	<b>1 999</b>
<b>Media uniforme (22)<sup>b</sup></b>	<b>466</b>	<b>936</b>	<b>1 594</b>	<b>1 718</b>	<b>1 857</b>	<b>2 005</b>	<b>2 133</b>	<b>2 231</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115415475557>

e: Estimación preliminar.

a) La media refleja los datos más recientes disponibles para todos los países de la OCDE.

b) Excluye a Bélgica, la República Checa, Hungría, Italia, México, Polonia, la República Eslovaca y Suiza.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

**Tabla A.5.1c. Crecimiento del gasto sanitario total y público per cápita, comparado con el crecimiento del PIB per cápita, en términos reales, de 1995 a 2005**

	Gasto sanitario total per cápita		Gasto sanitario público per cápita		PIB per cápita	
	Tasa de crecimiento medio anual	2005 gasto real 1995 = 100	Tasa de crecimiento medio anual	2005 gasto real 1995 = 100	Tasa de crecimiento medio anual	2005 gasto real 1995 = 100
Australia* (1995-2004)	4,7	151	4,2	145	2,5	125
Austria	2,4	127	3,0	134	2,0	121
Bélgica*	3,2	136	2,8	132	1,7	119
Canadá*	3,2	136	3,0	134	2,3	126
República Checa*	2,5	127	2,3	125	2,7	130
Dinamarca*	2,8	132	2,9	133	1,7	119
Finlandia	3,5	141	3,8	145	3,4	139
Francia*	2,3	126	2,4	127	1,6	118
Alemania	1,8	119	1,2	113	1,2	113
Grecia*	4,7	158	5,1	165	3,4	140
Hungría* (1995-2004)	4,9	153	3,6	137	4,4	148
Islandia	5,0	163	4,8	160	3,4	140
Irlanda	7,2	200	8,0	217	6,0	178
Italia	3,2	136	4,0	148	1,1	111
Japón* (1995-2004)	2,6	126	2,5	125	0,9	108
Corea	7,6	208	11,9	308	3,7	144
Luxemburgo* (1995-2004)	7,6	193	7,5	191	3,6	137
México*	3,6	142	4,7	158	2,1	123
Países Bajos* <sup>(a)</sup> (1995-2004)	3,0	131	2,1	115	2,1	122
Nueva Zelanda	4,3	152	4,4	154	1,9	121
Noruega*	3,4	139	3,7	144	2,3	126
Polonia*	5,2	166	4,8	160	4,3	153
Portugal*	3,8	145	4,6	156	1,7	118
Rep. Eslovaca* (1997-2005)	3,7	133	3,3	129	3,4	131
España*	3,0	135	3,1	136	2,7	130
Suecia	3,8	145	3,5	142	2,6	129
Suiza	2,8	132	3,9	147	1,0	110
Turquía (1999-2005)	6,3	144	9,1	168	3,4	122
Reino Unido	4,2	151	4,6	157	2,4	127
Estados Unidos	3,6	143	3,6	142	2,2	124
<b>Media</b>	<b>4,0</b>	<b>146</b>	<b>4,3</b>	<b>152</b>	<b>2,6</b>	<b>128</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115415475557>

\* Las tasas de crecimiento que se refieren en las tablas A.5.1c a A.5.1e se han ajustado para tener en cuenta los numerosos saltos que presentan las series de gasto sanitario. Estas interrupciones de las series se deben en la mayoría de los casos a los cambios metodológicos resultantes de la ejecución del Sistema de cuentas de salud (véase el anexo B). La revisión de los límites del sector sanitario suele dar lugar a un cambio de nivel del gasto sanitario en el momento de tal aplicación. Para tratar de eliminar tal efecto, se ha supuesto que el crecimiento real en el ejercicio de la interrupción de las series equivale al crecimiento medio de los años precedentes y siguientes.

a) El gasto público de los Países Bajos corresponde al período de 1995 a 2002.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.5.1d. **Tasa de crecimiento anual del gasto sanitario total per cápita, en términos reales, de 1995 a 2005**

	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/2000	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
Australia	4,8	4,3	4,9	5,3*	5,6	4,4	4,5	3,5	5,1	..
Austria	2,5	3,8	5,6	2,8	1,0	1,2	2,0	1,9	2,6	0,8
Bélgica	3,3	1,3	3,0	5,9	3,9	1,7	3,7	4,0*	4,2	0,7
Canadá	-1,8	2,8	6,4	2,8	3,4	6,1	5,0	2,6	2,3	2,1
República Checa	-0,2	-1,3	-1,2	0,4	2,8*	5,1	8,2	5,0*	1,8	4,4
Dinamarca	3,3	2,0	3,9	4,0	0,7	4,0	2,5	3,0*	3,5	1,4
Finlandia	5,3	0,9	-0,7	2,2	1,9	4,6	6,0	5,7	4,1	5,1
Francia	0,6	0,4	2,3	3,3	2,6	2,4	3,3	3,2*	3,0	2,0
Alemania	3,6	0,0	2,1	2,7	3,0	2,5	1,7	1,4	-0,8	1,8
Grecia	1,2	1,6	1,9	6,0	8,0*	10,0	2,4	7,8	0,3	8,0
Hungría	-2,2	1,2	3,1*	5,0	2,3	7,6	10,4	14,2	3,0	..
Islandia	3,7	3,3	11,9	11,9	1,5	0,9	7,7	5,0	3,6	1,1
Irlanda	4,7	8,7	4,4	10,1	8,5	15,4	6,9	5,0	5,0	3,6
Italia	2,3	5,5	2,2	2,7	7,0	3,4	1,7	0,1	5,1	1,8
Japón	5,0	0,5	1,9	3,2	4,6	3,3	0,4	2,8	2,1	..
Corea	9,7	3,0	-7,3	17,4	11,2	16,7	4,3	5,4	5,2	12,5
Luxemburgo	2,4	3,5	6,5	9,9	7,9	10,3	9,3	9,4*	9,4	..
México	-6,1	7,9	7,3*	6,7	4,4	5,8	2,7	3,0	4,8	0,0
Países Bajos	1,5	0,4	2,4*	4,3	1,5	5,5	6,3	2,9	2,5	..
Nueva Zelanda	1,2	3,2	5,5	3,0	2,7	4,4	7,6	-0,2	10,2	5,5
Noruega	3,9	8,2*	12,4	2,2	-7,4	6,1	12,3	2,7	-0,5	-4,3
Polonia	13,9	2,1	10,6	1,4	1,4	7,4	4,9*	2,4	4,7	3,9
Portugal	7,0	4,2	1,4	6,9	4,0*	1,0	2,0	6,2	1,5	4,0
República Eslovaca	..	..	1,9	1,5	-3,4	4,0	6,2	8,9	6,5*	4,1
España	2,4	1,8	3,9	4,2	2,7	2,9	1,4	2,9*	4,3	3,9
Suecia	4,3	0,3	5,2	5,6	4,1	5,3	6,4	3,1	1,5	2,4
Suiza	4,4	1,9	4,2	2,1	2,9	5,1	1,6	2,0	2,2	1,9
Turquía	..	..	..	..	8,6	3,0	5,3	7,0	9,6	4,3
Reino Unido	3,0	0,5	3,6	6,6	5,2	5,4	4,2	3,7	6,2	4,1
Estados Unidos	2,1	2,2	3,0	3,4	3,6	5,1	6,0	4,9	3,3	2,9
<b>Media</b>	<b>3,1</b>	<b>2,6</b>	<b>3,9</b>	<b>4,9</b>	<b>3,5</b>	<b>5,4</b>	<b>4,9</b>	<b>4,3</b>	<b>3,9</b>	<b>3,1</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115415475557>

\* Véase la nota de la tabla A.5.1c.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.5.1e. Tasa de crecimiento anual del gasto sanitario público per cápita, en términos reales, de 1995 a 2005

	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/2000	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
Australia	4,0	6,8	4,2	3,7*	3,1	3,0	4,5	3,4	5,1	..
Austria	1,0	11,2	5,9	3,3	0,7	1,0	1,5	1,8	2,9	1,0
Bélgica	4,5	-2,0	2,3	5,6	3,8	2,4	1,8	4,1*	6,4	-0,3
Canadá	-2,5	1,9	7,1	1,8	3,9	5,6	4,3	3,6	2,3	2,2
República Checa	-0,4	-1,7	-1,0	0,4	2,5*	4,5	9,0	5,1*	1,1	3,8
Dinamarca	3,2	1,8	3,6	4,3	0,9	4,3	2,8	3,2*	3,6	1,1
Finlandia	5,6	1,3	-0,4	0,9	1,7	5,7	6,6	5,5	5,5	5,8
Francia	0,4	0,5	2,3	2,9	2,6	2,5	3,7	3,4*	3,0	2,6
Alemania	4,4	-1,6	1,2	2,3	2,9	2,1	1,6	0,7	-3,1	1,8
Grecia	3,0	1,4	0,4	8,8	13,4*	17,9	1,5	6,4	-3,6	3,8
Hungría	-5,0	0,8	1,3*	1,7	0,0	4,9	12,4	16,0	1,8	..
Islandia	2,8	1,8	10,7	14,5	0,2	0,8	8,8	4,7	3,6	1,2
Irlanda	3,8	12,5	4,1	8,9	8,8	16,4	9,8	6,5	6,9	3,4
Italia	2,0	5,9	1,5	3,2	9,7	6,4	1,5	0,3	6,7	2,8
Japón	4,7	-1,0	1,0	3,6	4,9	3,8	0,1	2,8	2,5	..
Corea	19,4	9,8	4,4	18,0	11,0	32,1	1,6	6,0	6,6	13,3
Luxemburgo	2,8	3,1	6,4	6,8	7,3	8,5	12,3	10,9*	9,5	..
México	-7,7	16,5	13,7*	10,8	1,7	2,0	0,4	3,6	10,1	-2,0
Países Bajos	-5,4	2,9	2,5*	2,0	2,1	5,0	5,7	2,9	2,5	..
Nueva Zelanda	0,6	4,0	5,1	3,6	3,4	2,3	9,6	0,4	9,1	6,2
Noruega	3,8	8,8*	13,7	2,6	-7,5	7,4	12,2	3,0	-0,7	-4,2
Polonia	14,7	0,1	0,5	10,4	-0,2	10,3	5,5*	0,6	2,7	5,0
Portugal	11,5	4,9	3,6	7,7	3,6*	-0,5	3,1	7,9	-0,9	5,5
República Eslovaca	..	..	1,8	-0,6	-3,7	3,9	5,9	8,0	6,5*	5,0
España	2,7	2,0	3,5	3,9	2,1	2,3	1,5	3,4*	5,2	4,6
Suecia	4,6	-1,0	5,1	5,5	3,1	5,3	6,7	3,4	0,5	2,4
Suiza	6,2	2,8	3,6	2,9	3,4	7,9	3,0	3,0	2,3	4,0
Turquía	..	..	..	..	11,8	11,7	8,7	8,8	10,6	3,1
Reino Unido	1,9	-2,6	3,6	7,0	5,6	8,1	4,6	6,5	7,1	5,0
Estados Unidos	2,2	1,5	0,6	2,2	4,0	7,2	6,4	4,4	3,8	3,7
<b>Media</b>	<b>3,2</b>	<b>3,3</b>	<b>3,9</b>	<b>5,1</b>	<b>3,6</b>	<b>6,5</b>	<b>5,2</b>	<b>4,7</b>	<b>4,0</b>	<b>3,2</b>

\* Véase la nota de la tabla A.5.1c.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115415475557>

Tabla A.5.2a. **Gasto sanitario total, como porcentaje del PIB, de 1980 a 2005**

	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Australia	6,8	7,5	8,8	8,9	9,1	9,2	9,5	9,5 2004-05
Austria	7,5	7,0	10,0	10,0	10,1	10,2	10,3	10,2
Bélgica	6,3	7,2	8,6	8,7	9,0	10,1	10,2e	10,3e
Canadá	7,0	8,9	8,8	9,3	9,6	9,8	9,8	9,8
República Checa	..	4,7	6,5	6,7	7,1	7,4	7,3	7,2
Dinamarca	8,9	8,3	8,3	8,6	8,8	9,1	9,2e	9,1e
Finlandia	6,3	7,7	6,6	6,7	7,0	7,3	7,4	7,5
Francia	7,0	8,4	9,6	9,7	10,0	10,9	11,0	11,1
Alemania	8,4	9,6 1992	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7
Grecia	5,1	5,8	9,3	9,8	9,7	10,0	9,6	10,1
Hungría	..	7,0 1991	6,9	7,2	7,6	8,3e	8,1e	8,1 2004e
Islandia	6,3	7,8	9,3	9,2	10,0	10,3	10,0	9,5
Irlanda	8,3	6,1	6,3	7,0	7,2	7,3	7,5	7,5
Italia	..	7,7	8,1	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9
Japón	6,5	6,0	7,7	7,9	8,0	8,1e	8,0e	8,0 2004e
Corea	4,1 1983	4,3	4,8	5,4	5,3	5,4	5,5	6,0
Luxemburgo	5,2	5,4	5,8	6,4	6,8	7,8	8,3e	8,3 2004e
México	..	4,8	5,6	6,0	6,2	6,3	6,5	6,4
Países Bajos	7,5	8,0	8,0	8,3	8,9	9,1e	9,2e	9,2 2004e
Nueva Zelanda	5,9	6,9	7,7	7,8	8,2	8,0	8,6e	9,0e
Noruega	7,0	7,6	8,4	8,8	9,8	10,0	9,7	9,1
Polonia	..	4,8	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2e
Portugal	5,3	5,9	8,8	8,8	9,0	9,7e	9,8e	10,2e
República Eslovaca	..	..	5,5	5,5	5,6	5,9	7,2	7,1
España	5,3	6,5	7,2	7,2	7,3	7,9	8,1e	8,2e
Suecia	9,0	8,3	8,4	8,7	9,1	9,3	9,1	9,1
Suiza	7,4	8,3	10,4	10,9	11,1	11,5	11,5	11,6
Turquía	3,3	3,6	6,6	7,5	7,4	7,6	7,7	7,6
Reino Unido	5,6	6,0	7,3	7,5	7,7	7,8	8,1	8,3
Estados Unidos	8,8	11,9	13,2	13,9	14,7	15,2	15,2	15,3
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	..	..	..	..	..	..	..	<b>9,0</b>
<b>Media uniforme (24)<sup>b</sup></b>	<b>6,6</b>	<b>7,2</b>	<b>8,3</b>	<b>8,6</b>	<b>8,9</b>	<b>9,3</b>	<b>9,3</b>	<b>9,4</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115422448016>

e: Estimación preliminar.

a) La media refleja los datos más recientes disponibles para todos los países de la OCDE.

b) Excluye a la República Checa, Hungría, Italia, México, Polonia y la República Eslovaca.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.5.2b. Gasto sanitario público, como porcentaje del PIB, de 1980 a 2005

	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Australia	4,3	5,1	6,0	6,0	6,2	6,2	6,4	6,4 2004-05
Austria	5,1	5,1	7,6	7,6	7,6	7,7	7,8	7,7
Bélgica	..	..	6,6	6,7	6,7	7,2	7,5e	7,4e
Canadá	5,3	6,6	6,2	6,5	6,7	6,8	6,8	6,9
República Checa	..	4,6	5,9	6,0	6,4	6,7	6,5	6,4
Dinamarca	7,9	6,9	6,8	7,1	7,3	7,7	7,8e	7,7e
Finlandia	5,0	6,2	4,9	5,1	5,4	5,6	5,7	5,9
Francia	5,6	6,4	7,5	7,6	7,9	8,6	8,7	8,9
Alemania	6,6	7,8 1992	8,2	8,3	8,4	8,5	8,1	8,2
Grecia	2,8	3,1	4,1	4,7	4,6	4,7	4,3	4,3
Hungría	..	6,3 1991	4,9	4,9	5,3	5,9e	5,7e	5,7 2004e
Islandia	5,5	6,8	7,6	7,5	8,3	8,5	8,3	7,9
Irlanda	6,8	4,4	4,6	5,1	5,4	5,6	5,8	5,8
Italia	..	6,1	5,8	6,1	6,2	6,2	6,6	6,8
Japón	4,7	4,6	6,2	6,5	6,5	6,6e	6,6e	6,6 2004e
Corea	1,1 1983	1,6	2,2	2,9	2,7	2,8	2,9	3,2
Luxemburgo	4,8	5,0	5,2	5,6	6,1	7,0	7,5e	7,5 2004e
México	..	2,0	2,6	2,7	2,7	2,8	3,0	2,9
Países Bajos	5,2	5,4	5,0	5,2	5,5	5,5 2002	5,5 2002	5,5 2002
Nueva Zelanda	5,1	5,7	6,0	6,0	6,4	6,3	6,7e	7,0e
Noruega	5,9	6,3	6,9	7,4	8,2	8,4	8,1	7,6
Polonia	..	4,4	3,9	4,2	4,5	4,4	4,3	4,3e
Portugal	3,4	3,8	6,4	6,3	6,5	7,1e	7,0e	7,4e
República Eslovaca	..	..	4,9	4,9	5,0	5,2	5,3	5,3
España	4,2	5,1	5,2	5,2	5,2	5,5	5,7e	5,9e
Suecia	8,3	7,5	7,1	7,4	7,8	7,9	7,7	7,7
Suiza	..	4,3	5,8	6,2	6,5	6,7	6,8	6,9
Turquía	1,0	2,2	4,2	5,1	5,2	5,4	5,6	5,4
Reino Unido	5,0	5,0	5,9	6,2	6,4	6,7	6,9	7,2
Estados Unidos	3,6	4,7	5,8	6,2	6,6	6,7	6,8	6,9
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	..	..	..	..	..	..	..	<b>6,4</b>
<b>Media uniforme (22)<sup>b</sup></b>	<b>4,9</b>	<b>5,2</b>	<b>5,9</b>	<b>6,2</b>	<b>6,4</b>	<b>6,6</b>	<b>6,7</b>	<b>6,7</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115422448016>

e: Estimación preliminar.

a) La media refleja los datos más recientes disponibles para todos los países de la OCDE.

b) Excluye a Bélgica, la República Checa, Hungría, Italia, México, Polonia, la República Eslovaca y Suiza.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.5.3. Gasto sanitario corriente, por función de la atención sanitaria, 2005

	Servicios médicos personales	de los cuales:			Bienes médicos	Salud colectiva	de los cuales:	
		Curación y rehabilitación	Cuidados prolongados	Servicios auxiliares			Prevención y salud pública	Administración sanitaria y seguros de enfermedad
Australia (2004-05)	77	64	7	5	18	4	2	3
Austria	78	63	13	2	16	6	2	4
Bélgica	72	53	15	4	19	8	2	6
Canadá <sup>a</sup>	68	47	14	6	21	11	6	4
República Checa	65	49	3	12	30	5	2	3
Dinamarca	82	57	22	3	14	4	2	2
Finlandia <sup>b</sup>	72	65	6	0	20	6	4	2
Francia	69	57	9	4	22	9	2	7
Alemania	71	54	12	5	20	9	3	6
Grecia	..	..	..	..	..	..	..	..
Hungría (2004)	58	50	4	4	35	7	5	1
Islandia	82	65	17	0	16	2	1	2
Irlanda	..	..	..	..	..	..	..	..
Italia	78	..	..	..	21	1	1	0
Japón (2004)	75	57	18	1	21	4	2	2
Corea	63	63	1	0	31	6	2	4
Luxemburgo (2004)	79	56	17	6	12	10	1	9
México <sup>c</sup>	62	..	..	..	22	14	3	11
Países Bajos	73	57	14	2	18	9	5	5
Nueva Zelanda	77	55	15	7	13	10	6	4
Noruega	83	50	26	7	14	3	2	1
Polonia	64	53	7	4	32	4	2	2
Portugal	72	61	1	10	25	3	2	1
República Eslovaca	52	46	1	6	41	6	2	4
España	69	58	7	4	26	5	2	3
Suecia	83	..	..	..	15	1	..	1
Suiza	80	57	20	3	13	7	2	5
Turquía	..	..	..	..	..	..	..	..
Reino Unido	..	..	..	..	..	..	..	..
Estados Unidos	75	68	7	0	14	11	4	8
<b>Media uniforme (23)<sup>c</sup></b>	<b>72</b>	<b>57</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115424851345>

a) El gasto corriente correspondiente a Canadá y México incluye también algunos gastos sin asignar.

b) El gasto corriente correspondiente a Finlandia incluye también gastos en salud ambiental.

c) Excluye a Grecia, Irlanda, Italia, México, Suecia, Turquía y el Reino Unido.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.5.4a. **Gasto farmacéutico per cápita, 2005, y tasa de crecimiento medio anual per cápita, en términos reales, de 1995 a 2005**

	PPA per cápita en dólares de EEUU, 2005			Tasa de crecimiento medio anual per cápita, en términos reales, 1995-2005		Gasto farmacéutico en términos reales 1995 = 100
	Total	Público	Privado	Gasto farmacéutico	Gasto sanitario total	
Australia (2004-05)	415	239	176	6,4	4,7 1995-2004	175
Austria	409	297	111	4,9	2,4	161
Bélgica	..	..	..	..	..	..
Canadá	589	228	361	5,8	3,2	175
República Checa	372	281	91	2,9	2,5	134
Dinamarca	276	154	122	2,7	2,8	130
Finlandia	380	214	166	5,0	3,5	163
Francia	554	382	172	3,1	2,3	136
Alemania	498	365	133	3,5	1,8	141
Grecia	..	..	..	..	..	..
Hungría (2004)	390	244	145	7,5	4,9 1995-2004	192
Islandia	458	273	186	4,9	5,0	161
Irlanda	320	281	39	7,6	7,2	209
Italia	509	255	254	2,9	3,2	132
Japón (2004)	449	311	138	0,8	2,6 1995-2004	108
Corea	360	181	179	5,4	7,6	169
Luxemburgo (2003)	465	390	74	4,8	7,4 1995-2003	140
México	144	16	128	5,8	3,4 1999-2005	140
Países Bajos (2002)	318	182	136	4,1	3,1 1995-2002	132
Nueva Zelanda	290	192	99	2,5	4,3	128
Noruega	398	232	165	4,0	3,4	147
Polonia	243	92	151	..	..	..
Portugal	445	262	183	3,7	3,8	144
República Eslovaca	362	266	96	6,6	4,3 1999-2005	147
España	517	375	142	5,5	3,0	172
Suecia	351	243	109	3,6	3,8	142
Suiza	436	295	141	3,3	2,8	138
Turquía	..	..	..	..	..	..
Reino Unido	..	..	..	..	..	..
Estados Unidos	792	191	601	7,1	3,6	199
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	<b>413</b>	<b>248</b>	<b>165</b>	..	..	..
<b>Media uniforme (25)<sup>b</sup></b>	<b>420</b>	<b>254</b>	<b>166</b>	<b>4,6</b>	<b>3,9</b>	<b>153</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115436250565>

a) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes.

b) Excluye a Bélgica, Grecia, Polonia, Turquía y el Reino Unido.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.5.4b. **Gasto farmacéutico como proporción del gasto sanitario total y del PIB, de 1980 a 2005**

	Porcentaje del gasto sanitario total				Porcentaje del PIB			
	1980	1990	2000	2005	1980	1990	2000	2005
Australia	8,0	9,0	13,9	13,3 <i>2004-05</i>	0,5	0,7	1,2	1,3 <i>2004-05</i>
Austria	..	..	11,8	11,6	..	..	1,2	1,2
Bélgica	17,4	15,5	16,5 <i>1997</i>	..	1,1	1,1	1,4 <i>1997</i>	..
Canadá	8,5	11,5	15,9	17,7	0,6	1,0	1,4	1,7
República Checa	..	21,0	23,4	25,1	..	1,0	1,5	1,8
Dinamarca	6,0	7,5	8,8	8,9e	0,5	0,6	0,7	0,8e
Finlandia	10,7	9,4	15,5	16,3	0,7	0,7	1,0	1,2
Francia	16,0	16,9	18,2	16,4	1,1	1,4	1,7	1,8
Alemania	13,4	14,3	13,6	15,2	1,1	1,2	1,4	1,6
Grecia	18,8	14,3	14,4 <i>1999</i>	..	1,0	0,8	1,1 <i>1999</i>	..
Hungría	..	27,6 <i>1991</i>	28,5 <i>2001</i>	31,1e	..	1,9 <i>1991</i>	2,0 <i>2001</i>	2,3 <i>2004e</i>
Islandia	15,9	13,5	14,6	13,3	1,0	1,1	1,4	1,3
Irlanda	10,9	12,2	10,6	10,9	0,9	0,7	0,7	0,8
Italia	..	20,3	22	20,1	..	1,6	1,8	1,8
Japón	21,2	21,4	18,7	19,0 <i>2004e</i>	1,4	1,3	1,4	1,5 <i>2004e</i>
Corea	34,6 <i>1983</i>	36,5	29,5	27,3	1,4 <i>1983</i>	1,6	1,4	1,6
Luxemburgo	14,5	14,9	11	8,9 <i>2004e</i>	0,8	0,8	0,6	0,7 <i>2004e</i>
México	..	..	19,4	21,3	..	..	1,1	1,4
Países Bajos	8,0	9,6	11,7	11,5 <i>2002</i>	0,6	0,8	0,9	1,0 <i>2002</i>
Nueva Zelanda	11,9	13,8	14,4 <i>1997</i>	12,4e	0,7	0,9	1,1 <i>1997</i>	1,1e
Noruega	8,7	7,2	9,5	9,1	0,6	0,6	0,8	0,8
Polonia	..	..	28,4 <i>2002</i>	28,0e	..	..	1,8 <i>2002</i>	1,7e
Portugal	19,9	24,9	22,4	21,9e	1,1	1,5	2,0	2,2e
República Eslovaca	..	..	34	31,9	..	..	1,9	2,3
España	21,0	17,8	21,3	22,9e	1,1	1,2	1,5	1,9e
Suecia	6,5	8,0	13,8	12,0	0,6	0,7	1,2	1,1
Suiza	..	10,2	10,7	10,4	..	0,8	1,1	1,2
Turquía	10,7 <i>1981</i>	20,4	24,8	..	0,4 <i>1981</i>	0,7	1,6	..
Reino Unido	12,8	13,5	15,8 <i>1997</i>	..	0,7	0,8	1,1 <i>1997</i>	..
Estados Unidos	9,0	9,2	11,7	12,4	0,8	1,1	1,5	1,9
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	..	..	..	<b>17,3</b>	..	..	..	<b>1,5</b>
<b>Media uniforme (18)<sup>b</sup></b>	<b>13,6</b>	<b>14,3</b>	<b>15,3</b>	<b>15,0</b>	<b>0,9</b>	<b>1,0</b>	<b>1,2</b>	<b>1,4</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115436250565>

e: Estimación preliminar.

a) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes.

b) Excluye a Austria, Bélgica, la República Checa, Grecia, Hungría, Italia, México, Polonia, la República Eslovaca, Suiza, Turquía y el Reino Unido.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.5.5. **Gasto sanitario por tipo de financiación, 2005**

Gasto sanitario total = 100

	Público total	Del cual:		Privado total	Del cual:		
		Administración general	Seguro social		Seguros privados	Pagos directos	Todos los demás fondos <sup>d</sup>
Australia (2004-05)	67	67	0	33	7	20	6
Austria	76	30	46	24	5	16	3
Bélgica <sup>a</sup>	71	4	66	29	5	22	1
Canadá	70	69	1	30	13	15	2
República Checa	89	9	80	11	0	11	0
Dinamarca	84	84	0	16	2	14	0
Finlandia	78	61	17	22	2	18	2
Francia	80	5	75	20	13	7	1
Alemania	77	10	67	23	9	13	1
Grecia <sup>b</sup>	43	43	0	57		57	0
Hungría (2004)	71	11	60	29	1	24	4
Islandia <sup>b</sup>	83	49	34	17		17	0
Irlanda	78	77	1	22	7	13	2
Italia	77	76	0	23	1	20	2
Japón (2004) <sup>b</sup>	82	16	66	18		17	1
Corea	53	12	41	47	3	38	6
Luxemburgo (2004) <sup>c</sup>	91	17	73	9	1	7	1
México	45	17	28	55	3	51	0
Países Bajos <sup>a</sup>	66	3	63	34	20	8	6
Nueva Zelanda	78	78	0	22	5	17	1
Noruega	84	69	15	16	0	16	1
Polonia	69	11	58	31	1	26	4
Portugal	73	72	1	27	4	22	1
República Eslovaca	74	9	65	26	0	23	3
España	71	66	5	29	6	22	1
Suecia	85	85	0	15	0	15	0
Suiza	60	17	43	40	9	31	1
Turquía	71	34	38	29	0	20	9
Reino Unido <sup>b</sup>	87	87	0	13		13	0
Estados Unidos	45	32	13	55	37	13	5
<b>Media de la OCDE</b>	<b>73</b>	<b>41</b>	<b>32</b>	<b>27</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>2</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115470000573>

a) Proporción del gasto total en lugar del gasto total (es decir, se excluye la inversión de capital).

b) No se dispone de cálculos independientes de los seguros de enfermedad privados.

c) El gasto directo correspondiente a Luxemburgo cubre sólo el elemento de reparto de costes.

d) Cubre la financiación por instituciones sin ánimo de lucro, corporaciones y financiación externa (resto del mundo).

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

Tabla A.5.6a. Cobertura pública total, porcentaje de la población total, de 1970 a 2005

	1970	1980	1990	2000	2005
Australia	85,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Austria	91,0	99,0	99,0	99,0	98,0
Bélgica	97,8	99,0	97,3	99,0	99,0
Canadá	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
República Checa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Dinamarca	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Finlandia	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Francia	95,6	99,1	99,4	99,9	99,9
Alemania	89,2	92,3	88,8	90,7	89,6
Grecia	55,0	88,0	100,0	100,0	100,0 2004
Hungría	..	100,0	100,0	100,0	100,0
Islandia	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Irlanda	85,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Italia	93,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Japón	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Corea	..	29,8	100,0	100,0	100,0
Luxemburgo	99,6	99,8	98,8 1993	98,2	99,7 2004
México	..	..	..	51,0 2002	50,4
Países Bajos	69,0	68,3	61,4	64,5	62,1
Nueva Zelanda	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Noruega	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Polonia	..	..	..	..	97,3
Portugal	40,0	100,0	100,0	100,0	100,0
República Eslovaca	..	..	..	98,8	97,6
España	61,0	83,0	98,1 1991	98,9 2001	99,5 2003
Suecia	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Suiza	89,0	96,5	99,5	100,0	100,0
Turquía	26,9	38,4	55,1	66,0 1997	67,2 2003
Reino Unido	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Estados Unidos	..	..	24,5	24,7	27,3
<b>Media más reciente<sup>a</sup></b>	..	..	..	..	<b>92,9</b>
<b>Media uniforme (27)<sup>b</sup></b>	..	..	<b>93,4</b>	<b>94,1</b>	<b>94,2</b>

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115562572424>

a) La media comprende todos los países respecto a los que se dispone de datos recientes.

b) Excluye a México, Polonia y la República Eslovaca.

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

**Tabla A.5.6b. Cobertura privada total, por tipo de cobertura, en porcentaje de la población total, 2005 (o en el año más reciente del que se disponga de datos)**

	Total SEP	Primarios SEP	Duplicados SEP	Complementarios SEP	Suplementarios SEP
Australia	42,9	0,0	42,9	0,0	41,4
Austria	..	..	0,0	..	..
Bélgica	44,0	..	0,0	44,0	..
Canadá	66,0	0,0	0,0	0,0	66,0
República Checa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Dinamarca	6,8	0,0	0,0	6,8	6,8
Finlandia	..	0,0	..	..	..
Francia	87,2	0,0	0,0	87,2	0,0
Alemania	24,3	10,2	0,0	0,0	14,2
Grecia	15,6	0,0	15,6	0,0	0,0
Hungría	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Islandia	13,6	0,0	0,0	0,0	13,6
Irlanda	51,6	0,0	51,6	0,0	0,0
Italia	..	0,0	..	0,0	..
Japón	..	0,0	..	..	..
Corea	..	0,0	0,0	..	..
Luxemburgo	..	0,0	0,0	..	..
México	4,8	0,0	..	0,0	..
Países Bajos	92,8	35,8	0,0	0,0	57,1
Nueva Zelanda	32,7	0,0	32,7	0,0	0,0
Noruega	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Polonia	..	0,0	0,0	0,0	0,0
Portugal	17,4	0,0	17,4	..	..
República Eslovaca	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
España	11,9	..	..	0,0	..
Suecia	..	0,0	0,0	..	..
Suiza	32,5	0,0	0,0	0,0	32,5
Turquía	1,4	0,0	0,0	..	..
Reino Unido	11,0	0,0	11,0	0,0	0,0
Estados Unidos	67,1	59,2	0,0	..	..

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115562572424>

SEP: Seguro de enfermedad privado.

Nota: La cobertura privada total muestra la proporción de la población que está cubierta por un seguro de enfermedad privado como mínimo. En un país dado, la cobertura privada total no representa necesariamente la suma de la cobertura por diferentes tipos de seguros de enfermedad privados, ya que cada persona puede tener más de un tipo de cobertura (p. ej., Australia). En algunos países, los seguros de enfermedad privados desempeñan varias funciones, aun cuando los datos se atribuyen al tipo de cobertura más destacado (p. ej., Bélgica, Francia, Portugal, Islandia).

Fuente: Eco-Salud OCDE 2007.

**Tabla A.6.4. Tasa de supervivencia y procedimientos quirúrgicos en el cáncer de mama, por cada 100.000 mujeres, 2005 (o en el año más reciente del que se disponga de datos)**

	Tasa de supervivencia relativa a los cinco años en el cáncer de mama	Operaciones de conservación de la mama	Mastectomía	Cociente entre operaciones de conservación de la mama y mastectomías
Islandia	89,4 <i>1996-2000</i>	96	41	2,3
Estados Unidos	88,9 <i>1998-2002</i>	10 <i>2004</i>	55 <i>2004</i>	0,2
Finlandia	88,4 <i>1999-2003</i>	141	91	1,5
Suecia	87,0 <i>1999-2004</i>	79	83	1,0
Australia	86,6 <i>1998-2002</i>	100 <i>2004</i>	68 <i>2004</i>	1,5
Canadá	86,0 <i>1998-2003</i>	49 <i>2004</i>	55 <i>2004</i>	0,9
Dinamarca	85,0 <i>2001-2005</i>	102	89	1,1
Italia	85,0 <i>1995-1999</i>	149 <i>2004</i>	60 <i>2004</i>	2,5
Corea	84,6 <i>1998-2002</i>	..	..	..
Nueva Zelanda	83,5 <i>1998-2003</i>	112 <i>2004</i>	53 <i>2004</i>	2,1
Países Bajos	83,3 <i>1996-2000</i>	110	83	1,3
Japón	83,1 <i>1993-1996</i>	..	..	..
Noruega	82,8 <i>1998-2003</i>	143 <i>2004</i>	65 <i>2004</i>	2,2
Suiza	81,0 <i>1990-1994</i>	137	56	2,4
Reino Unido	80,0 <i>1998-2001</i>	133	80	1,7
Francia	79,7 <i>1990-1994</i>	253 <i>2001</i>	66 <i>2001</i>	3,8
Irlanda	79,7 <i>1999-2004</i>	60	50	1,2
Alemania	78,0 <i>1993-1997</i>	..	..	..
República Checa	75,7 <i>1994-1998</i>	..	..	..

StatLinks  <http://dx.doi.org/10.1787/115585624022>

Fuente: Proyecto sobre indicadores de calidad de la atención sanitaria, OCDE 2007. Eco-Salud OCDE 2007 (tasas de operaciones de conservación de la mama y de mastectomías).

## ANEXO B

# Definición de gasto sanitario y notas metodológicas sobre comparabilidad de los datos

### Definición del gasto en salud

El gasto sanitario total mide el consumo final de bienes y servicios de salud, más la inversión de capital en infraestructuras dedicadas a la atención sanitaria. Se incluyen los gastos realizados con cargo a fuentes públicas y privadas (incluidos los hogares) en bienes y servicios médicos, programas de prevención y salud pública y la administración de éstos. Se excluyen los gastos relacionados con la salud como los dedicados a formación, investigación y salud ambiental. El gasto sanitario total *no* comprende las indemnizaciones por pérdida de ingresos a causa de problemas de salud (pensiones por enfermedad y discapacidad). Para consultar una definición más detallada, véase *Sistema de Cuentas de Salud* (OCDE, 2000a).

En la tabla que figura a continuación se refieren las principales categorías de gasto utilizadas en *Eco-Salud OCDE 2007*, así como las tablas consignadas en la presente publicación.

Código ICHA	Descripción
HC.1; HC.2	Servicios de atención curativa y de rehabilitación (hospitalaria, ambulatoria y domiciliaria)
HC.3	Servicios de atención de larga duración por personal de enfermería (hospitalaria y domiciliaria)
HC.4	Servicios auxiliares de la atención sanitaria
<b>HC.1-HC.4</b>	<b>Servicios médicos</b>
HC.5	Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios
HC.1-HC.5	Gasto total en salud personal
HC.6	Servicios de prevención y salud pública
HC.7	Administración sanitaria y seguros de enfermedad
HC.6+HC.7	Gasto total en salud colectiva
<b>HC.1-HC.7</b>	<b>Gasto corriente total en salud</b>
HC.R.1	Formación de capital (inversión) de centros sanitarios
<b>HC.1-HC.7 + HC.R.1</b>	<b>GASTO SANITARIO TOTAL</b>

### Comparación del gasto sanitario entre países

Los países de la OCDE se encuentran en diversas etapas en cuanto a la comunicación del gasto sanitario total conforme a la definición específica de atención sanitaria propuesta en el manual de la OCDE *Un sistema de cuentas de salud* (SCS). Esto significa que los datos consignados en *Eco-Salud OCDE 2007* presentan diversos grados de comparabilidad. La comparabilidad del desglose funcional de los datos sobre gasto sanitario en *Eco-Salud OCDE* ha mejorado en los últimos años. No obstante, sigue habiendo limitaciones (inclu-

so entre los países en los que el gasto total es bastante similar) porque la revelación de los datos está vinculada a los registros administrativos actuales de los sistemas de financiación. Por ejemplo, el gasto hospitalario no comprende la facturación independiente de los honorarios de los médicos por la atención hospitalaria prestada (en consultorio) en Australia, Canadá y los Estados Unidos. Las diferentes prácticas en cuanto a la inclusión de la atención de larga duración en el gasto sanitario o social constituyen asimismo un factor de importancia que afecta a la comparabilidad de los datos.

Por lo que se refiere al desglose funcional del gasto sanitario referido en la presente publicación, el gasto ambulatorio se utiliza en un sentido amplio, e incluye, además de la atención ambulatoria en centros hospitalarios, la que se presta en el sector propiamente ambulatorio. En *Eco-Salud OCDE 2007* se presenta un desglose más detallado (como se muestra en la tabla anterior).

Para más información, véase la “Nota sobre la comparabilidad de los datos sobre gasto sanitario y financiero” en *Eco-Salud OCDE 2007*.

## Ajuste de las diferencias de divisa nacional

El gasto sanitario basado en las unidades de divisa nacional puede utilizarse para comparar algunos indicadores, como el coeficiente del gasto sanitario respecto al PIB y las tasas de crecimiento del gasto sanitario a lo largo del tiempo.

No obstante, para realizar comparaciones útiles del gasto sanitario entre países en una fecha determinada, es necesario convertir los datos de las unidades de divisa nacional a una moneda común, como el dólar USA. Resulta igualmente útil tener en cuenta las diferencias en cuanto a poder adquisitivo de las distintas divisas nacionales en cada país. A fin de calcular la tasa de conversión de las divisas nacionales en paridades de poder adquisitivo (PPC) en dólares USA, se determina el precio de una misma cesta fija de bienes y servicios en los distintos países en la moneda de cada uno de ellos, y a continuación se convierte a dólares USA. Por ejemplo, si una misma cesta de bienes y servicios cuesta 140 dólares canadienses en Canadá y 100 dólares USA en los Estados Unidos, la tasa de conversión de PPC sería de 1,4 CAD por cada dólar USA. Las PPC para el conjunto de la economía (PIB) se utilizan como los tipos de cambio más fiables y fácilmente disponibles. Se basan en una cesta general de bienes y servicios, elegida para que resulte representativa de la actividad económica en su conjunto. El uso de PPC para el conjunto de la economía motiva que las variaciones resultantes del gasto sanitario entre países reflejen no sólo las variaciones en el volumen de servicios sanitarios, sino también las variaciones de los precios de estos servicios respecto a los precios del PIB, entre países.

El gasto sanitario convertido a PPC en dólares USA no se ha ajustado para tener en cuenta la inflación de precios, por lo que no es adecuado para la comparación de tasas de crecimiento real a lo largo del tiempo.

## Corrección de los datos para tener en cuenta la inflación de precios

A fin de realizar comparaciones de utilidad de las tasas de crecimiento real en el tiempo, es necesario deflactar (eliminar la inflación) el gasto sanitario nominal mediante el uso de un índice de precios adecuado, y dividir tal gasto entre la población, para obtener el gasto real per cápita. En la presente publicación, debido a la disponibilidad limitada de índices de precios de salud fiables, se utiliza un índice de precios (PIB) para el conjunto de la economía (niveles de precios del PIB de 2000). Debe tenerse en cuenta que el sector sanitario suele registrar una mayor inflación que el conjunto de la economía en la mayoría de los países.

## ANEXO C

## Lista de variables utilizadas en Eco-Salud OCDE 2007

<b>Parte 1. Estado de salud</b>	
Mortalidad	<i>Dispositivos terapéuticos y otros productos duraderos</i>
<i>Esperanza de vida</i>	Gasto en servicios colectivos de salud
<i>Causas de mortalidad</i>	<i>Gasto en prevención y salud pública</i>
<i>Mortalidad materna e infantil</i>	<i>Gasto en administración sanitaria y seguros médicos</i>
<i>Años de vida potenciales perdidos</i>	Agregados adicionales de gasto sanitario
Morbilidad	<i>Asistencia curativa y prevención</i>
<i>Percepción del estado de salud</i>	<i>Gasto total en atención de larga duración</i>
<i>Salud infantil</i>	Gasto en funciones relacionadas con la salud
<i>Salud dental</i>	Gasto sanitario corriente por proveedores
<i>Enfermedades transmisibles (infección por el VIH/SIDA)</i>	<i>Gasto en servicios hospitalarios</i>
<i>Cáncer</i>	<i>Gasto en centros de cuidados prolongados y residenciales</i>
<i>Accidentes</i>	<i>Gasto en proveedores de atención ambulatoria</i>
<i>Absentismo laboral por enfermedad</i>	<i>Gasto en minoristas y otros proveedores de productos médicos</i>
<b>Parte 2. Recursos en salud</b>	<i>Gasto en suministros y administración de la salud pública</i>
Formación en el sector salud	<i>Gasto en servicios de administración sanitaria</i>
Empleo en salud	Gasto por edad y sexo
Remuneración de los profesionales sanitarios	Índice de precios
Camas	<b>Parte 5. Financiación del sistema sanitario</b>
<i>Camas hospitalarias</i>	Gasto sanitario por agentes/programas de financiación
<i>Camas para cuidados prolongados en otros centros asistenciales</i>	<i>Administraciones públicas</i>
Relación camas-empleo	<i>Administraciones de seguridad social</i>
Tecnología médica	<i>Pagos directos</i>
<b>Parte 3. Uso de los recursos sanitarios</b>	<i>Seguros privados</i>
Prevenición (vacunación)	<b>Parte 6. Protección social</b>
Detección	Gasto social
Consultas (médicos y dentistas)	Cobertura sanitaria
Utilización hospitalaria	<i>Seguro médico social/público</i>
<i>Días de estancia en cuidados agudos</i>	<i>Seguro médico privado</i>
<i>Tasa de ocupación</i>	<b>Parte 7. Mercado farmacéutico</b>
<i>Tasa de rotación de camas</i>	Actividades de la industria farmacéutica
Estancia media en hospitales	Consumo de medicamentos
<i>Duración media de estancia por categorías de diagnóstico</i>	<i>Cantidades consumidas, por categorías grupos seleccionados</i>
Altas hospitalarias	Ventas de productos farmacéuticos
<i>Tasa de altas por categorías de diagnóstico</i>	<i>Ventas por categorías grupos seleccionados</i>
Intervenciones quirúrgicas	<b>Parte 8. Determinantes no médicos de la salud</b>
<i>Total de intervenciones quirúrgicas</i>	Hábitos de vida y comportamientos
<i>Intervenciones quirúrgicas según la CIE-9-CM</i>	<i>Alimentación</i>
<i>Trasplantes y diálisis</i>	<i>Consumo de alcohol</i>
<b>Parte 4. Gastos sanitarios</b>	<i>Consumo de tabaco</i>
Gasto sanitario total	<i>Peso corporal y composición</i>
<i>Gasto sanitario corriente</i>	Medio ambiente: calidad del aire
<i>Inversión en centros médicos</i>	<b>Parte 9. Referencias demográficas</b>
Gasto en servicios personales de salud	Datos demográficos generales
<i>Gasto en atención médica</i>	Población por grupos de edad
<i>Gasto en atención hospitalaria</i>	Población activa
<i>Gasto en atención en hospitalización de día</i>	Nivel de estudios
<i>Gasto en atención ambulatoria</i>	<b>Parte 10. Referencias económicas</b>
<i>Gasto en atención domiciliaria</i>	Referencias macroeconómicas
<i>Gasto en servicios auxiliares</i>	Tipo de cambio monetario
<i>Gasto en bienes médicos</i>	<b>Otras tablas</b>
<i>Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos</i>	Receptores de atención de larga duración (domiciliaria y en centros)

Para más información sobre Eco-Salud OCDE 2007, consúltese [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata).

## ANEXO D

*Categorías de enfermedades y lesiones y códigos CIE*

A continuación se refieren las causas de mortalidad presentadas en Eco-Salud OCDE 2007, según los códigos correspondientes a la 9.<sup>a</sup> y 10.<sup>a</sup> revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Categorías de enfermedades y lesiones	CIE-10	CIE-9
0. Todas las causas	A00-R99,V01-Y89	001-799, E800-E999
1. Enfermedades infecciosas y parasitarias	A00-B99	001-139, 042-044
2. SIDA	B20-B24	042-044
3. Tumores (cáncer) malignos	C00-C97	140-208
4. Tumor maligno del colon, recto, unión rectosigmoidea y ano	C18-C21	153-154
5. Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	C33-C34	162
6. Tumor maligno de la mama (mujeres)	C50	174
7. Tumor maligno del cuello del útero	C53	180
8. Tumor maligno de la próstata	C61	185
9. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	D50-D89	279-289
10. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	E00-E89	240-279
11. Diabetes mellitus	E10-E14	250
12. Trastornos mentales y del comportamiento	F01-F99	290-319
13. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos sensoriales	G00-H95	320-389
14. Enfermedades del sistema circulatorio	I00-I99	390-459
15. Enfermedad isquémica del corazón	I20-I25	410-414
16. Infarto agudo de miocardio	I21,I22	410
17. Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	430-438
18. Enfermedades del sistema respiratorio	J00-J98	460-519
19. Gripe y neumonía	J10-J18	480-487
20. Bronquitis, asma y enfisema	J40-J43, J45, J46	490-493
21. Enfermedades del sistema digestivo	K00-K92	520-579
22. Enfermedades crónicas del hígado y cirrosis	K70, K73 K74, K76	571
23. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	L00-L98	680-709
24. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	M00-M99	710-739
25. Enfermedades del sistema genitourinario	N00-N99	580-629
26. Embarazo, parto y puerperio	O00-O99	630-676
27. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	P00-P96	760-779
28. Anomalías congénitas	Q00-Q99	740-759
29. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	R00-R99	780-799
30. Causas externas de mortalidad	V01-Y89	E800-E999
31. Accidentes de transporte por carretera	V01-V89	E810-E829
32. Caídas accidentales	W00-W19	E880-E888
33. Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	X60-X84	E950-E959
34. Agresiones (homicidio)	X85-Y09	E960-969
35. Drogas, medicamentos y sustancias biológicas causantes de efectos adversos en su uso terapéutico	Y40 -Y59	E930-E949
36. Incidentes ocurridos al paciente durante la atención médica y quirúrgica	Y60-Y84	E870-E879

## Panorama de la salud 2007

### Indicadores de la OCDE

El progreso en la prevención y el tratamiento de las enfermedades ha contribuido a mejoras notables en la esperanza de vida y la calidad de vida en los países de la OCDE en las últimas décadas . Al mismo tiempo, el gasto sanitario sigue creciendo, consumiendo una proporción cada vez mayor de la renta nacional: el gasto en salud representa actualmente el 9% del PIB en promedio en los países de la OCDE, frente a algo más del 5% en 1970.

Esta cuarta edición del Panorama de la salud ofrece los últimos datos comparables y las tendencias en diferentes aspectos del funcionamiento de los sistemas sanitarios en los países de la OCDE. Proporciona evidencia de la existencia de grandes variaciones entre los países en los indicadores del estado de salud y factores de riesgo. Por primera vez, esta publicación incluye un capítulo sobre los nuevos indicadores de calidad de los cuidados mostrando las variaciones entre países en datos como son las tasas de supervivencia después de un ataque cardíaco, accidente cerebrovascular y el cáncer.

En el libro cada indicador se presenta en un formato de fácil uso, compuesto de gráficos que muestran las variaciones entre países y en el tiempo, un breve análisis descriptivo, destacando las principales conclusiones sugeridas por los datos, y un cuadro metodológico sobre la definición del indicador. En la publicación se incluye un anexo estadístico con información adicional para la mayoría de los indicadores; a menudo se presentan series temporales desde 1960.

Esta publicación se basa en la información disponible en la OECD Health Data 2007, constituyendo el conjunto mas completo de estadísticas e indicadores que permite la comparación de los sistemas sanitarios en los 30 países miembros de la OCDE. La OECD Health Data 2007 está disponible en línea en [www.SourceOECD.org](http://www.SourceOECD.org) o en CD-ROM en la librería en línea de la OCDE ([www.oecd.org / bookshop](http://www.oecd.org/bookshop)).