

Panorama de la salud: indicadores de la OCDE para 2005*
Health at a Glance: OECD indicators - 2005 edition

Los sistemas de salud de los países de la OCDE están adquiriendo cada vez mayor envergadura e importancia. El progreso de la atención sanitaria y el desarrollo de nuevos medicamentos han contribuido a mejorar constantemente el estatus sanitario de esos países en las últimas décadas. A su vez, el gasto en atención sanitaria jamás ha sido tan grande, llegando a consumir una parte cada vez más amplia de la renta nacional.

Obviamente, la salud no se limita a la atención sanitaria o al gasto en salud. Por una parte, está ampliamente demostrado que, en los países desarrollados, la salud viene determinada más por factores socio-económicos y por el estilo de vida que por la asistencia sanitaria en sí. Unos programas de salud pública bien planificados pueden contribuir a prevenir enfermedades y, por ende, a recortar algunos de los costes que gravan ciertos sistemas de asistencia sanitaria. Por otra parte, no hay que olvidar que los factores de riesgo para la salud también se están transformando y, así, mientras que numerosos países de la OCDE han logrado reducir considerablemente el consumo de tabaco, los índices de obesidad han aumentado en todos los países de la OCDE, lo que refleja un cambio en los hábitos alimentarios y un estilo de vida más sedentario.

El Panorama de la salud: indicadores de la OCDE para 2005 ofrece una recopilación de indicadores comparables y actualizados relativos a diversos aspectos de la evolución de los sistemas de salud. Esta obra toma como referencia Eco-Salud OCDE 2005 (OECD *Health Data* 2005), una base de datos general con más de mil series estadísticas sobre la salud y los sistemas de salud de los países de la OCDE. Esta tercera edición de Panorama de la salud no sólo se centra en los recursos y las actividades de los sistemas de atención sanitaria, sino que incluye más indicadores relativos a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Por ejemplo, el capítulo dedicado al estatus sanitario brinda más información sobre la salud infantil, incluida la dental. En el capítulo sobre factores de riesgo, los indicadores relativos a la nutrición han venido a sumarse a los ya existentes sobre consumo de tabaco, consumo de alcohol, sobrepeso y obesidad. La inmunización frente a la gripe en personas mayores completa los indicadores tradicionales de inmunización infantil, como ejemplo de servicios de salud preventiva que pueden reducir enfermedades y las necesidades de atención sanitaria derivadas de ellas. Por último, el gasto en salud se ha desglosado a fin de mostrar la inversión en programas

An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (1): 119-124.

*Este resumen no es una traducción oficial de la OCDE.

públicos de salud en diversos países de la OCDE.

Esta publicación pone claramente de manifiesto las enormes disparidades existentes entre los treinta miembros de la OCDE en materia de estatus sanitario, riesgos para la salud, gastos, asignación de recursos y resultados de sus respectivos sistemas de salud. Aunque para un cierto número de indicadores se presenta un desglose básico de la población por sexo y edad, en la mayoría de los casos no se ofrece una clasificación más detallada por grupos (sub) regionales, socioeconómicos o étnicos/raciales. Por ende, el lector deberá ser consciente en todo momento de que para numerosos indicadores utilizados en esta publicación puede haber tanta variación dentro de un país como la existente entre países.

Seguidamente, encontrarán un resumen de los principales hallazgos de esta publicación en relación con la evolución de los sistemas de salud.

EL ESTATUS SANITARIO HA MEJORADO ESPECTACULARMENTE EN LOS PAÍSES DE LA OCDE

La esperanza de vida al nacer se ha alargado sustancialmente en los países de la OCDE en las últimas décadas, gracias a la mejora del nivel y del estilo de vida, al avance en la educación, y a los progresos en el acceso a la atención sanitaria y la eficacia de la medicina. Como término medio, la esperanza de vida al nacer en los países de la OCDE era de 77,8 años en 2003, frente a los 68,5 años de 1960. En 2003, Japón contaba con la esperanza de vida más larga, con 81,8 años para toda la población, seguido de Islandia, España, Suiza, Australia y Suecia.

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 se relaciona con una mayor esperanza de vida al nacer aunque la relación es menos acusada cuanto más elevado es el nivel de renta. Con todo, existen notables diferencias de esperanza de

vida entre países de la OCDE con rentas *per cápita* similares. Por ejemplo, Japón y España tienen una esperanza de vida mayor de lo que hubiera podido deducirse simplemente por su PIB *per cápita*, mientras que Estados Unidos y Hungría tienen una esperanza de vida inferior de lo que haría suponer su renta.

La esperanza de vida una vez alcanzados los 65 años también se ha alargado sustancialmente en las últimas décadas en los países de la OCDE. En 2003, la esperanza de vida media a partir de los 65 años en esos países era de 19,3 años para las mujeres y 15,9 años para los hombres, lo que significa que ha habido un incremento de más de tres años desde 1970 tanto para hombres como para mujeres. Al igual que para la esperanza de vida al nacer, Japón contaba en 2003 con la esperanza de vida más larga a partir de los 65 años. Se espera que la esperanza de vida a partir de los 65 años siga aumentando en las próximas décadas; en ese sentido, los cálculos de la OCDE prevén que, hacia 2040, la esperanza de vida media a partir de esa edad en los países de la OCDE sea de 21,6 años para las mujeres y 18.1 años para los hombres.

Todos los países de la OCDE han reducido notablemente los índices de mortalidad infantil en las últimas décadas, gracias a la mejora general de las condiciones económicas y sociales y de los servicios de asistencia post-natal, incluido el acceso a la inmunización. En Portugal, por ejemplo, el índice de mortalidad infantil se ha reducido en un 90% desde 1970, y el país ha pasado de tener el índice más elevado de Europa a contar con uno de los más bajos en 2003. En México, Turquía y otros países de la Europa meridional, tales como Italia, España y Grecia, los índices de mortalidad infantil también se han reducido considerablemente. En 2003, Japón, Islandia y algunos de los países nórdicos contaban con los índices de mortalidad infantil más bajos de los países de la OCDE.

LOS PAÍSES DE LA OCDE DEBEN HACER FRENTE A UN AUMENTO DEL COSTE DE LA SALUD

Al tiempo que en las últimas décadas la longevidad se ha alargado de forma impre-

sionante en los países de la OCDE, el coste de la salud también ha aumentado con el tiempo, y en la mayoría de los países el gasto en salud se acrecentó a un ritmo mayor que el crecimiento económico general. En 2003, los países de la OCDE dedicaron un promedio de 8,8% de su PIB al gasto en salud, frente al 7,1% en 1990 y al 5% en 1970. Sin embargo, el porcentaje del PIB dedicado al gasto en salud varía considerablemente según los países, y va del 15% en Estados Unidos a menos del 6% en la República Eslovaca y Corea. En 2003, Suiza y Alemania realizaron el mayor gasto en salud en porcentaje del PIB tras Estados Unidos, con 11,5% y 11,1% de su PIB respectivamente.

El aumento del gasto en salud puede atribuirse a varios factores. En general, los países de la OCDE con un mayor PIB *per cápita* tienden a gastar más *per cápita* en salud. Sin embargo, existen significativas variaciones entre los países, que pueden reflejar parcialmente las decisiones políticas relativas al nivel de gasto adecuado; las diferentes estructuras de financiación y organización de los sistemas de salud; y el valor que se otorga al gasto adicional en salud en relación con otros bienes y servicios. Por otra parte, el progreso de la medicina en prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades constituye un factor determinante para el crecimiento del gasto en salud, aunque el desarrollo y la difusión de las nuevas tecnologías médicas y de los nuevos medicamentos dependen de un sinnúmero de aspectos, entre los que cabe destacar los procesos de decisión sobre la financiación de los nuevos equipos, tratamientos o medicamentos. Además, el envejecimiento de la población también contribuye a hacer aumentar el gasto en salud. Efectivamente, el porcentaje de población que tiene 65 años o más ha aumentado en todos los países de la OCDE, y se espera que esta tendencia continúe en los años venideros, en particular, debido al envejecimiento de la generación del "baby-boom" (que empezará a alcanzar los 65 años a partir de 2010). Habida cuenta de que una población envejecida suele tener mayores necesidades de salud y de atención a largo plazo, es previsible que el envejecimiento de la población siga

haciendo aumentar el gasto público en esos ámbitos.

EL COSTE DE LA SALUD GRAVA LOS PRESUPUESTOS PÚBLICOS

Dada la predominancia de la cobertura social financiada públicamente o de la atención sanitaria financiada directamente por el Estado en la mayoría de los países de la OCDE, el sector público asume la mayor parte del gasto en salud en todos esos países, excepto en Estados Unidos, México y Corea. Con todo, incluso en Estados Unidos, donde el sector privado asume una función particularmente importante en la financiación, el gasto público en salud representa el 6,6% del PIB, lo que es equiparable al promedio de la OCDE.

En cuanto al incremento del gasto público en salud en los países de la OCDE, la última década puede dividirse en dos periodos. En el lustro 1992-1997, el crecimiento del gasto público en salud igualó al crecimiento económico o fue incluso menor en ocasiones. Sin embargo, en los últimos años, el gasto público en salud ha aumentado más rápidamente que el crecimiento económico en todos los países de la OCDE. En algunos países, como el Reino Unido y Canadá, el reciente incremento del gasto público en salud ha correspondido a políticas dirigidas específicamente a aliviar la presión de la demanda derivada del recorte del gasto a mediados de los años 1990.

El rápido auge del gasto en medicamentos –más de un 5% de crecimiento anual medio desde 1997– ha constituido un importante inductor del incremento general del gasto en salud. De hecho, en la mayoría de los países de la OCDE el crecimiento del gasto farmacéutico ha superado el del gasto total en salud en ese periodo. En Estados Unidos y Australia, el gasto farmacéutico ha aumentado dos veces más que el índice de crecimiento del gasto total en salud. En Irlanda y Corea, se ha observado asimismo un significativo incremento pese a tener esos países una base *per cápita* relativamente baja al principio del periodo de referencia. El índice de aumento fue mucho más moderado en Japón.

Como término medio en los países de la OCDE, los fondos públicos se hacen cargo del 60% de la factura farmacéutica, y el resto corre a cargo de los particulares y, en menor medida, de los seguros privados. Sin embargo, este promedio esconde una amplia disparidad, que va de los mínimos de 11% en México y 21% en Estados Unidos a los máximos del orden del 86% en Irlanda. La explicación de esta disparidad reside en la forma en que los programas nacionales de salud y la seguridad social financiada públicamente cubren los productos farmacéuticos y en la existencia o inexistencia de dicha cobertura.

En 2003, el gasto en medicamentos por persona más alto se registró en Estados Unidos (más de 700 dólares estadounidenses (USD) por persona), seguido de Francia (justo por encima de los 600 USD), Canadá e Italia (alrededor de los 500 USD). El gasto más bajo se dio en México y Turquía, con poco más de 100 USD por persona. Las diferencias del gasto en medicamentos entre países reflejan la diversidad de cantidades, estructuras de consumo y niveles de precios, aunque la disparidad de niveles de renta entre países también afecta a este tipo de gasto.

LA FALTA DE RECURSOS DEDICADOS A LA ATENCIÓN SANITARIA PODRÍA CONVERTIRSE EN UN PROBLEMA EN CIERTOS PAÍSES

En numerosos países, lo que la opinión pública considera una insuficiencia de médicos constituye motivo de gran preocupación. Un cierto número de factores determina la envergadura, la distribución y la composición del cuerpo médico en activo, desde las restricciones impuestas para formar parte de la profesión hasta la migración, pasando por la elección de especialidad, la remuneración y otros aspectos relativos a las condiciones laborales. En 2003, se registraron grandes variaciones en el número de médicos en activo *per cápita* en los países de la OCDE: de 4 médicos por cada 1.000 habitantes en Italia y Grecia a menos de 2 por cada 1.000 habitantes en Turquía, México y Corea. El número de médicos en activo *per cápita*

también resultó ser relativamente bajo en Japón, Canadá, Reino Unido y Nueva Zelanda, grupo de países en los que tradicionalmente se ha controlado la admisión en las escuelas médicas.

En algunos países, los médicos formados en el extranjero representan una gran parte del cuerpo médico. En 2000, el porcentaje de médicos formados en el extranjero superó el 20% de todos los médicos en activo en países anglófonos como Nueva Zelanda, Reino Unido, Estados Unidos y Canadá. Ese porcentaje resultó muy inferior en Japón, Austria y Francia. La migración internacional puede incrementar la flexibilidad de los mercados laborales para los médicos y el resto de personal de la salud de los países receptores, pero puede plantear serios problemas de “fuga de cerebros” cuando se producen claros desplazamientos de personal sanitario a largo plazo de países con bajos niveles de renta a países con niveles de renta elevados.

Esta tercera edición del Panorama de la Salud dedicada a los indicadores de la OCDE de 2005 presenta nuevos datos sobre la remuneración de los médicos, tanto generalistas como especialistas (divididos en médicos asalariados y autónomos). Comparada con la renta nacional media, la renta de los médicos varía considerablemente de un país a otro. Por ejemplo, la renta de los especialistas autónomos es bastante elevada en los Países Bajos, Estados Unidos, Bélgica y Canadá, mientras que los especialistas en Hungría y la República Checa (independientemente de que sean asalariados o autónomos) ganan relativamente menos que en otros países, comparado con la renta nacional media.

Existen asimismo informes que señalan una insuficiencia actual de enfermeras en casi todos los países de la OCDE, excepto unos pocos. Al igual que en el caso de los médicos, el número de enfermeras difiere sustancialmente de unos países de la OCDE a otros, aunque la posibilidad de comparar datos se ve limitada por la inclusión de diferentes categorías de enfermeras en cada caso. Irlanda, Islandia y los Países Bajos tienen el mayor número de enfermeras *per cápita*, con más de 13 enfer-

meras por cada 1.000 habitantes en 2003. En lo más bajo de la escala, Turquía, Corea, México y Grecia contaban con menos de 4 enfermeras por cada 1 000 habitantes en ese mismo año. Si se analizan las tendencias en el tiempo, se observa que, entre 1990 y 2003, el número de enfermeras *per cápita* siguió aumentando, aunque sólo fuera ligeramente, en la mayoría de los países, pese a que comenzó a descender en Australia, Canadá, Nueva Zelanda y Polonia.

En cuanto a la remuneración de las enfermeras, sólo se dispone de datos relativos a las enfermeras asalariadas contratadas en hospitales. Según los datos de unos doce países, la mayor renta relativa de las enfermeras en función del PIB *per cápita* se registra en Portugal, país seguido de Australia y Nueva Zelanda, mientras que la renta más baja se observa en la República Checa, Hungría y Noruega.

En algunos países, también preocupa la carencia de equipo de diagnóstico o terapéutico que garantice el debido acceso a tecnologías de punta. La disponibilidad de tecnologías de diagnóstico, tales como la tomografía axial computerizada (TAC) o la imaginología por resonancia magnética (IRM), se ha extendido en la última década en todos los países de la OCDE. Dado que la IRM es más reciente que el TAC, su desarrollo viene siendo particularmente rápido desde 1990. Con todo, hay grandes diferencias en la difusión de estas tecnologías médicas, y Japón registra, de lejos, el mayor número de TAC e IRM *per cápita*, mientras que en el extremo opuesto se halla México, seguido de Polonia, República Eslovaca y República Checa, con el menor número de unidades de IRM, lo cual no es de extrañar dado el elevado coste de esos equipos.

UNA MAYOR INCIDENCIA EN LA PREVENCIÓN PODRÍA GENERAR NUEVAS OPORTUNIDADES PARA MEJORAR LA SALUD Y ALIVIAR LOS SISTEMAS DE ASISTENCIA SANITARIA

Suele criticarse que los sistemas de asistencia sanitaria se centran principalmente en el tratamiento de las enfermeda-

des y que no se dedican suficientemente a las tareas de prevención. De hecho, sólo aproximadamente el 3% del gasto medio en salud actual en los países de la OCDE se dedica a la prevención y a programas de salud pública.

La inmunización infantil ha resultado ser una de las medidas preventivas más eficaces para reducir las enfermedades y la mortalidad infantiles. Aproximadamente dos tercios de los países de la OCDE han logrado una cobertura mínima del 95% mediante la vacunación DTP (difteria, tétanos y tos ferina), nivel necesario para garantizar la inmunidad general de la población. En cuanto al sarampión, aproximadamente la mitad de países de la OCDE señalan el mismo nivel de cobertura. Algunos de los países más sanos de la OCDE, medido este aspecto en términos de PIB *per cápita*, tales como Irlanda, Noruega y Austria, registran sin embargo índices medios de vacunación inferiores para la difteria y el sarampión.

La inmunización frente a la gripe en personas mayores se ha ido extendiendo progresivamente en los países de la OCDE durante la última década como una forma de prevenir la enfermedad, la hospitalización y la mortalidad en el seno de este grupo de población que tiene mayor riesgo de presentar complicaciones en caso de gripe. En 2003, el índice de vacunación contra la gripe en personas mayores varió de menos del 40% en la República Checa, la República Eslovaca y Hungría a más del 75% en Australia, Corea y los Países Bajos. La vacunación contra la gripe superó el 60% en la mayoría de los países del G7, a excepción de Alemania y Japón, donde, en 2003, se vacunó contra la gripe menos del 50% de la población mayor.

LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD ESTÁN CAMBIANDO

Numerosos países de la OCDE han reducido notablemente el consumo de tabaco en las dos últimas décadas, aunque ésa sigue siendo una de las principales causas de mortalidad prematura. Gran parte del descenso puede atribuirse a las políticas destinadas a reducir el consumo de tabaco mediante campañas

de sensibilización pública, prohibiciones de publicidad y mayor presión fiscal. Los índices actuales de adultos que fuman a diario están por debajo del 20% en Australia, Canadá, Suecia y Estados Unidos, frente al 33% en 1970. En el otro extremo, más del 33% de los adultos sigue fumando diariamente en Grecia, Hungría y Luxemburgo.

El consumo de alcohol por adulto también ha ido reduciéndose paulatinamente en muchos países de la OCDE durante las dos últimas décadas. La limitación de la publicidad, las restricciones de venta y los impuestos han resultado medidas eficaces para reducir el consumo de alcohol. Los países productores de vino, tales como Italia y Francia, han visto cómo descendía sustancialmente el consumo de alcohol *per cápita* desde 1980. Sin embargo, el consumo de alcohol *per cápita* aumentó en más de un 40% en Irlanda.

En numerosos países de la OCDE, el incremento del sobrepeso y de la obesidad en niños y adultos se está convirtiendo rápidamente en un problema de salud pública. Está demostrado que la obesidad es un factor agravante para varios problemas de salud, como la hipertensión, el colesterol, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el asma, la artritis y algunas formas de cáncer. Más del 50% de los adultos tienen sobrepeso o pueden ser calificados de obesos en diez países de la OCDE: Estados Unidos, México, Reino Unido, Australia, República Eslovaca, Grecia, Nueva Zelanda, Hungría, Luxemburgo y República Checa.

Centrándonos en la obesidad (que implica mayores riesgos para la salud que el mero sobrepeso), la incidencia de la obesidad en adultos varía de un 3% en Japón y Corea a un 31% en Estados Unidos. Sin embargo, cabe señalar que los cálculos relativos a los índices de sobrepeso y obesidad de la mayoría de los países se basan en datos *autodeclarados*, lo que no es el caso de Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda y Reino Unido, países en los que los cálculos se basan en la *medición real* de la altura y del peso de los habitantes. Los datos autodeclarados sobre la altura y el peso no son tan fiables como la medición real, porque normalmente suele evaluarse un peso inferior. Esto significa que las valoraciones actuales de los índices de obesidad en la mayoría de los países de la OCDE subestiman la verdadera incidencia de la obesidad debido a esas desviaciones en las declaraciones.

Dado que la obesidad se relaciona con un mayor riesgo de enfermedades crónicas, su presencia representa un coste adicional de salud. Las evaluaciones realizadas en Estados Unidos apuntan a que las personas obesas gastan un 36% más que las personas con peso normal en asistencia sanitaria y un 77% más que esas mismas personas en medicamentos (Sturm, 2002). Habida cuenta de que existe un desfase de varios años entre la aparición de la obesidad y la de los problemas de salud que de ella se derivan, cabe inferir que el aumento de la obesidad observado en las dos últimas décadas en la mayoría de los países de la OCDE supondrá un mayor coste de la atención sanitaria en el futuro.