

## HEALTH AT A GLANCE 2009 OECD INDICATORS – PANORAMA DE LA SALUD 2009. INDICADORES DE LA OCDE.

---

### INTRODUCCIÓN

El *Panorama de la Salud 2009. Indicadores de la OCDE* ofrece una recopilación de indicadores comparables y actualizados relativos a diversos aspectos de la evolución de la salud y de los sistemas sanitarios de los 30 países de la OCDE. La publicación tiene carácter bienal (se inició en 2003) y utiliza como fuente de datos y referencia *Eco-Salud OCDE 2009 (OECD Health Data 2009)*, base de datos con más de mil series estadísticas sobre la salud y los sistemas sanitarios de los países de la OCDE.

El Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política Social, como corresponsal en España de OECD Health Data, es el encargado de la coordinación y recopilación de la información que se incluye en la base de datos procedente, en la mayor parte de los casos, de estadísticas y sistemas de información que elabora la Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión, el propio Instituto de Información Sanitaria, otras unidades del ministerio y en estadísticas del Instituto Nacional de Estadística. Ambas organizaciones, Ministerio de Sanidad y Política Social e INE, son las principales fuentes de información de la base de datos que se utiliza en la publicación de la OCDE. Por otro lado la propio OECD completa la OECD Health Data con datos procedentes de otros organismos internacionales OMS, Eurostat, Banco Mundial, FAO.

Aunque para un cierto número de indicadores se presenta un desglose básico por sexo y edad, en la mayoría de los casos no se ofrece una clasificación más detallada por grupos regionales, situación socioeconómica o étnicos/raciales.

Hay que ser cuidadosos en la interpretación de las cifras ya que para numerosos indicadores utilizados en la publicación puede haber variabilidad tanto *dentro* de un país como *entre* países

La publicación *Panorama de la salud 2009. Indicadores de la OCDE* vuelve a poner de manifiesto las enormes disparidades existentes entre los treinta miembros de la OCDE en materia de estado de salud, riesgos para la salud, gastos, asignación de recursos y resultados de sus respectivos sistemas de salud.

La cuarta edición del *Health at a Glance 2009 Indicators OECD* incluye un importante número de diagramas y tablas junto a textos explicativos agrupados en torno a siete capítulos:

- Capítulo 1 **Estado de salud:** pone de relieve las grandes variaciones entre los países en la esperanza de vida, la mortalidad y otras medidas del estado de salud de las poblaciones.
- Capítulo 2 **Determinantes de salud no médicos:** se centra en los factores de riesgo relacionados con los estilos de vida modificables y los comportamientos.

El capítulo se ha ampliado este año con datos sobre riesgo o factores de protección de los niños, como son los hábitos de nutrición, actividad física, consumo de tabaco y alcohol.

- Capítulo 3 **Personal sanitario**: los recursos humanos son un elemento clave en cualquier sistema de salud. Es un capítulo nuevo frente a ediciones anteriores en el que se ofrece información sobre la oferta y la remuneración de los médicos y enfermeras, y las últimas tendencias de la migración internacional de los médicos en los países de la OCDE.

- Capítulo 4 **Utilización de servicios y actividad** tanto dentro como fuera de los hospitales. Se analiza las variaciones entre países en la dotación y el uso de las tecnologías médicas, como son la resonancia magnética y la tomografía axial computarizada (TAC). También reseña las variaciones en el uso de procedimientos de alto costo, como son by-pass coronario y la angioplastia coronaria, cesáreas y la cirugía de cataratas.

- Capítulo 5 **Calidad de la atención médica**: proporciona comparaciones de indicadores seleccionados de calidad con respecto a la atención para enfermedades crónicas, los trastornos mentales, el cáncer y las enfermedades transmisibles. Las medidas incluyen indicadores de proceso de atención que se recomienda para ciertos resultados de la población o grupos de pacientes para maximizar los resultados deseados, y la importancia de medidas tales como las tasas de supervivencia después de un ataque cardíaco, accidente cerebrovascular y el cáncer.

- Capítulo 6 **Acceso a la atención**: es un nuevo capítulo, y su objetivo es llenar el vacío en la medición de esta importante dimensión del funcionamiento del sistema sanitario. Se inicia con un número limitado de los indicadores relacionados con el acceso financiero y geográfico. La intención es ampliar este capítulo en futuras ediciones, una vez que se han logrado nuevos logros en el desarrollo de indicadores y en la recopilación de datos.

- Capítulo 7 **Gasto sanitario** y financiación: se compara la cantidad que los países de la OCDE gastan en la salud, en general como para los diferentes tipos de servicios de salud y los bienes. En el Capítulo también se analiza la forma en que estos servicios se pagan en los diferentes países (es decir, la mezcla entre la financiación pública, seguro de salud privado, donde existe, y "gastos de bolsillo")

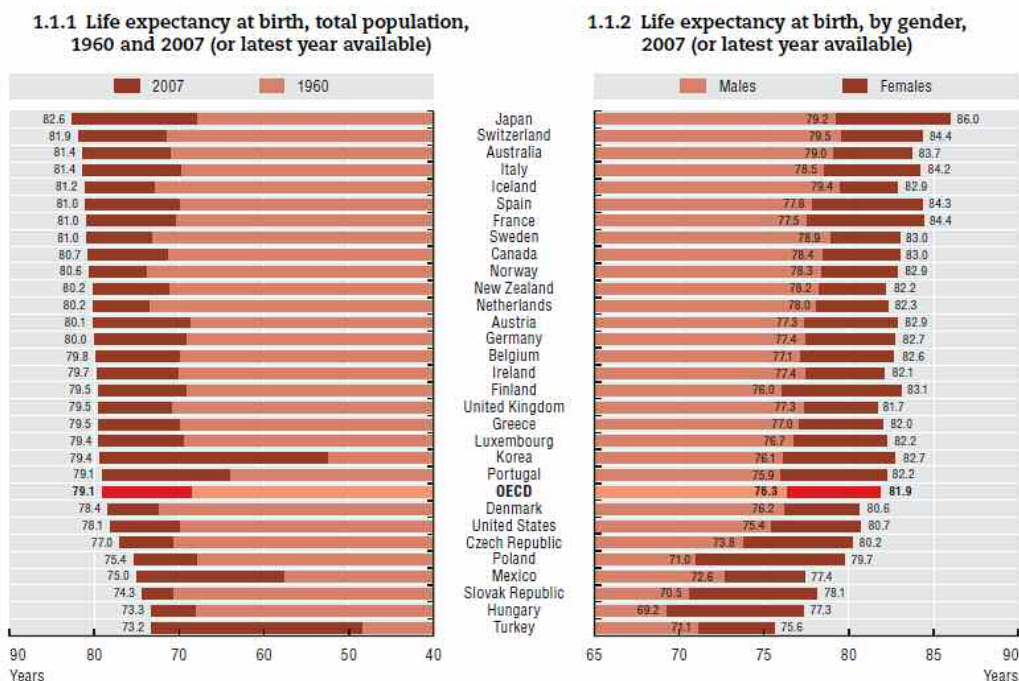
## ESPAÑA COMPARADA CON OTROS PAÍSES DE LA OCED

### Estado de salud y factores de riesgo

Los principales indicadores que se presentan en *Panorama de la Salud 2009* proporcionan información sobre el estado de salud y los determinantes de la misma, incluida la tasa de crecimiento de la obesidad infantil y de adultos, que probablemente conducirán a incrementos del gasto sanitario en las próximas décadas.

La mayoría de los países de la OCDE han aumentado su **esperanza de vida** en las últimas décadas, gracias a las mejoras en las condiciones de vida, las intervenciones de salud pública y el progreso en la atención médica.

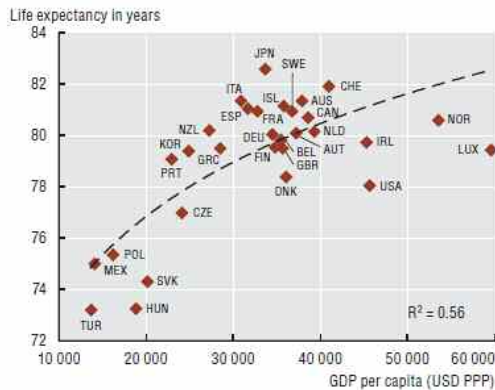
En 2006, la esperanza de vida al nacer en **España se situó en 81,1 años**, lo que supone más de dos años por encima de la media de la OCDE (79,0 años). Solo Japón, Suiza, Australia, Islandia e Italia registraron una mayor esperanza de vida que España, aunque por sexo la esperanza de vida de las **mujeres españolas con 84,3 años** es casi igual que la de las suizas con 84,4 años y ambas son superadas únicamente por las japonesas con 86,0 años.



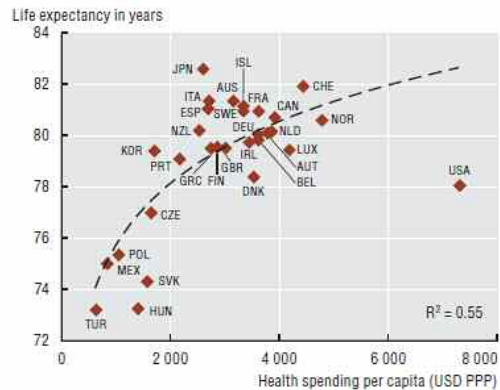
Una mayor renta nacional (medida según el PIB per cápita) se asocia generalmente con una mayor esperanza de vida al nacer, aunque la relación es menos pronunciada en los niveles más altos de renta nacional. Existen también diferencias notables en la esperanza de vida entre países de la OCDE con similar renta per cápita. Japón y **España** tienen una mayor esperanza de vida, y los Estados Unidos, Dinamarca y Hungría, menor de la que sería previsible atendiendo solamente a su PIB per cápita.

Un mayor gasto sanitario per cápita también se asocia generalmente con una mayor esperanza de vida al nacer, aunque esta relación tiende a ser menos pronunciada en los países con mayor gasto sanitario per cápita. Una vez más, Japón y **España** se destacan por tener una esperanza de vida relativamente alta y Estados Unidos, Dinamarca y Hungría, una esperanza de vida relativamente baja, dados sus niveles de gasto sanitario.

1.1.3 Life expectancy at birth and GDP per capita, 2007 (or latest year available)



1.1.4 Life expectancy at birth and health spending per capita, 2007 (or latest year available)

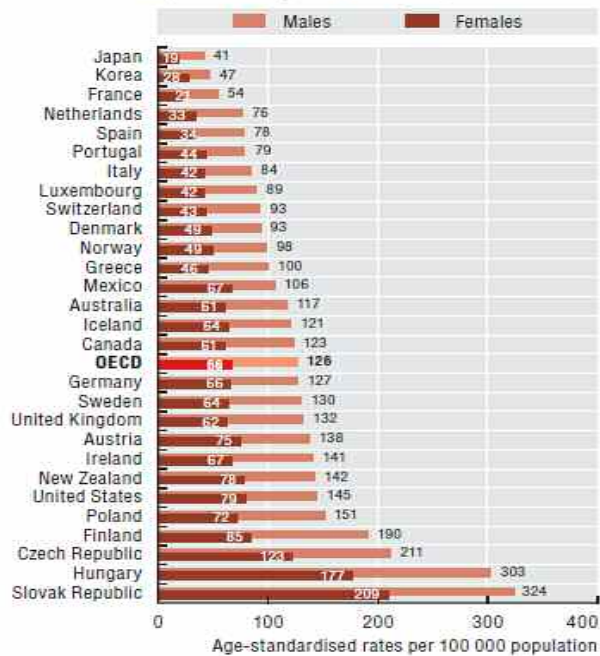


## ESTADO DE SALUD Y DETERMINANTES

Las **enfermedades cardiovasculares** son la principal causa de mortalidad en casi todos los países de la OCDE, llegando a representar el 36% de todas las muertes en 2006. La cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular comprenden dos tercios de todas las muertes cardiovasculares y provocaron una cuarta parte de todas las muertes en los países de la OCDE en 2006.

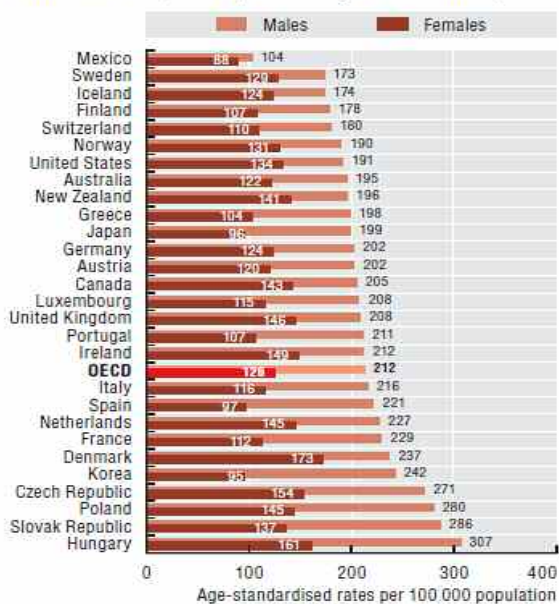
Los países de Europa central y oriental presentan las tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica más altas: la República Eslovaca (209 y 324 por 100.000 habitantes para mujeres y hombres respectivamente) seguidos por Hungría (177 y 303 por 100.000 habitantes para mujeres y hombres respectivamente). Las tasas de mortalidad por son también relativamente altas en Finlandia, Polonia y los Estados Unidos, y todas que superan varias veces las de Japón (19 y 41 por 100.000 habitantes mujeres y hombres respectivamente) y Corea (28 y 47 mujeres y hombres respectivamente). Siguiendo de cerca a los dos países OCDE de Asia, los países con **las tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica más bajas** se encuentra en cuatro países del sur de Europa: Francia, **España**, Portugal e Italia. Esto apoya la hipótesis de que existen factores de riesgo subyacentes, como la dieta, que explican las diferencias en la mortalidad por países.

**1.4.1 Ischemic heart disease, mortality rates, 2006 (or latest year available)**



El **cáncer** es la segunda causa de mortalidad en los países de la OCDE (después de las enfermedades del sistema circulatorio), representando el 27% del total de defunciones en promedio en 2006. España se encuentra por debajo de la media OCDE en mujeres (97 frente a 126 por 100.000 habitantes OCDE) y ligeramente superior a la media en hombres (221 frente a 212)

**1.5.1 All cancers, mortality rates, males and females, 2006 (or latest year available)**



Las tasas de mortalidad por cáncer son más elevadas para los hombres que para las mujeres en todos los países de la OCDE. En 2006, **la diferencia según sexo** en las tasas de muerte por cáncer fue especialmente grande en Corea, **España**, la República Eslovaca, Japón y Francia, con tasas de mortalidad entre los hombres de más de dos veces mayor que para las mujeres. Estas diferencias se puede explicar en parte por la mayor prevalencia de factores de riesgo entre los hombres, y su menor participación en los programas de cribado para diferentes tipos de cáncer que afectan a los hombres, lo que conduce a tasas de supervivencia más bajas después del diagnóstico.

El **suicidio** es una causa importante de muerte en muchos países de la OCDE, y a menudo es usado como indicador de la salud mental de una población. Sin embargo, el número de suicidios en algunos países puede ser subestimado por el estigma que se asocia con el acto. En 2006 hubo 140.000 de estas muertes en los países de la OCDE. Las **tasas mas bajas** están en países del sur de Europa (Grecia, Italia y **España**) en México y el Reino Unido, con menos de siete muertes por cada 100.000 habitantes. La cifra para España es de 6,3 muertes por cada 100.000 habitantes. Las cifras más altas fueron en Corea, Hungría, Japón y Finlandia, con 18 o más muertes por 100.000 habitantes. La diferencia entre Corea y Grecia, los países con la menor y la más alta tasa de mortalidad por esta causa, es de más de siete veces.

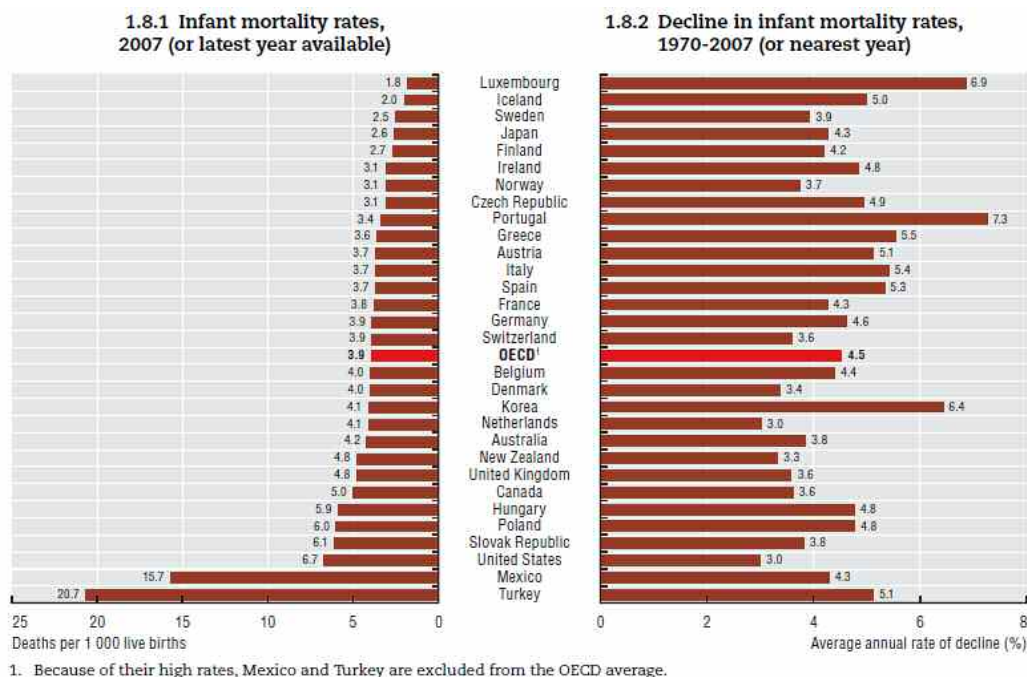
La mayoría de los países de la OCDE llevan a cabo periódicamente encuestas de salud que permiten a los encuestados informar sobre diferentes los aspectos de su salud. Una pregunta común se refiere al **estado de salud percibido**, del tipo: "¿Cómo es su salud en general?". A pesar de la naturaleza subjetiva de esta pregunta, los indicadores de percepción general de salud son reconocidos como un buen predictor del uso futuro de la atención sanitaria de las personas y de la mortalidad. No obstante, en las comparaciones internacionales, las diferencias en la percepción del estado de salud son difíciles de interpretar, porque las respuestas pueden verse afectadas por diferencias en la formulación de preguntas y respuestas y por factores culturales.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, en la mitad de los 30 países de la OCDE, las tres cuartas partes o más de la población adulta valora su salud como buena, muy buena o excelente. En **España** (66,8% de los mayores de 15 años) y Finlandia, **alrededor de dos tercios de la población adulta valora su salud como buena o muy buena**. En el extremo más bajo de la escala, menos de la mitad de la población adulta de Japón, República Eslovaca, Portugal, Hungría y Corea valoran su salud como buena o muy buena.

Centrándose en las diferencias dentro de cada país, en la mayoría de los países, los hombres son más proclives que las mujeres para calificar su salud como buena o mejor, sobre todo en Hungría, Corea, Portugal, **España** ( 61 % de las mujeres y 73% de los hombres mayores de 15 años) y Turquía

## Los menores

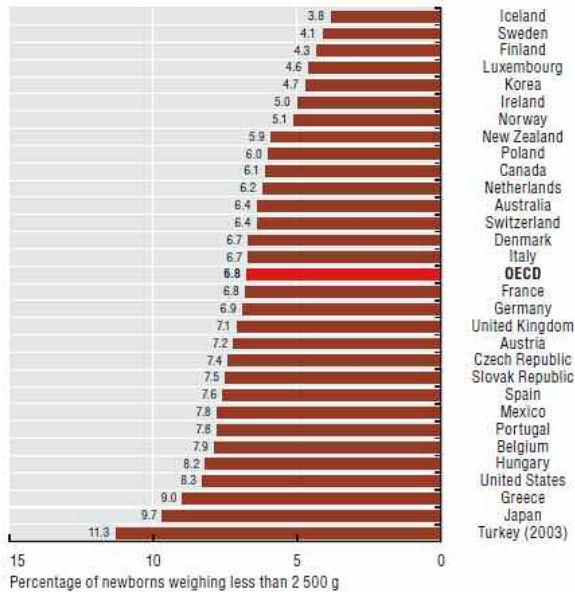
La tasa de mortalidad infantil en **España**, como en otros países de la OCDE, se ha reducido considerablemente en los últimos decenios. En 2006 con 3,8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, es claramente inferior a la media de la OCDE (4,9 defunciones). Las tasas de mortalidad infantil más bajas están en Luxemburgo (1,8) Japón (2,6) y en varios países nórdicos (Islandia 2,0, Suecia 2,5 y Finlandia 2,7).



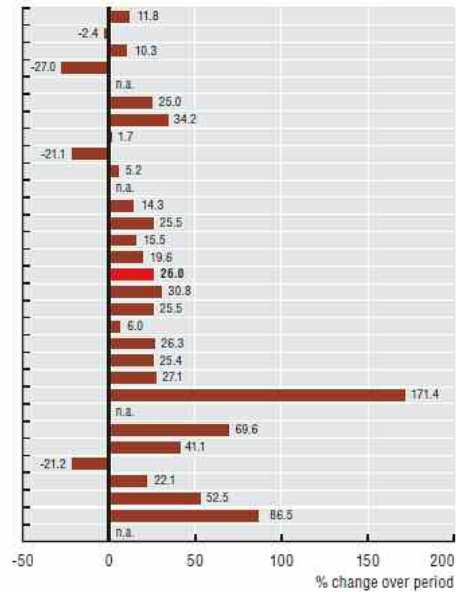
Los **niños con bajo peso al nacer** tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades o de muerte, requieren un período más largo de hospitalización después del nacimiento, y son más propensos a desarrollar discapacidades. En 2007 algunos países nórdicos (Islandia, Suecia, Finlandia), junto con los Países Bajos, Luxemburgo, Corea e Irlanda notificaron las proporciones más bajas de nacimientos con bajo peso, con un 5% o menos. Turquía, Japón, Grecia, Estados Unidos y Hungría se encuentran en el otro extremo de la escala, con tasas de niños con bajo peso al nacer por encima del 8%. La cifra promedio para los países de la OECD es del 6,7%.

Japón, Portugal y **España** históricamente entre el grupo de países con una baja proporción de nacidos con bajo peso, han visto grandes incrementos en los últimos 25 años. En el caso de España (**7,6%** de los nacidos), el aumento supone el **171,4 % de incremento respecto al año 1.980**. Como posibles factores contribuyentes se están aduciendo el aumento de la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres más jóvenes de la década de 1970 en adelante, junto con un movimiento significativo hacia una maternidad más tardía.

1.9.1 Low birth weight infants, 2007 (or latest year available)



1.9.2 Change in proportion of low birth weight infants, 1980-2007

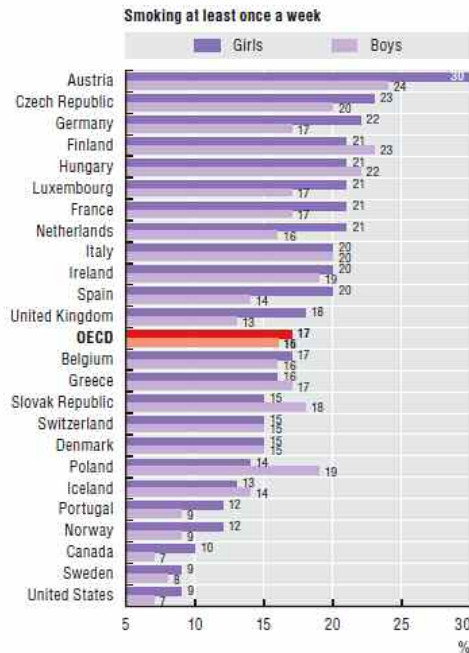


Los resultados de las encuestas sobre comportamiento en materia de salud en menores en edad escolar, una serie de estudios trasnacionales realizados en colaboración en la mayoría de los de los países de la OCDE, permiten el seguimiento del **hábito de fumar y beber entre los adolescentes**. En general, las niñas de hoy fuman más que los varones, pero más niños se emborrachan. Entre los 13 y 15 años de edad, la prevalencia del tabaquismo y la embriaguez se duplica en muchos países de la OCDE.

Los niños en Alemania, Austria, Finlandia, Hungría, República Checa e Italia fuman más a menudo, con tasas semanales del 20% o más para niños y niñas. En contraste, el 10% o menos de los niños de 15 años, fuman semanalmente en Estados Unidos, Canadá y Suecia. La mayoría de los países notifican tasas más altas de tabaquismo de las niñas, aunque sólo España y Austria tienen diferencias superiores a 5%.

En todos los países encuestados, el 29% de las niñas y el 33% de los niños se han emborrachado en dos o más ocasiones, con tasas mucho más bajas en los Estados Unidos, y países mediterráneos como Grecia, Italia y Portugal. Los únicos países donde se notifica **más embriaguez** repetida al menos en 2 ocasiones **en niñas** son Noruega, **España**, Canadá y Reino Unido.

### 2.1.1 Smoking among 15-year-olds, 2005-06



### 2.1.2 Drunkenness among 15-year-olds, 2005-06

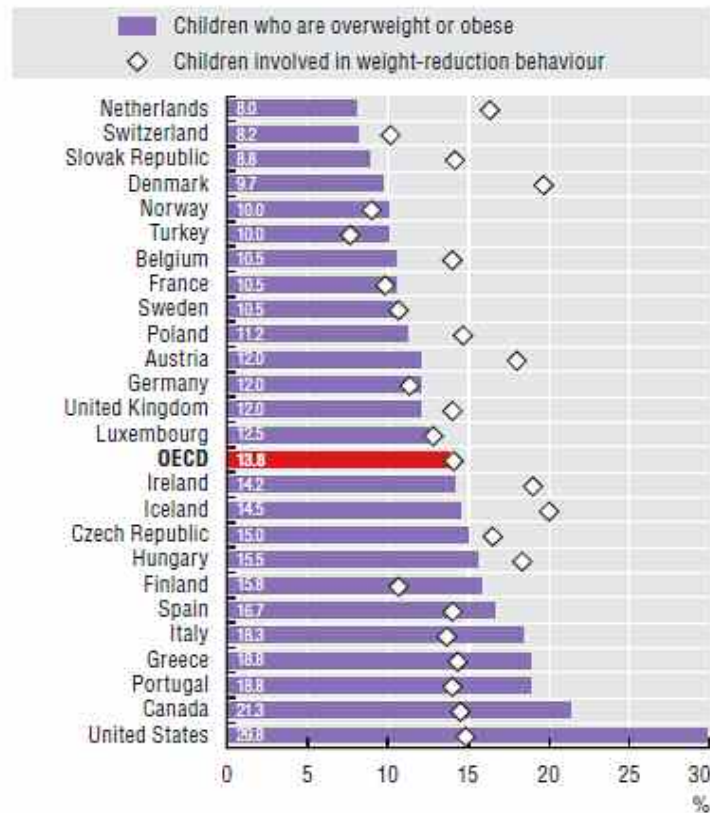


Source: Currie et al. (2008).

En 2005-06, sólo alrededor de un tercio de los niños y las dos quintas partes de las niñas de edades comprendidas entre los 11-15 años comió al menos una **pieza de fruta diariamente**, de acuerdo con la encuesta de comportamientos en materia de salud en niños en edad escolar. En casi todos los países de la OCDE, el consumo diario de frutas cae entre los 11 y 15 años de edad. Entre las niñas, la media de la OCDE se redujo del 46% a la edad de 11 años al 40% a la edad de 13 y al 36% a los 15 años. Para los niños, la caída fue del 38% al 33% y luego 26%. La diferencia mayor en el consumo de fruta de niños y niñas se produce a los 15 años en la mayoría de los países. A la edad de 11 años, en Francia, Italia y **España** están más igualadas en términos de consumo de fruta por sexos.

Los **niños que tienen sobrepeso u obesidad** tienen mayor riesgo de mala salud en la adolescencia y en la edad adulta. El sobrepeso en la infancia aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares o diabetes, así como problemas sociales y de salud mental. En toda la OCDE, uno de cada siete niños tiene sobrepeso u obesidad. Las cifras totales correspondientes a 2005-06 muestran que casi uno de cada tres niños en los Estados Unidos, y uno de cada cinco en Canadá tienen sobrepeso u obesidad -las tasas más altas entre los países encuestados en la OCDE- Países del sur de Europa como Portugal, Grecia, Italia y **España** también tienen tasas relativamente altas de niños con problemas de exceso de peso. Menos de uno de cada diez niños en los Países Bajos, Suiza, Eslovaquia y Dinamarca tienen sobrepeso o son obesos.

### 2.4.1 Children aged 11-15 years who are overweight or obese, and children who are involved in weight-reduction behaviour, 2005-06

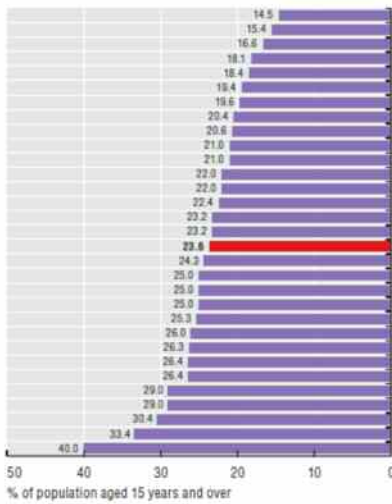


E

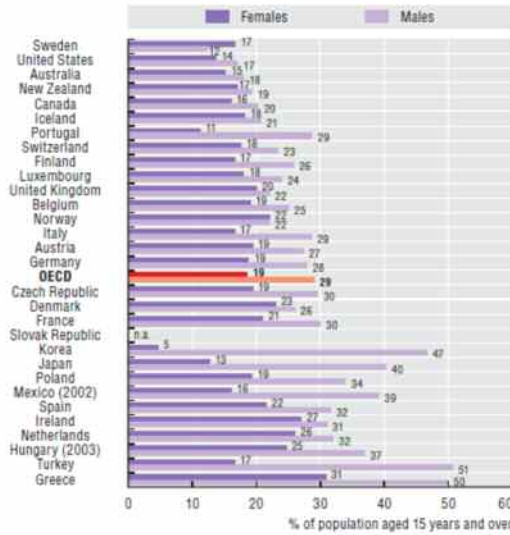
### Los adultos

La proporción de **fumadores diarios** entre los adultos ha mostrado un marcado descenso durante los últimos veinte años en la mayoría de los países de la OCDE. **España** ha logrado **algunos progresos en la reducción del consumo** de tabaco (en los últimos veinte años se ha producido una disminución del 12% en mujeres y del 27% en hombres), aunque las tasas actuales de fumadores diarios entre los adultos (26,4% en 2006) siguen siendo superiores a la media de la OCDE del 23,3%. Suecia, Estados Unidos y Australia son países que han logrado una importante reducción del consumo de tabaco, con tasas actuales de tabaquismo entre los adultos de menos de 17%.

2.5.1 Percentage of adult population smoking daily, 2007 (or latest year available)

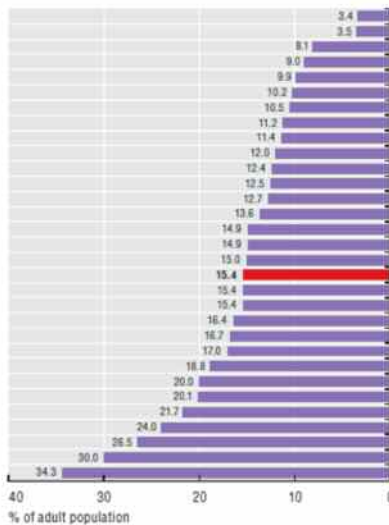


2.5.2 Percentage of females and males smoking daily, 2007 (or latest year available)

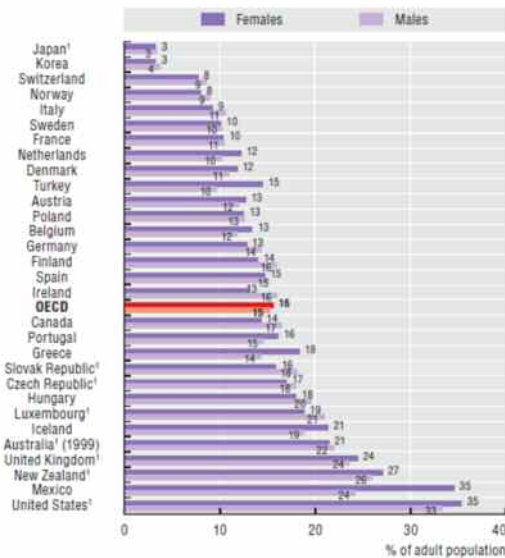


En casi todos los países de la OCDE las tasas de **obesidad** han aumentado en las últimas dos décadas aunque sigue habiendo diferencias notables entre los países. En 2007 (o último año disponible), la prevalencia de obesidad entre los adultos es de **15,4 como media en la OCDE** y varía entre los valores mas bajos de 3,4% y 3,5% en Japón y Corea, a los más altos de 34,3% en los Estados Unidos. También tienen niveles relativamente altos de obesidad entre los adultos México (30%), Nueva Zelanda (26,5%), el Reino Unido (24,0%) y Australia (21,7%). El índice de obesidad en **España**, sobre la base de datos de peso y talla a autodeclarados, se situó en **14,9%** en 2006, frente al 6,8% en 1987. El tiempo transcurrido entre la aparición de la obesidad y el aumento de los problemas de salud crónicos (como la diabetes o el asma) sugiere que el aumento de la obesidad que ha ocurrido en la mayoría de los países de la OCDE tendrá consecuencias importantes sobre la incidencia futura de problemas de salud y los gastos relacionados.

2.7.1 Obesity rates among adults, 2007 (or latest year available)



2.7.2 Obesity rates among females and males, 2007 (or latest year available)

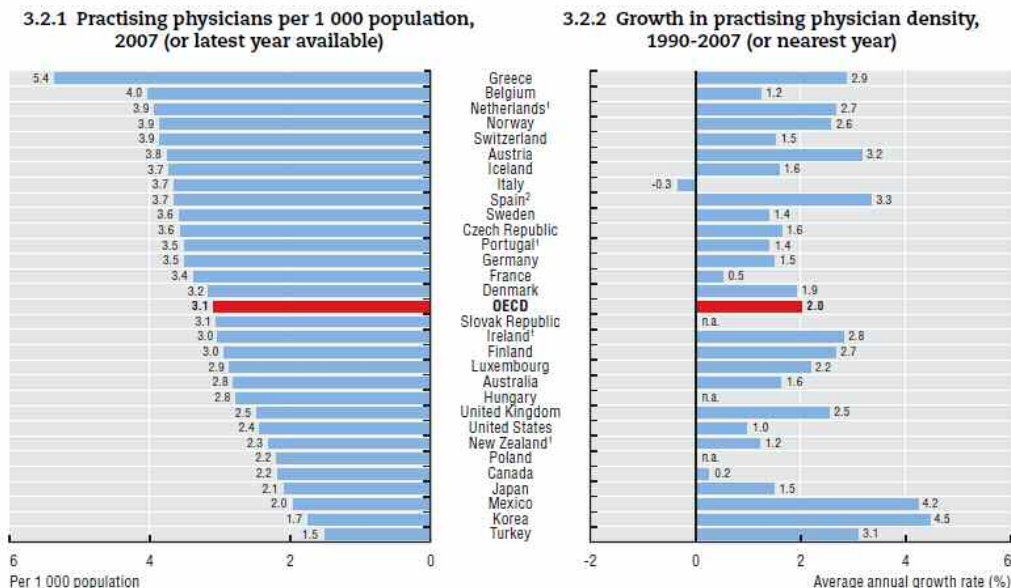


## Recursos en el sector de la salud

En muchos países de la OCDE, existe preocupación sobre la inminente escasez de médicos. La media de la OCDE en 2007 fue del 3,1 por 1000 habitantes con un rango que va desde los 4 médicos en ejercicio o más por cada 1000 habitantes en Grecia y Bélgica, hasta menos de 2 por 1000 en Turquía y Corea.

En 2007, España había **3,7 médicos en ejercicio por 1.000 habitantes** (incluye a los odontólogos y estomatólogos).

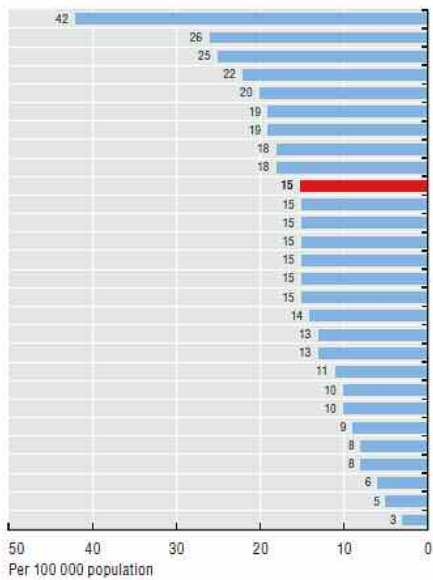
El ratio de médicos en ejercicio por cada 1000 habitantes ha crecido desde 1990 en casi todos los países de la OCDE. En promedio, la densidad de médicos creció a una tasa del 2% anual entre 1990 y 2007 y fue particularmente rápida en países como España (3,3%) y Austria (3,2%) además de en los países que partían de cifras muy bajas en 1990 (Turquía 3,1%, Corea 4,5% y México 4,2%)



1. Ireland, the Netherlands, New Zealand and Portugal provide the number of all physicians entitled to practise rather than only those practising. 2. Data for Spain include dentists and stomatologists.

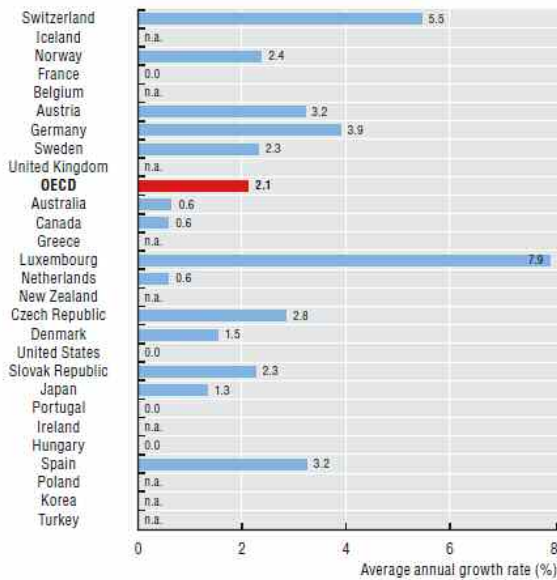
En cualquier momento, alrededor del 10% de la población adulta notificará tener algún tipo de trastorno mental o de conducta. El número de **psiquiatras** en la mayoría de los países de la OCDE se sitúa entre 10 y 20 por cada 100.000 habitantes. El número es más elevado en Suiza (42 por cada 100.00 habitantes), algunos países nórdicos (Islandia y Noruega) y Francia. Y el más bajo lo tienen en Turquía, Corea, Polonia, Hungría y **España (8 por cada 100.000 habitantes)** El papel de los psiquiatras varía según los países. España ha optado por que el trabajo de los psiquiatras se desarrolle en estrecha colaboración con el de los médicos generalistas. Por lo tanto, aunque el número de psiquiatras es relativamente bajo, las tasas de consulta de los psiquiatras por personas con trastornos mentales son más altas que en otros países donde el número de psiquiatras es mayor, debido al aumento de las tasas de derivación de sus médicos generalistas.

3.7.1 Psychiatrists per 100 000 population, 2007 (or latest year available)



Source: OECD Health Data 2009.

3.7.2 Change in the number of psychiatrists per 100 000 population, 1995-2007 (or nearest year)



La **enfermería** suele ser la profesión sanitaria más numerosa, superando en gran medida a los médicos en la mayoría de los países de la OCDE. Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la prestación de la atención de la salud no sólo en entornos tradicionales como los hospitales e instituciones de cuidados de larga duración, sino también cada vez más en la atención primaria (especialmente proporcionando atención a enfermos crónicos) y en entornos domiciliarios.

En 2007, había **7,5 enfermeras cualificadas por 1.000 habitantes en España**, una cifra **inferior a la media de 9,6 en los países de la OCDE**. Por otro lado el ratio enfermera-médico osciló entre más de cinco enfermeras por cada médico en Noruega e Irlanda a menos de una enfermera por médico en Grecia. El número de enfermeras por médico es también relativamente bajo en otros países de Europa meridional (Portugal 1,5, Italia 1,9 y España 2,1).

Los **odontólogos** son el principal proveedor de asistencia dental, aunque algunos servicios también se prestan por higienistas dentales, asistentes dentales y protésicos dentales. La mayoría de los odontólogos en los países de la OCDE trabajan en su propia oficina o en grupo (clínicas dentales), aunque una pequeña proporción también trabaja en hospitales y otros los centros de asistencia sanitaria. En la mayoría de los países de la OCDE, hay entre 50 y 80 odontólogos en ejercicio cada 100.000 habitantes. En 2007 en España había **55 odontólogos por cada 100.000 habitantes**. Entre 1990 y 2007, el número de odontólogos per capita ha aumentado en casi todos los países de la OCDE, salvo Finlandia, Suecia y Dinamarca, donde los números eran altos de partida y continúan estando por encima de la media de la OCDE.

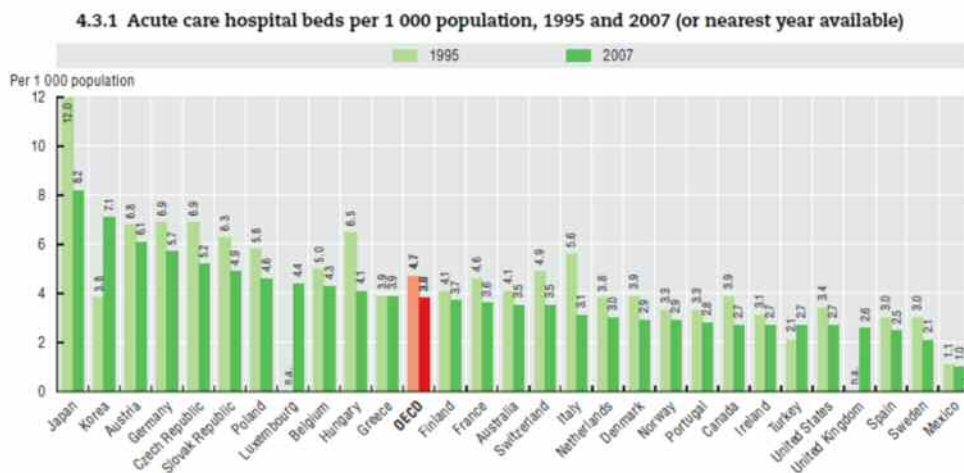
El número de odontólogos per capita ha aumentado de modo particularmente fuerte en Portugal (se ha más que triplicado en términos absolutos desde 1990), y en **España** (donde **ha crecido un 4,3%**) aunque estos

datos hay que tomarlos con cautela ya que, en la mayoría de los países, los datos sólo incluyen odontólogos que proporcionan servicios directos a clientes/pacientes. Sin embargo, este no es el caso en Irlanda, Portugal y España, donde los datos se refieren a todos los odontólogos con licencia para la práctica, incluidos aquellos que pudieran no estar en ejercicio activo.

Los **farmacéuticos** ayudan a las personas en la obtención de medicamentos y aseguran de que estos se utilizan de una forma segura y adecuada. En la mayoría de los países de la OCDE hay entre 60 y 100 farmacéuticos cada 100.000 habitantes. En España en el año 2007 había **108 farmacéuticos por 100.000 habitantes**. Entre 1990 y 2007, el número de farmacéuticos por habitante ha aumentado en casi todos los países de la OCDE, con la excepción de Dinamarca y Bélgica, aunque sigue siendo elevado en Bélgica. Aumentó más rápidamente en España (6,3%), Japón, Irlanda, Portugal y Hungría

España no ha aportado datos y en consecuencia no está reflejada en una de las novedades de esta edición que es la referida a la **remuneración de los médicos y enfermeras**, y las últimas tendencias de la migración internacional de los médicos en los países de la OCDE.

El número de **camas en los hospitales de cuidados agudos en España** fue de **2,5 por 1.000 habitantes** en 2006, inferior a la **media de la OCDE de 3,8 camas**. Como en la mayoría de los países de la OCDE, el número de camas de hospital por habitante en España ha disminuido con el tiempo. Esta reducción ha coincidido con una reducción de la duración media de las estancias en hospitales y un aumento en el número de procedimientos quirúrgicos realizados en un mismo día (o ambulatorio).



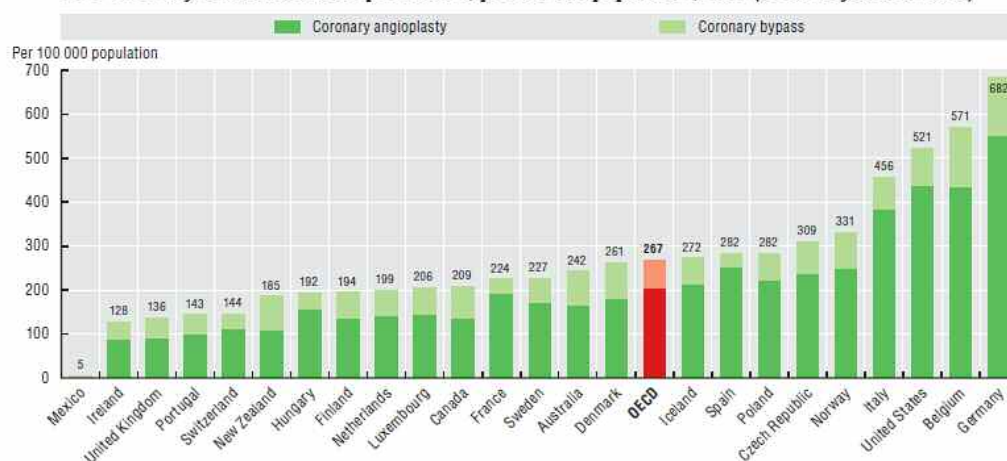
Durante la última década, ha habido un rápido crecimiento en la disponibilidad de tecnologías de diagnóstico como la Tomografía Axial Computarizada (TAC) y de Resonancia Magnética (RM) en la mayoría de países de la OCDE. En España, el número aparatos de **Resonancia Magnética** también aumentó en la última década, para llegar a **9,3 por millón** de habitantes en 2007, que fue menor, sin embargo, que el promedio de la OCDE de 11.

El número de equipos de **TAC** en España fue de **14,6 por millón** de habitantes en 2007, también por debajo de la media de la OCDE de 20.2.

En la comparación de estas cifras hay que tener en cuenta que la información de **España no incluye los equipos instalados en dispositivos extrahospituarios**, refiriéndose solamente a equipos instalados en hospitales.

Existe una considerable variación entre países en el uso de **la cirugía coronaria de bypass y la angioplastia coronaria**. Alemania (682 procedimientos por 100.000 habitantes), Estados Unidos (521 procedimientos por 100.00 habitantes) y Bélgica (571 procedimientos por 100.00 habitantes) tuvieron las tasas más altas de angioplastia coronaria en 2007. La media de los países de la OCDE fue de 267 procedimientos por 100.00 habitantes y el dato para **España** es de 282 procedimientos por 100.00 habitantes, cifra que tiene relación con la menor incidencia y prevalencia de estas patologías.

4.6.1 Coronary revascularisation procedures, per 100 000 population, 2007 (or latest year available)



Note: Some of the variations across countries are due to different classification systems and recording practices.

En los últimos 20 años, el número de **intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo de forma ambulatoria** ha crecido de manera constante en los países de la OCDE. La cirugía de cataratas es un buen ejemplo de cirugía que ahora se realiza, predominantemente, a nivel ambulatorio en la mayoría de los países de la OCDE.

Actualmente se ha convertido en el procedimiento quirúrgico más frecuente en muchos países de la OCDE. El número de cirugías de **cataratas** per capita oscila entre un mínimo de 59 cirugías por 100.000 habitantes en México a un máximo de 1.722 cada 100.000 habitantes en Bélgica. **España** se sitúa en **1.143 por 100.000 habitantes**.

La cirugía de cataratas se realiza, predominantemente, a nivel ambulatorio en la mayoría de los países de la OCDE. La cirugía ambulatoria representa el 90% o más de todas las cirugías de cataratas en la mayoría de los países de los que se dispone de datos sin embargo, la difusión de la cirugía ambulatoria es todavía relativamente baja en algunos países, tales como Polonia (9,3%) y Hungría (11,7) que distan mucho de los datos de Canadá (99,5%) o de Finlandia (98,4%). Los datos para **España** son **93,5%**, si bien seguramente sean superiores dado que incluyen sólo parcialmente las intervenciones en los hospitales privados.

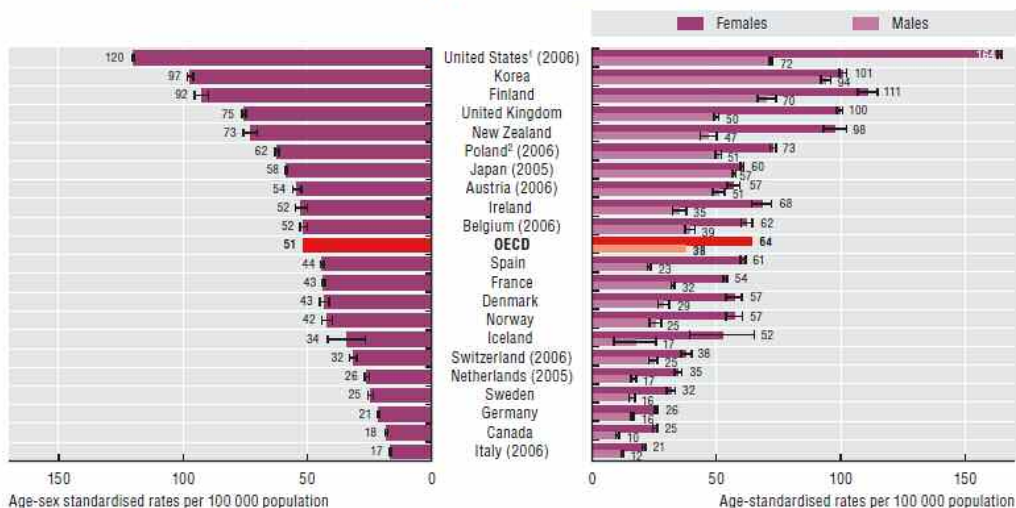
## Calidad de la atención médica

Muchos países de la OCDE han comenzado a informar sobre la calidad de la atención a nivel nacional, pero otros países todavía carecen de la infraestructura de datos para obtener dicha información. Son necesarios datos comparables internacionalmente sobre la calidad de la atención para permitir a los países explorar posibles factores explicativos subyacentes en la organización y financiación de la atención sanitaria.

El proyecto de la OCDE Indicadores de Calidad de la Atención Sanitaria (HCQI), en el cual participa España, desarrolla una serie de indicadores de calidad a nivel de los sistemas sanitarios. *El propio informe avisa de que los datos presentados en este capítulo deben ser considerados como un planteamiento de interrogantes acerca de la calidad de la atención en diferentes países, más que como respuestas definitivas o juicios normativos.* Aunque se proporciona información para asegurar al lector la importancia y validez científica de cada uno de los indicadores, los datos y resultados presentados deben considerarse como un punto de partida para una mejor comprensión de las variaciones en la calidad de la atención y para fomentar un análisis más profundo y el aprendizaje de las diferentes experiencias nacionales.

En las tasas de enfermedades crónicas como el asma y la diabetes, la atención de estas afecciones no está a la altura de las buenas prácticas en demasiados países, la mayoría de las exacerbaciones del asma igual que tu tratamiento pueden ser manejados en el ámbito e la atención primaria sin ningún tipo de necesidad de hospitalización, por lo tanto, las tasas de ingreso de alta del hospital son un indicio de baja calidad del cuidado. La **tasas de hospitalización por asma** se han utilizado para evaluar la calidad de la atención, para España esas cifras están en 44 por 100.000 habitantes, por debajo de la media de los países de la OCDE, 51 por 100.000 habitantes, existiendo una gran dispersión del valor de este indicadores en el conjunto de los países.

5.1.1 Asthma admission rates, population aged 15 and over, 2007

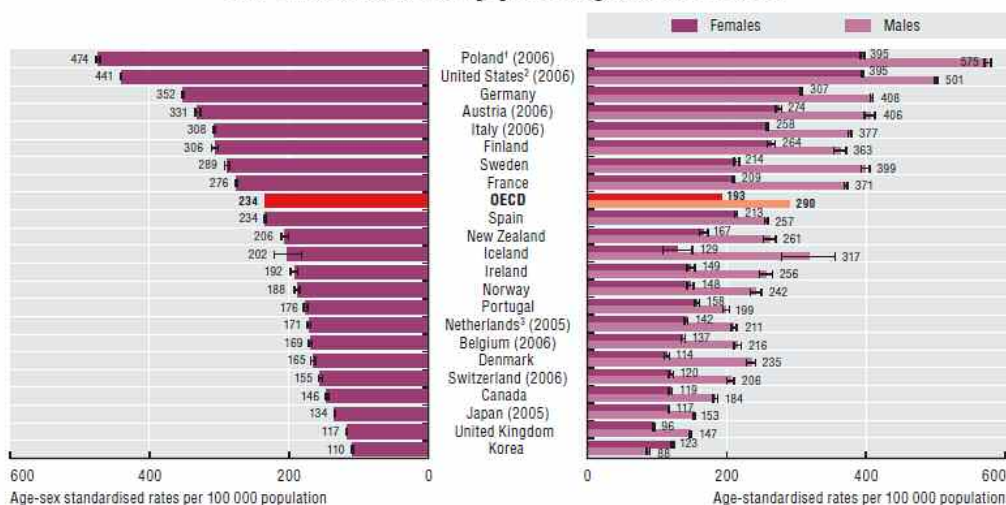


1. Does not fully exclude day cases. 2. Includes transfers from other hospital units, which marginally elevates rates.

Los **ingresos** con un diagnóstico primario de hipertensión suelen indicar **crisis de hipertensión**, una patología caracterizada por una presión arterial muy alta con un alto riesgo de complicaciones agudas tales como insuficiencia cardiaca o el accidente cerebro-vascular hemorrágico. Como por lo general, las exacerbaciones se pueden controlar con tratamiento ambulatorio adecuado, los ingresos hospitalarios son evitables y son un indicador de la calidad de la atención primaria o especializada ambulatoria.

En los países de la **OCDE** se notifican poco más de **80 ingresos por hipertensión cada 100.000 habitantes**, pero Austria y Polonia muestran más de cuatro y tres veces esta tasa, respectivamente. Por el contrario, países como el Reino Unido y **España** informan **sólo una séptima parte de la tasa media**. Alrededor de dos tercios de la variación de las tasas de ingreso por hipertensión se explica por la variación de los ingresos por cualquier causa. Países como Austria tienen tasas promedio por encima de la media para los ingresos hospitalarios por cualquier causa y por hipertensión, mientras que países como Canadá y **España** tienen tasas bajas para ambos.

### 5.3.1 CHF admission rates, population aged 15 and over, 2007

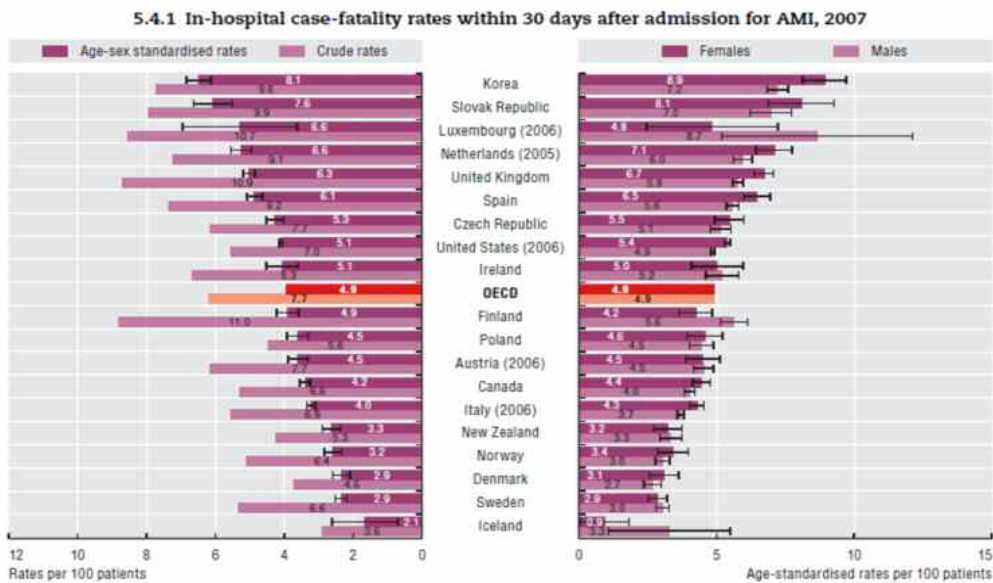


1. Includes transfers from other hospital units, which marginally elevates rates.
2. Does not fully exclude day cases.
3. Includes admissions for additional diagnosis codes, which marginally elevates rates.

Los nuevos indicadores internacionalmente comparables sobre la calidad de la asistencia, muestran avances en el tratamiento de enfermedades graves como el cáncer.

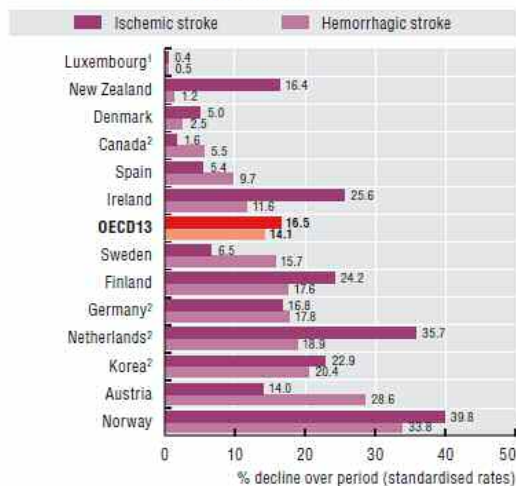
**España** no ha aportado datos de cribaje y supervivencia y en consecuencia no está reflejada en este apartado de la publicación.

El informe proporciona datos sobre los **cuidados agudos** de algunas las afecciones que suponen una amenaza para la vida, como son el **infarto agudo de miocardio y los accidentes cerebrovasculares**. Para los países de la **OECD** de los que se disponen datos, **menos del 5%** de las personas hospitalizadas después de un infarto mueren en los 30 días siguientes a su ingreso en el hospital. Tasa inferiores de alrededor del 3% se encuentran en Islandia, Dinamarca, Suecia y Noruega. Para **España** esa tasa es alrededor del **6%**.



La asistencia sanitaria está variando favorablemente en algunas áreas: en los últimos 5 años, por ejemplo, sobreviven muchas más personas después de un **accidente cerebrovascular**. Para los países de la **OECD** de los que se disponen datos la reducción de los fallecimientos es de alrededor del 15%. Para **España** ese dato es de **5,4% y 9,7%** para los accidentes cerebrovasculares de origen isquémico y hemorrágico respectivamente.

**5.5.4 Reduction in in-hospital case-fatality within 30 days after admission for stroke, 2002-07**



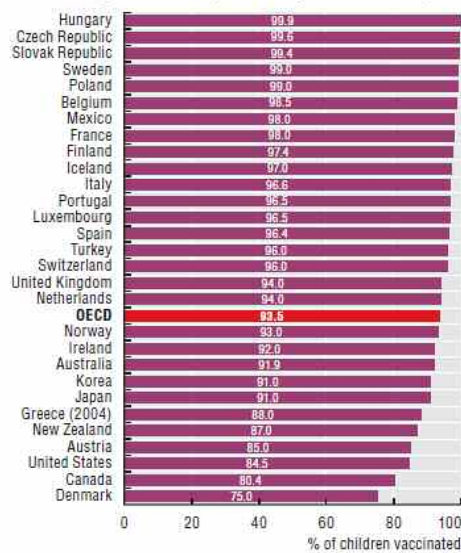
1. Based on 2002-03 to 2006. 2. Based on 3-year period only.

La **vacunación de la infancia** sigue siendo una de las intervenciones más costo-efectiva posible dentro de las políticas de salud. Todos los países de la OCDE han establecido programas de vacunación completa. La incorporación gradual de la vacuna contra el sarampión ha permitido que la incidencia del sarampión sea para el conjunto de los países de alrededor de diez veces inferior a la tasa de la década de 1990.

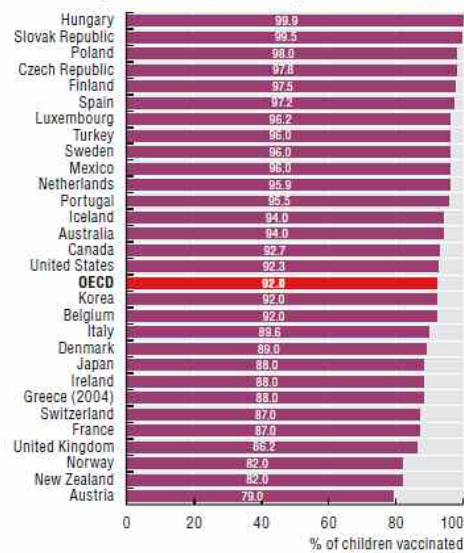
**España** con tasas de 96,4% para la tos ferina (administrada junto con la difteria y el tétanos) y del 97,2 % para el sarampión está por encima de la media de los países de la OCDE que tiene tasas del 93,5 % y del 92,0% respectivamente. En el caso de la tos ferina las tasas mas altas corresponden a Hungría y República Checa con 99,9 % y 99,6% respectivamente y las mas bajas a Estados Unidos (84,5%) Canadá (80,4%) y Dinamarca (75,0%). Para el sarampión las tasas más altas corresponden a Hungría (99,9%) y la República Eslovaca (99,5%) y las mas bajas a Nueva Zelanda (82,0%) y a Austria (79,0%).

Las tasas de vacunación para la gripe en mayores de 65 años muestra para España una cifras de 61,7 % superiores al promedio de los países de la OCDE que se sitúa en 55,9%. Las tasa más altas corresponden a Australia (77,5%) y a Corea (77,2%) y las más bajas a Méjico (29,1%) y a la República Checa (23,7%)

**5.10.1 Vaccination rates for pertussis, children aged 2, 2007 (or latest year available)**



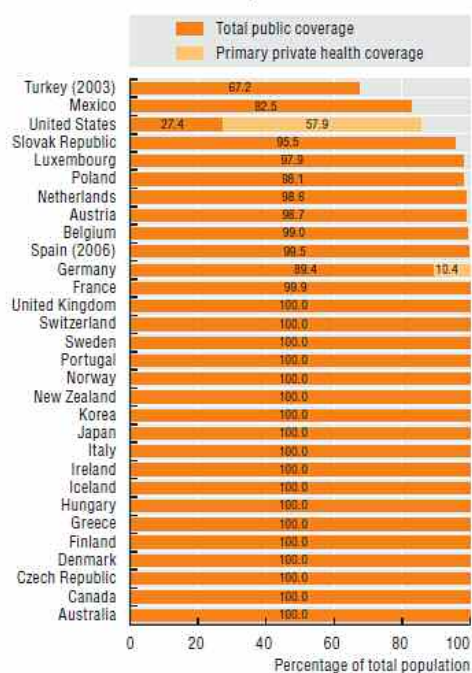
**5.10.2 Vaccination rates for measles, children aged 2, 2007 (or latest year available)**



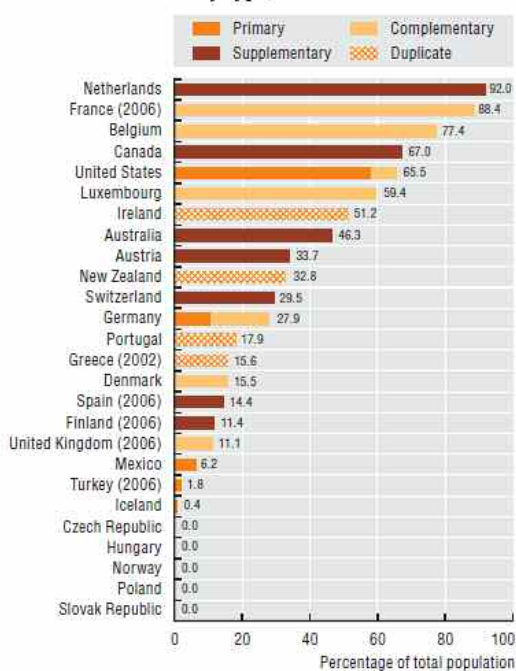
## Acceso a la atención sanitaria

Esta edición también dispone de nuevos datos sobre el acceso a la asistencia, mostrando que todos los países de la OCDE proporcionan cobertura universal o casi universal para un conjunto básico de servicios sanitarios, a excepción de Estados Unidos, México y Turquía.

6.2.1 Health insurance coverage for a core set of services, 2007



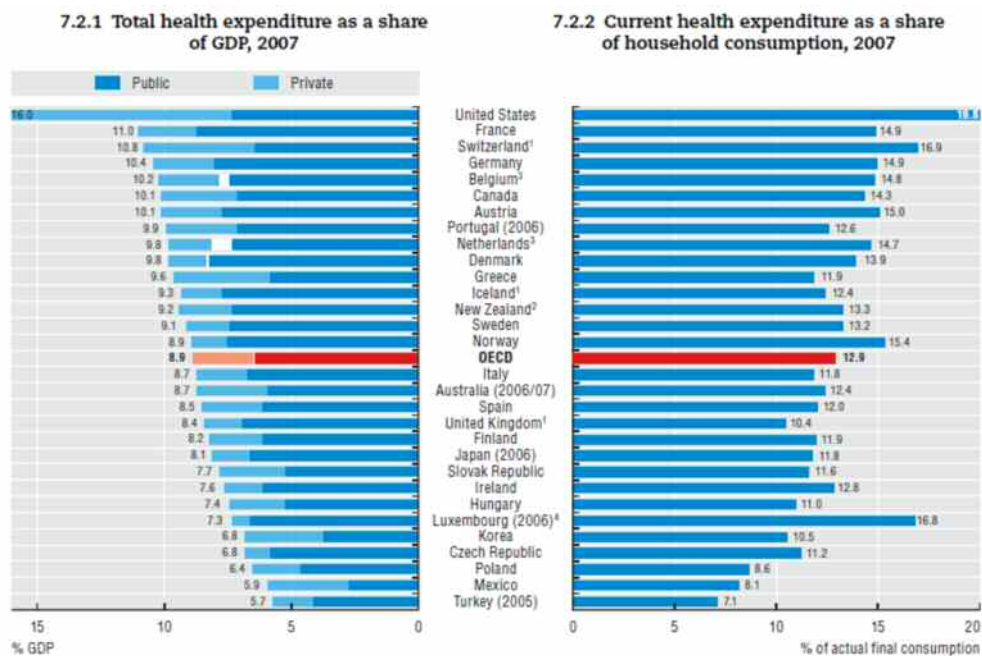
6.2.2 Private health insurance coverage, by type, 2007



Note: Private health insurance can be both duplicate and supplementary in Australia; and can be both complementary and supplementary in Denmark.

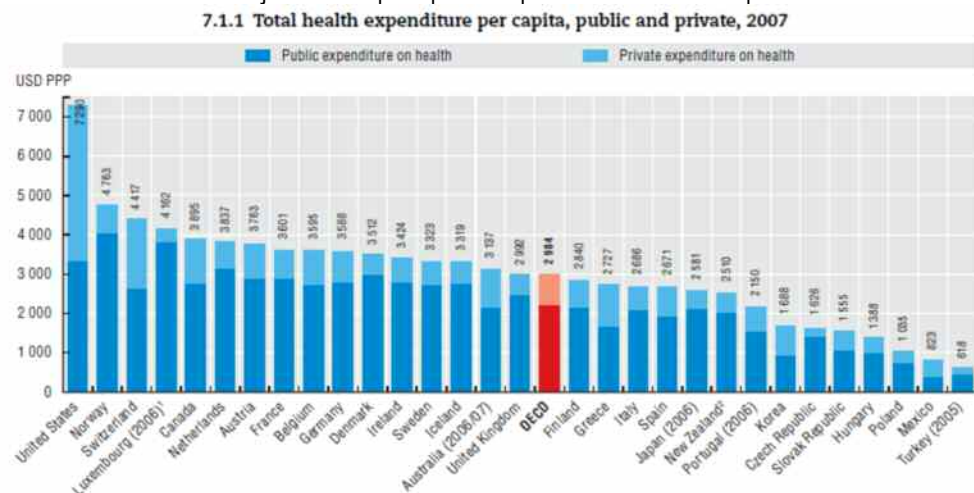
## Gasto sanitario

En **España** el gasto total en salud representó el **8,5% del PIB**. El país con el % más alto de los países de la OCDE fue Estados Unidos (16,0%), seguido por Francia (11%), Suiza (10,8%) y Alemania (10,4%). La media de los países de la **OECD** fue de **8,9%**.



1. Total expenditure on health in both figures. 2. Current expenditure on health in both figures. 3. Public and private expenditures are current expenditures (excluding investments). 4. Health expenditure is for the insured population rather than resident population.

En gasto per capita, Estados Unidos sigue siendo el de más gasto - 7.290 dólares per cápita en 2007 - que cualquier otro país. Esto es casi dos veces y media más que la media de la OCDE de 2.984 dólares, ajustados por paridad de poder adquisitivo. Luxemburgo (4.621 dólares) Noruega (4.763 dólares) y Suiza (4.417 dólares) también gastan mucho más que la media de la OCDE. En el otro extremo de la escala, en Turquía (618 dólares) y México (823 dólares), el gasto sanitario fue de menos de un tercio de la media de la OCDE. España gasta 2.671 dólares ajustados por poder paritario de compra.



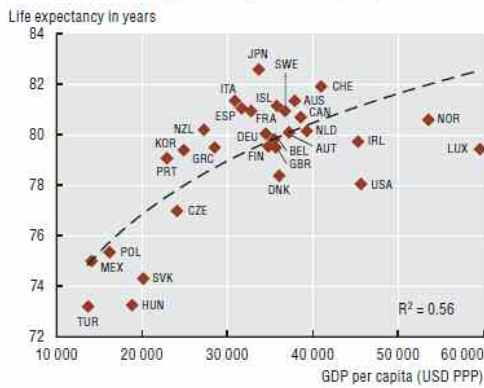
1. Health expenditure is for the insured population rather than resident population. 2. Current health expenditure.

Estados Unidos gastan más en sanidad - 7.290 dólares per cápita en 2007 - que cualquier otro país. Esto es casi dos veces y media más que la media de la OCDE de 2.984 dólares, ajustados por paridad de poder adquisitivo. Luxemburgo (4.621 dólares) Noruega (4.763 dólares) y Suiza (4.417 dólares) también gastan mucho más que la media de la OCDE. En el otro extremo de la escala, en Turquía (618 dólares) y México (823 dólares), el gasto sanitario fue de menos de un tercio de la media de la OCDE.

**España** gasta 2.671 dólares ajustados por poder paritario de compra.

Como se ha comentado al inicio del informe, una mayor renta nacional (medida según el PIB per cápita) y un mayor gasto sanitario per cápita se asocian, generalmente, con una mayor esperanza de vida al nacer, lo que sin embargo, no viene avalado por los datos constatados como puede observarse de nuevo para España, Japón Estados Unidos o Dinamarca en los siguientes gráficos.

**1.1.3 Life expectancy at birth and GDP per capita, 2007 (or latest year available)**



**1.1.4 Life expectancy at birth and health spending per capita, 2007 (or latest year available)**

