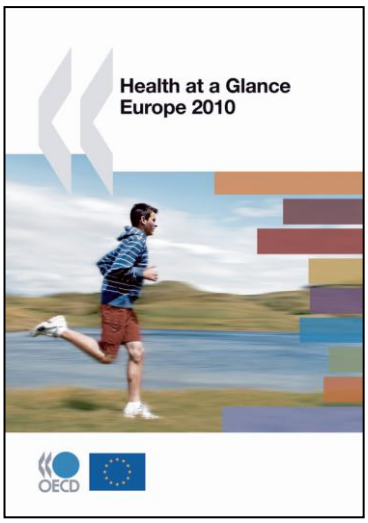
OECD Multilingual Summaries



Health at a Glance: Europe 2010

Summary in Spanish

Resumen en español

Resumen

En las últimas décadas, los países europeos han registrado importantes logros en lo que respecta a la salud de la población. La esperanza de vida al nacer en países de la Unión Europea (UE) ha aumentado en seis años desde 1980, y la mortalidad prematura ha descendido drásticamente. Las mejoras de las condiciones de vida y de trabajo y de algunos comportamientos relacionados con la salud han contribuido en gran parte al aumento de la longevidad, pero también hay que tener en cuenta los progresos en materia de asistencia sanitaria. En los países europeos, los sistemas sanitarios son cada vez mayores y más complejos. Además, el gasto en asistencia sanitaria nunca ha sido tan elevado, y representa un porcentaje de la renta nacional cada vez mayor.

Esta primera edición de *Panorama de la salud: Europa 2010*, producto de una larga colaboración entre la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) y la Comisión Europea, presenta una serie de indicadores sobre la salud y los sistemas sanitarios en treinta y un países europeos: los veintisiete Estados miembros de la UE e Islandia, Noruega, Suiza y Turquía. Los indicadores parten de la lista de los indicadores de salud de la Comisión Europea (ECHI), creada por la Comisión Europea para establecer y divulgar estadísticas sanitarias (Comisión Europea, 2010a). Sin embargo, varios de los indicadores de este informe difieren de las definiciones de los ECHI debido a la disponibilidad o limitación de datos o, en algunos casos, a que los ECHI no están listos para su aplicación. La presente publicación también aporta información detallada sobre el gasto sanitario y su financiación, partiendo de los sistemas de recogida de datos establecidos por la OCDE y su experiencia en este ámbito. Los datos presentados en esta publicación proceden principalmente de estadísticas nacionales oficiales, recogidas en las bases de datos de la OCDE (*Health Data)*, de Eurostat *(Eurostat Statistics Database)* y de la OMS Europa (*European Health for All Database)*.

Panorama de la salud: Europa 2010 muestra las grandes diferencias entre los países europeos en cuanto al estado de salud de la población, los factores de riesgo para la salud, los insumos, la producción y las consecuencias de los sistemas sanitarios, así como los niveles de gasto sanitario y las fuentes de financiación.

Además, explica las causas de dichas variaciones e incluye los antecedentes que ayudan a comprender mejor la situación y a desarrollar opciones políticas que reduzcan las diferencias entre países. También debe tenerse en cuenta que aunque se realice un análisis de la población por sexo y edad, no se aportan datos sobre regiones subnacionales, grupos socioeconómicos ni grupos étnicos. Para muchos de los indicadores, los lectores deben tener en cuenta que *dentro* de un país pueden existir tantas variaciones como las que hay *entre* los países.

La situación sanitaria ha mejorado considerablemente en los países europeos, aunque siguen existiendo grandes diferencias

- La esperanza de vida al nacer en los países de la UE ha aumentado en seis años desde 1980, llegando a 78 años en 2007. En los veintisiete países de la UE, la esperanza de vida al nacer para el periodo comprendido entre 2005 y 2007 fue de 74,3 años para los hombres y 80,8 para las mujeres como término medio. Francia tuvo la esperanza de vida al nacer más alta para las mujeres (84,4 años) y Suecia la más alta para los hombres (78,8 años). Rumanía tenía la esperanza de vida al nacer más baja para las mujeres (76,2 años) y Lituania para los hombres (65,1 años). La diferencia entre países con las esperanzas de vida al nacer más altas y bajas se encuentra en torno a ocho años para las mujeres y catorce para los hombres.

- Ver si el aumento de la esperanza de vida conlleva (o no) años vividos con buena salud tiene consecuencias importantes en los sistemas de asistencia sanitaria y de asistencia de larga duración de Europa. La esperanza de vida con buena salud al nacer viene definida como el número de años de vida en los que las actividades cotidianas de una persona no se ven limitadas por un problema de salud o una enfermedad. En el periodo comprendido entre 2005 y 2007, la esperanza de vida con buena salud en la UE era de 61,3 años para las mujeres y 60,1 para los hombres, por término medio. La diferencia entre hombres y mujeres es mucho menor que la de la esperanza de vida, lo que quiere decir que las mujeres pasan una mayor parte de su vida con limitaciones de actividad. La mayor esperanza de vida con buena salud al nacer entre 2005 y 2007 se dio en Malta para hombres y mujeres, mientras que la menor se dio en Letonia para las mujeres y en Estonia para los hombres.

- La esperanza de vida a los 65 años también ha aumentado considerablemente durante las últimas décadas en los países europeos. La media entre 2005 y 2007 para los veintisiete países de la UE era de 15,9 años para los hombres y 19,5 para las mujeres. Al igual que la esperanza de vida con buena salud al nacer, la esperanza de vida a los 65 años era más alta en Francia, tanto para mujeres (22,6 años) como para hombres (18,1). En cambio, era más baja en Europa Oriental: en Letonia para los hombres (12,7 años) y en Bulgaria para las mujeres (16,3).

- Al igual que sucede con la esperanza de vida al nacer, la diferencia entre hombres y mujeres para la esperanza de vida con buena salud a los 65 es mucho menor que la de la esperanza de vida. Entre 2005 y 2007, los hombres se vieron ligeramente favorecidos, con 8,4 años frente a los 8,1 de las mujeres.

- Es difícil cuantificar la contribución relativa de los numerosos factores médicos y no médicos que pueden influir en la esperanza de vida (con buena salud). Normalmente, en los países europeos, se asocia una renta nacional alta con una mayor esperanza de vida, aunque esta relación está menos marcada en niveles de renta nacional superiores, lo que sugiere un «rendimiento decreciente» a partir de un nivel determinado. También influyen otros determinantes de la salud.

Los factores de riesgo para la salud están cambiando

● Muchos países de la UE han registrado notables avances en lo que respecta a la reducción del consumo de tabaco, que sigue siendo una de las causas principales de muerte prematura. Este descenso puede ser fruto de las políticas nacionales y europeas que promueven las campañas de sensibilización de la opinión pública, la prohibición de la publicidad y mayores impuestos. Actualmente, menos del 18 % de los adultos en Islandia y Suecia fuman a diario, frente al 30 % que lo hacía en 1980. No obstante, más del 40 % de los adultos en Grecia siguen fumando diariamente. El índice de tabaquismo también es relativamente alto en Bulgaria, Irlanda y los Países Bajos.

● Asimismo, ha descendido el consumo de alcohol en muchos países europeos en las últimas tres décadas. Se ha demostrado que las restricciones de la publicidad y venta y el aumento de los impuestos son medidas efectivas para reducir el consumo de alcohol. En países vitícolas tradicionales como España Francia e Italia, el consumo de alcohol ha descendido mucho desde 1980. En cambio, aumentó considerablemente en otros países, como por ejemplo Irlanda, Reino Unido y algunos países nórdicos.

● Más de la mitad de la población adulta total en la UE es ahora obesa o presenta sobrepeso. Esto es así en quince de los veintisiete países de la UE. La prevalencia de la obesidad, que supone un riesgo mayor para la salud que el sobrepeso, va de menos de un 10 % en Italia, Rumanía y Suiza a más de un 20 % en Irlanda, Islandia, Malta y Reino Unido. Por término medio en la UE, un 15,5 % de la población adulta es obesa.

● El índice de obesidad se ha duplicado con creces en los últimos veinte años en la mayoría de los países de la UE de los que se dispone de datos. Este rápido aumento ha tenido lugar con independencia de los niveles de obesidad de hace dos décadas. La obesidad se duplicó con creces tanto en los Países Bajos como en el Reino Unido entre 1988 y 2008, incluso si el índice en los Países Bajos es, actualmente, menos de la mitad que en el Reino Unido.

● La obesidad se asocia con un alto riesgo de padecer enfermedades crónicas y conlleva costes adicionales en asistencia sanitaria. Un estudio reciente en Inglaterra calculó que los costes totales relacionados con el sobrepeso y la obesidad podrían aumentar hasta un 70 % entre 2007 y 2015 y ser 2,4 veces mayores en 2025 (*Foresight*, 2007).

La falta de personal sanitario afecta a muchos países

● En muchos países europeos preocupa la falta de médicos. El número de médicos varía enormemente y es inferior en Turquía, seguido de Polonia y Rumanía. También es relativamente bajo en Finlandia y Reino Unido.

● Sin embargo, desde el año 2000, el número de médicos ha aumentado en todos los países europeos, excepto en Eslovaquia. Pasó de 3,0 médicos por 1 000 habitantes en 2000 a 3,3 en 2008. Dicho incremento fue especialmente rápido en Irlanda, donde aumentó casi un 50 %. Gran parte de este incremento se debe a la contratación de médicos formados en el extranjero, que se triplicó en dicho periodo. De la misma manera, en Reino Unido aumentó un 30 % entre 2000 y 2008, pasando de 2,0 por 1 000 habitantes a 2,6.

● Además, desde el año 2000 en Francia e Italia prácticamente no se ha registrado un aumento. Tras la reducción del número de estudiantes en las facultades de medicina durante los ochenta y noventa, el número de médicos alcanzó su nivel más alto en 2002 y ha descendido desde entonces. En Francia, se alcanzó un máximo en 2005 y se espera que disminuya en los próximos diez años.

● En casi todos los países, la proporción de médicos generalistas y especialistas ha cambiado en las últimas décadas, siendo el número de especialistas el que aumenta más rápidamente. Como consecuencia, hay más especialistas que médicos generalistas en la mayoría de los países, excepto en Portugal y Rumanía. Esto podría explicarse por el reducido atractivo del modo de trabajo tradicional de los médicos generalistas o de familia, así como por las crecientes diferencias salariales. El crecimiento lento o la reducción del número de médicos generalistas afecta a las prestaciones primarias. En muchos países se plantea la posibilidad de buscar maneras de incentivar el interés en los médicos generalistas, así como de desarrollar nuevas funciones para otros profesionales de la salud, como el personal de enfermería.

● También preocupa la escasez de personal de enfermería en muchos países europeos. El personal de enfermería desempeña una función importante al prestar asistencia sanitaria no solo en lugares tradicionales, como hospitales y otras instituciones para los cuidados de larga duración, sino también, y cada vez más, en atención primaria, sobre todo a enfermos crónicos y en los hogares de los pacientes. En 2008, había unos quince enfermeros por 1 000 habitantes en Finlandia, Irlanda, Islandia y Suiza y, algunos menos, en Dinamarca y Noruega. Turquía tenía el menor número de enfermeros, seguido de Grecia, Bulgaria y Chipre, con menos de 5 por 1 000 habitantes.

● Desde el año 2000, el número de enfermeros ha aumentado en todos los países europeos, excepto en Lituania y Eslovaquia. El aumento fue especialmente elevado en Portugal, España, Francia y Suiza.

El gasto sanitario ejerce una presión sobre los presupuestos nacionales

● El creciente gasto sanitario ha aumentado en todos los países europeos, a menudo más rápidamente que el crecimiento económico, lo que supone un incremento del porcentaje del PIB asignado a asistencia sanitaria. En 2008, los países de la UE gastaron una media del 8,3 % de su PIB en asistencia sanitaria, mientras que en 1998 había supuesto el 7,3 %. Sin embargo, el porcentaje de PIB destinado a dicho ámbito es diferente en cada país, yendo de menos del 6 % en Chipre y Rumanía a más del 10 % en Alemania, Austria, Francia y Suiza.

● En algunos países, la reciente recesión económica se tradujo en un marcado incremento del porcentaje de gasto en asistencia sanitaria con respecto al PIB. En Irlanda, el porcentaje de PIB destinado a asistencia sanitaria aumentó del 7,5 % en 2007 al 8,7 % en 2008 y en España, del 8,4 % al 9,0 %.

● En 2008, Noruega registró el mayor gasto en asistencia sanitaria per cápita, unos 4 300 EUR, seguida de Suiza, Luxemburgo y Austria. La mayor parte de los países europeos del norte y oeste gastaron entre 2 500 y 3 500 EUR (PPA) por persona, es decir, de un 10 a un 60 % más que la media europea. Los países cuyo gasto se encuentra por debajo de la media europea son los países del este y sur de Europa, como Bulgaria, Hungría, Polonia, Rumanía y Turquía.

● El gasto sanitario per cápita tiende a estar en relación directa con el PIB per cápita, más en el caso de países europeos con un PIB per cápita bajo. Incluso en países con niveles de PIB per cápita similares, pueden existir

diferencias importantes en el gasto sanitario. Por ejemplo, España y Francia presentan un PIB per cápita parecido, pero el gasto en asistencia sanitaria de España no llega al 80 % de Francia.

- Los sistemas sanitarios a veces reciben críticas por centrarse demasiado en el «cuidado de enfermos», es decir, por atender a los enfermos más que prevenir enfermedades. Solo cerca del 3 % del gasto sanitario actual en los países de la UE se dedica a la prevención y a programas de salud pública.

- En todos los países europeos, excepto en Chipre, el sector público es la principal fuente de financiación de la asistencia sanitaria. Por término medio, casi las tres cuartas partes del gasto en sanidad se financiaron con fondos públicos en 2008, mediante impuestos generales o cotizaciones de seguridad social. En Luxemburgo, los países nórdicos (excepto Finlandia), Reino Unido, la República Checa y Rumanía, más del 80 % del gasto total en sanidad se financió con fondos públicos.

- La magnitud y composición de la financiación privada es diferente en cada país. En casi todos los países consiste en los pagos directos que realizan los pacientes. El seguro médico privado supone tan solo una media del 3 al 4 % del gasto sanitario total en los países de la UE. No obstante, en algunos países tiene una gran importancia. En Alemania, proporciona atención primaria a determinados grupos de población. En Francia, el seguro médico privado financia un 13 % del gasto total, pero aporta una cobertura complementaria y suplementaria en un sistema público universal.

- Dada la necesidad actual de reducir el déficit presupuestario en muchos países, los gobiernos pueden verse a corto plazo ante opciones políticas difíciles. Para reducir el déficit, pueden tener que frenar el crecimiento del gasto público en salud, reducirlo en otras áreas, o aumentar los impuestos o las cotizaciones de seguridad social. La mejora de la productividad del sector sanitario ayudará a conciliar dichas presiones, por ejemplo, mediante una evaluación más rigurosa de las tecnologías sanitarias o el aumento del uso de las tecnologías de información y comunicación («e-sanidad»). Dichas iniciativas, además, podrían mejorar la calidad de la atención sanitaria, que es otro ámbito de colaboración entre la OCDE y la Comisión Europea.

This translation was undertaken by the European Commission

Multilingual summaries are translated excerpts of OECD publications originally published in English and in French.

They are available free of charge on the OECD Online Bookshop www.oecd.org/bookshop/

For more information, contact the OECD Rights and Translation unit, Public Affairs and Communications Directorate at: rights@oecd.org or by fax: +33 (0)1 45 24 99 30

OECD Rights and Translation unit (PAC)
2 rue André-Pascal, 75116
Paris, France

Visit our website www.oecd.org/rights/