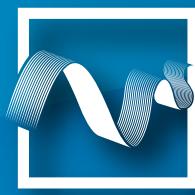


Índice Nacional de Salud

2025



Así Vamos
en Salud®





CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
NOTA TÉCNICA	8
EJE CONDICIONES INICIALES	11
DIMENSIÓN CONDICIONES DE VIDA	11
Servicio básico de agua potable en zona rural	
Servicio básico de agua potable en zona urbana	
Acceso a servicio básico de saneamiento en el área rural	
Acceso a servicio básico de saneamiento en el área urbana	
Accidentalidad por transporte terrestre	
DIMENSIÓN TALENTO HUMANO EN SALUD	18
Densidad de médicos y enfermeras	
Densidad de odontólogos	
Densidad de Farmaceutas	
Densidad de fisioterapeutas	
DIMENSIÓN SITUACIÓN EN SALUD	22
Sífilis Congénita	
Incidencia de Cáncer de Cuello Uterino	
DIMENSIÓN MACROECONÓMICA	25
Gasto corriente en salud per cápita, PPA	
Gasto corriente en salud (% del PIB)	
Gasto nacional en salud del gobierno general como % del gasto del gobierno general	
EJE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	30
DIMENSIÓN ACCESO A SERVICIOS	30
Porcentaje de partos atendidos por personal cualificado	
DIMENSIÓN EFECTIVIDAD DEL ACCESO A SERVICIOS	32
Porcentaje de cobertura de vacunación con Triple Viral en niños de un año	
Porcentaje de pacientes hipertensos controlados	
DIMENSIÓN CAPACIDAD INSTALADA	34
Camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes	
Escáneres de tomografía computarizada (TC) por cada 10.000 habitantes	
Número de mamógrafos dedicados por cada 10.000 habitantes	
EJE RESULTADOS EN SALUD	39
DIMENSIÓN RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	39
Prevalencia (%) de Bajo Peso al Nacer (BPN)	
Tasa de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años x 1.000 nacidos vivos	
Tasa de Mortalidad Infantil x 1.000 nacidos vivos	
Tasa de Mortalidad Menores de 5 años x 1.000 nacidos vivos	
Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito x 100.000 hab.	
Tasa de mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino x 100.000 mujeres	

Tasa de mortalidad por Cáncer de próstata x 100.000 hombres
Tasa de mortalidad por Cáncer de Seno x 100.000 mujeres
Tasa de mortalidad por Cáncer gástrico x 100.000 hab.
Tasa de mortalidad por Dengue
Tasa de mortalidad por Enfermedad Isquémica del Corazón x 100.000 hab.
Tasa de mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares x 100.000 hab.
Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda x 100.000 menores de 5 años
Tasa de suicidio x 100.000 hab.
Tasa de mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)

DIMENSIÓN PROTECCIÓN FINANCIERA **59**

Gasto de bolsillo como % del Gasto Total en Salud
Cobertura de atención médica

RESULTADOS **62**

Eje condiciones iniciales
Eje Desempeño institucional
Eje de resultados en salud
Resultado Global

CONCLUSIONES **67****RECOMENDACIONES** **69****REFERENCIAS** **71**

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución del Índice Nacional de Salud, 2025	9
Tabla 2. Puntaje de Cobertura de agua potable en zonas rurales de países OCDE. Fuente: JMP.....	12
Tabla 3. Puntaje de Cobertura de agua potable en zonas urbanas de países OCDE. Variación con respecto al Índice AVS 2022. Fuente: JMP.....	13
Tabla 4. Puntaje de cobertura de alcantarillado en zona rural. Fuente: JMP.....	15
Tabla 5. Puntaje de cobertura de alcantarillado en zona urbana. Fuente: JMP.....	16
Tabla 6. Puntajes normalizados de la tasa de accidentalidad en transporte terrestre para el grupo de la OCDE. Fuente: OCDE	17
Tabla 7. Puntaje de densidad de médicos y enfermeras por cada 10.000 hab. Fuente: OMS	19
Tabla 8. Puntaje de densidad de odontólogos en los países del grupo de la OCDE. Fuente: OMS.....	20
Tabla 9. Puntaje de densidad de farmaceutas por cada 10.000 hab. Fuente: OMS	21
Tabla 10. Densidad de fisioterapeutas por cada 10.000 hab. Fuente: OMS	22
Tabla 11. Puntaje de incidencia de Sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos. Fuente: OMS	24
Tabla 12. Puntaje de incidencia de cáncer de cérvix. Fuente: International Agency For Research On Cancer.	25
Tabla 13. Puntaje de gasto corriente en salud per cápita, PPA. Fuente: OMS.....	27
Tabla 14. Puntaje de gasto corriente en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto. Fuente: OMS	28
Tabla 15. Puntaje de gasto nacional en salud del gobierno general como % del gasto del gobierno. Fuente: OMS	29
Tabla 16. Puntaje de porcentaje de partos atendidos por personal calificado. Fuente: OMS	31
Tabla 17. Puntaje de porcentaje de cobertura de vacunación con triple viral en niños de un año. Fuente: OMS	33
Tabla 18. Puntaje de porcentaje de pacientes hipertensos controlados. Fuente OMS.....	34
Tabla 19. Puntaje de camas hospitalarias por cada 1000 hab. Fuente: OCDE	36
Tabla 20. Puntaje de escáneres de tomografía computarizada (TC) x 10.000 hab. Fuente: OCDE	37
Tabla 21. Puntaje de mamógrafos por cada 10.000 hab. Fuente: OCDE	38
Tabla 22. Puntaje de prevalencia de bajo peso al nacer. Fuente: OMS	40

Tabla 23. Puntaje de tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 por cada 1.000 nacidos vivos. Fuente: Banco Mundial	41
Tabla 24. Puntaje de tasa de mortalidad en menores de 1 años por cada 1.000 nacidos vivos. Fuente: Banco Mundial	43
Tabla 25. Puntaje de tasa de mortalidad en menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos. Fuente: Banco Mundial	44
Tabla 26. Puntaje de tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre. Fuente OMS.....	46
Tabla 27. Puntaje de tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino. Fuente: OMS, Observatorio Global de Cáncer.....	47
Tabla 28. Puntaje de tasa de mortalidad por cáncer de próstata. Fuente: OMS, Observatorio Global de Cáncer. 48	
Tabla 29. Puntaje de tasa de mortalidad por cáncer de seno. Fuente: OMS, Observatorio Global de Cáncer.	49
Tabla 30. Puntaje de tasa de mortalidad por cáncer gástrico. Fuente: OMS, Observatorio Global de Cáncer.....	51
Tabla 31. Puntaje de tasa de mortalidad por dengue por cada 100.000 hab. Fuente: OMS	52
Tabla 32. Puntaje de tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón. Fuente: OCDE.....	53
Tabla 33. Puntaje de tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. Fuente: OCDE.....	54
Tabla 34. Puntaje de tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda. Fuente: OMS	56
Tabla 35. Puntaje de tasa de mortalidad de suicidio por cada 100.000 hab. Fuente: OMS	57
Tabla 36. Puntaje de razón de mortalidad materna. Fuente: OMS	59
Tabla 37. Puntaje de gasto de Bolsillo. Fuente: Banco Mundial.....	61
Tabla 38. Puntaje de cobertura en salud. Fuente: OCDE	62
Tabla 39. Resumen de resultados estandarizados	65
Tabla 40. Resumen de resultados por dimensión y eje	66

01 INTRODUCCIÓN

El Índice Nacional de Salud 2025 se configura como una herramienta fundamental para llevar a cabo un análisis comparativo del sistema sanitario de Colombia en relación con los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Esta comparación se realiza a partir de una visión integral de cada país, utilizando exclusivamente información estandarizada proveniente de los principales indicadores de salud. Las fuentes oficiales que respaldan estos datos incluyen la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la OCDE, el Banco Mundial y UNICEF, entre otras.

El documento desarrolla un análisis detallado de cada uno de los 37 indicadores seleccionados, abordando su comportamiento mediante la clasificación por cuartiles, la evolución histórica y un sistema de semaforización de desempeño. Esta metodología permite identificar de manera precisa las áreas críticas, los territorios que presentan rezagos y las experiencias que pueden considerarse exitosas dentro del contexto sanitario.

El principal objetivo del Índice AVS 2025 es consolidarse como un insumo esencial para la formulación de

políticas públicas y la planeación territorial en materia de salud. Además, el índice busca facilitar el seguimiento a los compromisos internacionales asumidos por el país, tales como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), contribuyendo así a la mejora continua del sistema de salud y al cumplimiento de metas globales.

La presente edición incorpora una metodología refinada y validada, que prioriza indicadores con cobertura internacional y relevancia estratégica, excluyendo aquellos de carácter interdepartamental para garantizar la comparabilidad global. El índice se estructura en tres ejes fundamentales de acuerdo con la coherencia de utilización del sistema: i) condiciones iniciales, ii) desempeño institucional y iii) resultados en salud, con una ponderación según su impacto en la salud poblacional. Cada eje agrupa dimensiones temáticas que integran 37 indicadores trazadores, estandarizados en una escala de 0 a 100, siguiendo el modelo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

02

NOTA TÉCNICA

Para la elaboración del Índice Nacional de Salud 2025, se cambió la metodología validada de la versión anterior, que consiste en la ejecución de un proceso de varias etapas:

Etapa 1. Elaboración de la estructura básica del índice. Esta etapa consiste en la revisión de los indicadores contemplados inicialmente en cada una de las dimensiones y ejes que hacen parte de la estructura básica para el cálculo del índice. Para esta primera etapa se realizaron algunos cambios en los que se contempló utilizar únicamente indicadores que cubrieran el total de países del grupo de la OCDE y se eliminaron los indicadores interdepartamentales ya que estos no aportan al propósito de comparación internacional. Para realizar los cambios contemplados sin perder confiabilidad y validez interna del índice se realizó una encuesta a los miembros del comité técnico para la validación de la propuesta junto y además una encuesta a los miembros del comité técnico del Centro de Pensamiento para la validación de los indicadores que se tendrán en cuenta de ahora en adelante para el Índice AVS, la cual arrojó un Alfa de Cronbach de 0,815 aprobando la confiabilidad del instrumento con los indicadores propuestos. Teniendo en cuenta el ejercicio anterior se configura el nuevo esquema del Índice AVS 2025 (ver tabla 1)

Etapa 2. Recopilación de la información. Una vez validada la estructura del índice, se procede a recopilar la información en las distintas fuentes oficiales internacionales. La recopilación de la información inició en enero de 2025, una vez reunida toda la información,

se organizó en una matriz de Excel que contiene la ficha técnica de cada indicador, lo que permite identificar los datos de forma ordenada.

Etapa 3. Estandarización de datos. En esta etapa se sigue la metodología para el proceso de estandarización de datos utilizada en el anterior Índice Nacional de Salud (Índice AVS) que es la misma empleada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el cálculo del Índice Desarrollo Humano (ONU, 2006), se ubican los datos brutos en una escala de 0 a 100, por medio de la siguiente fórmula:

$$X = \frac{(\text{valor bruto-peor valor})}{(\text{mejor valor-peor valor})} \times 100$$

Para llevar a cabo esta fórmula se mantuvo como factor comparativo los peores y mejores resultados de los mismos indicadores que maneja el grupo de países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Se escogió este grupo de países porque implica una comparación más homogénea y duradera a lo largo del tiempo, dado que los países que se encuentran allí comparten unos mismos patrones y normas, además contienen altos estándares en políticas mundiales.

Eje	Dimensión	Indicador
CONDICIONES INICIALES	Condiciones de vida	% de personas que acceden por lo menos a servicio básico de agua potable en urbana
		% de personas que acceden por lo menos a servicio básico de agua potable en zona rural
		% de personas que acceden por lo menos a servicios básicos de saneamiento en urbana
		% de personas que acceden por lo menos a servicios básicos de saneamiento en zona rural
		Tasa de accidentalidad de transporte

Eje	Dimensión	Indicador
CONDICIONES INICIALES	Talento Humano	Densidad estimada de profesionales en medicina y enfermería por 10.000 hab.
		Densidad estimada de dentistas por 10.000 hab.
		Densidad estimada de Farmacéuticos por 10.000 hab.
		Densidad estimada de Fisioterapeutas por 10.000 hab.
	Situación de salud	Incidencia de Cáncer de Cuello Uterino
		Incidencia de Sífilis Congénita x 100.000 nacidos vivos
	Macroeconómica	Gasto corriente en salud (% del PIB)
		Gasto corriente en salud per cápita, PPA (dólares internacionales corrientes)
		Gasto nacional en salud del gobierno general como % del gasto del gobierno general
DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	Acceso a servicios	% de partos atendidos por personal calificado
	Efectividad del acceso a servicios	% de cobertura de vacunación con Triple Viral en niños de un año
		% de pacientes hipertensos controlados
	Capacidad Instalada	Camas hospitalarias por cada 1.000 hab.
		Escáneres de tomografía computarizada (TC) por cada 10.000 hab.
		Número de mamógrafos por cada 10.000 hab.
RESULTADOS EN SALUD	Resultados en salud pública	Prevalencia de Bajo Peso al Nacer (%)
		Razón de Mortalidad Materna x 100.000 nacidos vivos
		Tasa de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años
		Tasa de Mortalidad Infantil x 1.000 nacidos vivos
		Tasa de Mortalidad Menores de 5 años x 1.000 nacidos vivos
		Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito x 100.000 hab.
		Tasa de mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino x 100.000 mujeres
		Tasa de mortalidad por Cáncer de próstata x 100.000
		Tasa de mortalidad por Cáncer de Seno x 100.000 mujeres
		Tasa de mortalidad por Cáncer gástrico x 100.000 hab.
		Tasa de mortalidad por Dengue
		Tasa de mortalidad por Enfermedad Isquémica del Corazón x 100.000 hab.
		Tasa de mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares x 100.000 hab.
		Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda x 100.000 < de 5 años
	Protección Financiera	Tasa de suicidio x 100.000 hab.
		Gasto de bolsillo como % del Gasto Total en Salud
		Cobertura de atención médica

Tabla 1. Distribución del Índice Nacional de Salud, 2025

La finalidad de estandarizar los resultados de todos los indicadores es hacerlos comparables, por lo que se hace necesario realizar 3 precisiones:

1. La lectura de los valores estandarizados es en puntos, NO en porcentaje.

2. No se considera un indicador con 100 puntos como perfecto o uno en 0 como sin gestión, solamente son aquellos que presentan el mejor y peor comportamiento relativo en el período de medición dentro del grupo comparativo, aunque este valor sea bajo o alto en su escala original de medida.

3. Los datos se encuentran aproximados a su límite superior.

Los rangos de calificación de los resultados se definieron por cuartiles que describen los resultados por encima del cuartil 75 como una puntuación alta, entre el cuartil 50 y 74 un rango medio alto, del 25 al 49 medio bajo y por debajo del cuartil 25 el puntaje en rango bajo, los cuales se pueden observar en la semaforización de los resultados publicados en tablas.

Paralelamente y con el fin de validar la estructura interna del índice (37 indicadores, 9 dimensiones y 3 ejes) se realizó un análisis factorial el cual reduce los indicadores propuestos en 3 componentes principales, con los cuales para esta versión se puede explicar más del 85% del modelo propuesto y que para efectos del índice se le llaman ejes



Etapa 4. Interpretación del dato. Una vez los datos se hacen comparables después de la estandarización, se procede a analizar los resultados de forma descriptiva en el contexto de la OCDE.

Una vez estandarizados los datos se calcula el resultado del índice por medio del cómputo de promedios simples al interior de las dimensiones con el resultado de los indicadores, posteriormente se realiza un promedio simple entre las dimensiones para sacar el resultado de cada eje. Por último, se ponderan los 3 ejes, con un peso porcentual del 30% para condiciones iniciales y desempeño institucional, y del 40% para resultados en salud.

03

EJE CONDICIONES INICIALES

Este eje reúne cuatro dimensiones: condiciones de vida, talento humano en salud, situación en salud y macro-economía, con el propósito de caracterizar el contexto estructural en el que se desarrolla el sistema de salud colombiano. En conjunto, estas dimensiones permiten analizar el entorno social, la disponibilidad y formación del recurso humano, el perfil epidemiológico del país y los factores económicos que inciden en la sostenibilidad del sector. Para ello, se emplean 14 indicadores distribuidos entre las dimensiones, con una lectura integral que facilita la comprensión de las condiciones iniciales del sistema.

DIMENSIÓN CONDICIONES DE VIDA

Esta dimensión incorpora indicadores trazadores de los determinantes sociales en salud, como la cobertura de los servicios de agua potable y alcantarillado en zonas rurales y urbanas, considerados factores estructurales estrechamente vinculados con la incidencia de enfermedades transmisibles. Asimismo, se analiza la accidentalidad vial, una problemática en crecimiento a nivel global que repercute en indicadores de discapacidad, mortalidad y carga económica. En conjunto, estos indicadores permiten aproximar al lector a las desigualdades territoriales que inciden negativamente en los resultados en salud, y evidencian la necesidad de intervenciones integrales y diferenciadas.

Servicio básico de agua potable en zona rural

El acceso seguro al agua potable es reconocido como un componente esencial del derecho a la salud, dada su condición de determinante social que incide directa e indirectamente en la equidad y el bienestar de las comunidades. Su adecuada gestión no solo contribuye a reducir brechas sociales, sino que también impulsa el desarrollo sostenible en los territorios.

Este derecho está contemplado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), particularmente en la meta de lograr cobertura universal para el año 2030. Sin embargo, de mantenerse la tendencia actual, es probable

que no se alcancen los compromisos establecidos, lo que exige reforzar las acciones intersectoriales y el monitoreo técnico. De acuerdo con el Banco Mundial, “*el suministro de agua confiable impulsa la productividad en la agricultura, la energía y la industria, sectores que emplean a millones de personas, especialmente en los países de ingreso bajo*” (1).

De acuerdo con la JMP, la cobertura de servicios de agua gestionados de forma segura aumentó en un 10% a nivel global pasando del 50% al 60% y aunque las coberturas son mayores en las áreas urbanas, la tasa de crecimiento es más alta en las rurales. La brecha entre estas 2 áreas sigue siendo amplia en América Latina y el Caribe, registrando un 35% de diferencia entre las 2.

En el presente acápite se aborda el indicador de porcentaje de personas que acceden por lo menos a servicio básico de agua potable en zona rural, definido como la proporción de población que accede a servicios básicos de agua de fuentes mejoradas, disponibles e in situ, esto debido a la disponibilidad de información.

Los datos utilizados provienen principalmente del Programa Conjunto de Monitoreo del Abastecimiento de Agua, Saneamiento e Higiene (JMP), liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF en el que no se encontró información acerca de Corea, Eslovenia, Italia y Japón.

El análisis de la cobertura de agua potable en las zonas rurales de los países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) revela, en términos generales, un desempeño positivo. El promedio de cobertura alcanza el 98%, reflejando avances significativos en el acceso a este servicio esencial en áreas no urbanas. Sin embargo, persisten retos importantes en algunos países, como es el caso de Polonia, Colombia y Chile, que presentan los niveles más bajos dentro del grupo, con coberturas del 82%, 84% y 94%, respectivamente. Esta situación evidencia desafíos específicos para garantizar el acceso seguro al agua potable en las zonas rurales de estos países, siendo Polonia el país que ocupa

consistentemente el último puesto en la tabla desde las mediciones realizadas en los índices anteriores.

Por otro lado, es destacable el caso de Hungría, que ha mostrado una mejora significativa al pasar de una cobertura del 89% al 100%, situándose ahora entre los países con mayor acceso. Este avance resalta la importancia de las acciones implementadas para mejorar la

cobertura en contextos rurales. Asimismo, la mayoría de los países analizados (81,5%) mantuvieron sus indicadores sin cambios respecto a la edición previa del índice, lo que indica una estabilidad en el acceso al servicio básico de agua potable en la mayoría de los países OCDE. Tan solo el 26,3% reportó mejoría en la cobertura del servicio en área rural (ver tabla 2)

Valor normalizado del servicio básico de agua potable en zona rural					
País	Puntaje	Var. pp	País	Puntaje	Var. pp
Alemania	100	➡ 0,0%	República Eslovaca	100	➡ 0,0%
Australia	100	➡ 0,0%	Suiza	100	➡ 0,0%
Austria	100	➡ 0,0%	Lituania	98	↑ 6,3%
Bélgica	100	➡ 0,0%	Suecia	98	➡ 0,0%
Dinamarca	100	➡ 0,0%	Costa Rica	98	SR
España	100	↑ 1,3%	Canadá	92	➡ 0,0%
Estados Unidos	100	↑ 0,3%	Letonia	92	➡ 0,0%
Estonia	100	↑ 4,4%	República Checa	92	↑ 0,8%
Finlandia	100	➡ 0,0%	Irlanda	89	➡ 0,0%
Francia	100	➡ 0,0%	Portugal	88	➡ 0,0%
Grecia	100	➡ 0,0%	México	86	➡ 0,0%
Hungría	100	↑ 12,4%	Turquía	70	↓ -1,6%
Islandia	100	➡ 0,0%	Chile	65	↓ -6,4%
Israel	100	↑ 0,9%	Colombia	11	↑ 79,6%
Luxemburgo	100	↑ 3,6%	Polonia	0	↓ -18,3%
Noruega	100	➡ 0,0%	Corea	SD	SR
Nueva Zelanda	100	➡ 0,0%	Eslovenia	SD	SD
Países Bajos	100	➡ 0,0%	Italia	SD	SD
Reino Unido	100	➡ 0,0%	Japón	SD	SD

***SR:** Sin referencia o dato anterior. **Nota:** la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: **verde:** mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. **Amarillo:** no se evidencia cambio. **Rojo:** desmejora en comparación con el valor previo. **pp:** variación en puntos porcentuales

Tabla 2. Puntaje de Cobertura de agua potable en zonas rurales de países OCDE. Fuente: JMP.

Servicio básico de agua potable en zona urbana

De acuerdo con el informe Progresos en materia de agua potable, saneamiento e higiene en los hogares 2000-2024 de la OMS y Unicef, la población mundial se ha incrementado aproximadamente en un 32% a partir del 2020, de la cual cerca de una cuarta parte alcanzó el

acceso a agua potable, sin embargo, dicho acceso se ha presentado de forma desigual.

De los 38 países analizados, 22 reportan una cobertura del 100 % en el acceso básico a agua potable en zonas urbanas, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Programa de Conjunto de Monitoreo de la OMS y

Unicef. Dicho parámetro de acceso básico está definido como el uso de fuentes mejoradas de agua potable disponibles en el lugar de residencia, con una frecuencia suficiente y sin riesgo de contaminación.

Según el mismo informe en el mundo, cerca de 1.500 millones de personas pertenecientes a las áreas urbanas acceden a servicios de agua gestionados de forma segura y aproximadamente 273 millones tienen acceso a servicios básicos de los cuales no se alcanza seguridad plena, con una reducción del 11% de la población que usa fuentes mejoradas y del 44% de aquella que usa aguas superficiales.

En los datos analizados para el presente índice se observa una variación mínima en la cobertura de agua potable en zona urbana con respecto al Índice AVS 2022, entre esos pocos cambios se destaca Colombia con el aumento de 19,4 puntos porcentuales (pp), Hungría con el aumento de 6 pp y Estados Unidos con 2,5 pp de incremento. En contraste, Polonia, Turquía e Irlanda, disminuyeron la proporción de cobertura con respecto al anterior reporte lo que también los ubica con los resultados más desfavorables del grupo (ver tabla 3). Con lo anterior se evidencia un buen comportamiento del grupo en servicio básico de agua potable en zona urbana (fuentes mejoradas, disponibles e in situ).

Valor normalizado del servicio básico de agua potable en zona urbana					
País	Puntaje	Var. pp	País	Puntaje	Var. pp
Alemania	100	➡ 0,0%	Países Bajos	100	➡ 0,0%
Australia	100	⬆ 1,0%	Portugal	100	⬆ 3,2%
Austria	100	➡ 0,0%	Reino Unido	100	➡ 0,0%
Bélgica	100	➡ 0,0%	Suiza	100	➡ 0,0%
Corea	100	⬆ 0,8%	Colombia	98	⬆ 19,4%
Dinamarca	100	➡ 0,0%	España	98	⬆ 0,1%
Estados Unidos	100	⬆ 2,5%	Italia	98	⬆ 4,1%
Estonia	100	➡ 0,0%	Chile	95	⬆ 1,0%
Finlandia	100	➡ 0,0%	Suecia	95	➡ 0,0%
Francia	100	⬆ 0,4%	Costa Rica	95	SR
Grecia	100	➡ 0,0%	Eslovenia	91	⬆ 1,3%
Hungría	100	⬆ 6,0%	República Eslovaca	91	➡ 0,0%
Islandia	100	➡ 0,0%	Japón	82	⬆ 0,6%
Israel	100	⬆ 0,7%	Letonia	75	➡ 0,0%
Lituania	100	⬆ 0,7%	República Checa	70	⬆ 0,7%
Luxemburgo	100	⬆ 0,3%	Canadá	61	⬇ -1,0%
México	100	➡ 0,0%	Irlanda	23	⬇ -0,4%
Noruega	100	➡ 0,0%	Turquía	18	⬇ -0,9%
Nueva Zelanda	100	➡ 0,0%	Polonia	0	⬇ -4,3%

***SR:** Sin referencia o dato anterior. **Nota:** la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: **verde:** mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. **Amarillo:** no se evidencia cambio. **Rojo:** desmejora en comparación con el valor previo. **pp:** variación en puntos porcentuales

Tabla 3. Puntaje de Cobertura de agua potable en zonas urbanas de países OCDE. Variación con respecto al Índice AVS 2022. Fuente: JMP

Acceso a servicio básico de saneamiento en el área rural

El servicio de saneamiento se refiere a la disposición segura y adecuada de las excretas y aguas residuales, y se clasifica según el nivel de servicio disponible. De acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), existen cinco niveles de servicio que van desde la práctica de la defecación al aire libre (la forma más irregular) hasta servicios que dependen de sistemas tecnológicos que garantizan la recolección, tratamiento y disposición final de los residuos de manera eficiente y segura.

La clasificación establecida por las Naciones Unidas (UN) es la siguiente (2):

- 1.** Gestionado de forma segura. Uso de instalaciones mejoradas que no se comparten con otros hogares y donde los excrementos se eliminan de forma segura in situ o se retiran y tratan fuera del sitio.
- 2.** Básico. Uso de instalaciones mejoradas que no se comparten con otros hogares.
- 3.** Limitado. Uso de instalaciones mejoradas que se comparten con otros hogares.
- 4.** No mejorado. Uso de letrinas de pozo sin losa ni plataforma, letrinas colgantes o letrinas de cubo.
- 5.** Defecación al aire libre. Eliminación de heces humanas en campos, bosques, arbustos, cuerpos de agua abiertos, playas u otros lugares abiertos, o con desechos sólidos.

Este indicador se configura como uno de los determinantes más relevantes para prevención de enfermedades infecciosas y del que afortunadamente el más reciente reporte de la JMP notifica para 2024 un aumento de servicios de saneamiento gestionados de forma segura, en más del doble del valor reportado en 2020. De forma paralela la proporción de población que practica la eliminación de excretas al aire libre disminuyó en aproximadamente un 73% respecto al mismo año, lo que representa un avance importante en términos de salud pública y equidad territorial en el mundo.

En las áreas rurales del mundo analizadas por la JMP, el resultado es muy positivo teniendo en cuenta que la cobertura de los servicios gestionados de forma segura se triplicó y la básica aumentó en un 34%, mientras que en estas áreas rurales la defecación al aire libre disminuyó en 3 cuartas partes, situación que debe seguirse gestionando ya que según el último reporte, 9 de cada 10 personas realizan esta práctica.

En el grupo de países miembros de la OCDE, existe una variación notable en el reporte de datos sobre acceso a servicios básicos de saneamiento en áreas rurales. Específicamente, cuatro países (Australia, Japón, Eslovenia y Corea) no presentan información en esta categoría, lo que limita la comparabilidad completa entre naciones.

A pesar de estas ausencias, el desempeño general del indicador es positivo, con un promedio de cobertura del 98% para servicios básicos de saneamiento en las zonas rurales de los países reportantes. Destacan Austria, Chile, España, Irlanda y Nueva Zelanda, quienes lideran el grupo al alcanzar una cobertura total del 100% en este aspecto.

En contraste, algunas naciones muestran cifras inferiores. Letonia reporta una cobertura del 85%, Colombia del 87% y México del 89%. El resto de los países que presentan cobertura por debajo del 92% también quedan rezagados respecto al promedio general, mientras que la mayoría supera este umbral (ver tabla 4).

Por otra parte, es relevante señalar que el 50% de los países reflejaron una mejoría en el indicador, incrementando las coberturas reportadas en la edición anterior. El 28,9% de los países mantuvo sus cifras, sin registrar cambios en el acceso a servicios básicos de saneamiento rural. Finalmente, solo 2 naciones experimentaron una leve disminución respecto al informe previo, lo que evidencia un avance sostenido en la mayoría de los países analizados en cuanto al acceso a estos servicios esenciales.

Valor normalizado del servicio básico de alcantarillado en zona rural					
País	Puntaje	Var. Pp	País	Puntaje	Var. Pp
Austria	100	↑ 0,8%	Luxemburgo	93	↑ 9,6%
Chile	100	➡ 0,0%	Suecia	93	↑ 8,3%
España	100	➡ 0,0%	Canadá	92	↑ 14,7%
Islandia	100	➡ 0,0%	Hungría	91	↑ 17,9%
Nueva Zelanda	100	➡ 0,0%	Estados Unidos	89	↓ -0,5%

Valor normalizado del servicio básico de alcantarillado en zona rural					
País	Puntaje	Var. Pp	País	Puntaje	Var. Pp
Italia	99	▲ 5,6%	Noruega	89	➡ 0,0%
Países Bajos	99	▲ 2,4%	Grecia	87	➡ 0,0%
Portugal	99	➡ 0,0%	Costa Rica	87	SR
Suiza	99	▲ 1,0%	Turquía	81	▲ 17,3%
Bélgica	97	➡ 0,0%	República Eslovaca	75	▲ 21,2%
Dinamarca	97	➡ 0,0%	Irlanda	55	▲ 20,2%
Finlandia	97	➡ 0,0%	Lituania	54	▲ 6,9%
Reino Unido	97	▲ 5,9%	México	28	▲ 3,2%
República Checa	96	▲ 0,2%	Colombia	15	▲ 2,7%
Estonia	95	➡ 0,0%	Letonia	0	▲ 0,7%
Polonia	95	↓ -0,8%	Corea	SD	SD
Alemania	93	▲ 7,4%	Eslovenia	SD	SD
Francia	93	➡ 0,0%	Japón	SD	SD
Israel	93	▲ 6,2%	Australia	SD	SD

***SR:** Sin referencia o dato anterior. **Nota:** la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: **verde:** mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. **Amarillo:** no se evidencia cambio. **Rojo:** desmejora en comparación con el valor previo. **pp:** variación en puntos porcentuales

Tabla 4. Puntaje de cobertura de alcantarillado en zona rural. Fuente: JMP

Acceso a servicio básico de saneamiento en el área urbana

Las áreas rurales del mundo han sido históricamente las más afectadas en términos de acceso a servicios básicos, con variaciones en la magnitud del impacto según el país. Las condiciones geográficas, junto con múltiples determinantes sociales, económicos y estructurales, constituyen las causas más relevantes de esta desigualdad.

De acuerdo con la OMS, para 2022 tan solo cerca del 57% de la población mundial contaba con acceso a un servicio de saneamiento gestionado de forma segura, mientras que 44% de aguas residuales fueron vertidas sin tratamiento. Estas cifras generan preocupación ante la comunidad internacional debido a sus consecuencias documentadas ampliamente por los servicios de salud pública. Se estima que mueren cerca de 1,4 millones de personas anualmente por causas relacionadas con la falta de agua potable, saneamiento e higiene, siendo los niños menores de 5 años los principales afectados (3).

Según el último informe de la JMP la cobertura de servicios gestionados de forma segura pasó de 48% a

66% y un aproximado de 242 millones de personas llegaron a obtener por primera vez acceso a servicios básicos. De forma paralela, se observó una importante disminución del 41% en el uso de instalaciones no mejoradas, así como una casi eliminación de la práctica de defecación al aire libre en las áreas urbanas, la cual se encuentra calculada por debajo del 1%.

Al revisar los datos recopilados del grupo de países que conforman la OCDE, se evidencia que Australia, Austria, Chile, Israel y Nueva Zelanda se posicionan como líderes en el acceso a servicios básicos de saneamiento, alcanzando un indicador del 100%. Esta cifra refleja la excelencia y continuidad en la gestión de dichos servicios por parte de estos países.

La variabilidad entre los datos reportados por los países miembros es considerablemente baja, situándose en un rango que va del 87,8% al 100%. Esto indica que, en general, los países mantienen estándares altos en la cobertura de saneamiento básico urbano (ver tabla 5).

Por otro lado, se identifican aquellos países con menor desempeño dentro del grupo. Irlanda presenta la

cifra más baja con un 87,8%, seguida por México con 93,8% y Letonia con 96%. Estas naciones muestran rezago respecto a los líderes del grupo, aunque continúan dentro de un nivel aceptable de cobertura.

En cuanto a la evolución de los indicadores, la mitad de los países de la OCDE mantuvieron el mismo porcen-

taje de cobertura reportado en 2022, lo que refleja estabilidad en sus cifras. Además, el 44,7% de los países logró mejorar su indicador en el periodo evaluado, lo que evidencia avances positivos en la gestión de estos servicios. Solo un país del grupo registró una leve disminución en su indicador, lo que constituye una excepción dentro de la tendencia general de mejora o mantenimiento.

Valor normalizado del servicio básico de alcantarillado en zona urbana					
País	Puntaje	Var. Pp	País	Puntaje	Var. Pp
Australia	100	▲ 25,7%	Reino Unido	92	► 0,0%
Austria	100	► 0,0%	Estonia	91	► 0,0%
Chile	100	▲ 18,6%	Costa Rica	91	SR
Israel	100	▲ 4,9%	Polonia	90	▲ 5,0%
Nueva Zelanda	100	► 0,0%	Canadá	89	▲ 14,2%
España	99	► 0,0%	Colombia	89	▲ 19,4%
Estados Unidos	99	▲ 2,6%	Francia	89	► 0,0%
Italia	99	▲ 3,5%	Islandia	89	► 0,0%
Japón	99	▲ 18,5%	República Eslovaca	89	▲ 10,8%
Suiza	99	► 0,0%	Suecia	89	▲ 3,2%
Turquía	99	▲ 21,9%	Eslovenia	86	▲ 26,8%
Corea	98	► 0,0%	Noruega	84	► 0,0%
Dinamarca	97	► 0,0%	Lituania	83	► 0,0%
Portugal	97	▲ 6,9%	Hungría	82	▲ 7,3%
Bélgica	96	► 0,0%	Luxemburgo	80	► 0,0%
Finlandia	95	► 0,0%	Países Bajos	80	► 0,0%
Alemania	94	► 0,0%	Letonia	67	► 0,0%
Grecia	93	▲ 1,9%	México	49	▲ 34,1%
República Checa	93	► 0,0%	Irlanda	0	▼ -0,8%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: verde: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. Amarillo: no se evidencia cambio. Rojo: desmejora en comparación con el valor previo. pp: variación en puntos porcentuales

Tabla 5. Puntaje de cobertura de alcantarillado en zona urbana. Fuente: JMP

Accidentalidad por transporte terrestre

Indicador que permite medir el número de accidentes de tránsito en transporte terrestre por cada 100.000 habitantes y que de forma indirecta mide las políticas públicas en seguridad vial de cada país.

Los accidentes de tránsito se constituyen como una problemática en salud pública, dado el impacto socio

económico, pero sobre todo sanitario que tiene en cada comunidad. Las secuelas generadas por los accidentes de tránsito trascienden no solo a nivel personal, también afectan de forma importante la economía de un país, de acuerdo con la OPS los accidentes viales le cuestan a cada país cerca del 3% del PIB (4).

Si bien los últimos reportes mundiales evidencian una disminución en la fatalidad de los accidentes, sigue sien-

do la accidentalidad por transporte terrestre la que genera mayor impacto en la carga mundial de mortalidad por todos los tipos de accidentes de tránsito. De acuerdo con el último reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los accidentes de tránsito que se presentan cada año, cerca de 20 a 50 millones registran lesiones no mortales pero que pueden generar algún grado de discapacidad. En paralelo enuncia que de los actores viales de este tipo de siniestros, los vehículos motorizados de 2 ruedas representan el 30% de la mortalidad por esta causa, seguido por vehículos de 4 ruedas (25%), peatones (21%), un grupo clasificado como otros (19%) y ciclistas (5%) (5).

En este capítulo no se profundizará en las causas específicas que cada país reporta como factores de riesgo, sino que se analizará dentro del grupo de 38 países

miembros de la OCDE, cuáles han logrado una gestión más efectiva de la seguridad vial, con el fin de identificar y considerar las experiencias exitosas documentadas.

En la revisión del grupo de 38 países que constituyen la OCDE, se observa que el 60,5% de ellos desmejoró las cifras reportadas respecto al último análisis realizado en la versión anterior del Índice AVS. Los cambios más drásticos se registraron en Países Bajos y México, el primero pasó de tener una tasa de accidentalidad de 22 x 100.000 hab. a una tasa de 114,3, mientras el segundo pasó de 5,2 accidentes por cada 100 mil habitantes a una tasa de 70,4. Estados Unidos, aunque disminuyó la tasa de accidentalidad sigue siendo el país con el indicador más elevado del grupo de la OCDE (ver tabla 6).

Valor normalizado de la tasa de accidentalidad de transporte terrestre					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Dinamarca	100	▲ 15,9%	República Checa	77	▲ 0,2%
Colombia	97	▼ -33,4%	Letonia	76	▼ -0,5%
Polonia	97	▲ 6,3%	Suiza	71	▼ -5,7%
Finlandia	96	▼ -0,6%	España	68	▼ -34,0%
México	96	▼ -1253,5%	Chile	67	▼ -25,2%
Noruega	95	▲ 2,6%	Islandia	65	▲ 5,2%
Francia	92	▼ -0,3%	Japón	65	▼ -1,6%
República Eslovaca	92	▲ 0,4%	Turquía	58	▼ -4,8%
Lituania	90	▲ 2,5%	Eslovenia	57	▼ -13,5%
Países Bajos	90	▼ -420,2%	Canadá	53	▼ -41,6%
Grecia	89	▼ -3,4%	Italia	52	▼ -10,8%
Estonia	86	▼ -6,9%	Alemania	51	▲ 0,1%
Irlanda	86	▼ -27,7%	Bélgica	50	▼ -9,6%
Australia	85	▲ 3,0%	Costa Rica	50	SR
Suecia	85	▲ 3,7%	Portugal	49	▼ -23,2%
Israel	84	▲ 25,6%	Austria	39	▼ -4,7%
Luxemburgo	79	▲ 3,2%	Corea	29	▲ 3,1%
Hungría	77	▼ -8,7%	Nueva Zelanda	6	▼ -174,6%
Reino Unido	77	▼ -16,2%	Estados Unidos	0	▲ 9,5%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: verde: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. Amarillo: no se evidencia cambio. Rojo: desmejora en comparación con el valor previo.

Tabla 6. Puntajes normalizados de la tasa de accidentalidad en transporte terrestre para el grupo de la OCDE.

Fuente: OCDE

En los países que registraron descensos marcados en las cifras reportadas se encuentra a Israel que pasó de tener 212,2 accidentes por cada 100.000 hab. a 157,8 y a Dinamarca que pasó de 52,9 a 44,5 accidentes x cada 100.000 hab., Colombia por su parte aumentó el indicador registrado anteriormente pasando de 47,5 a 63,4 accidentes por cada 100.000 hab. El mejor resultado del grupo lo registra Dinamarca que pasó de tener 64 puntos en la tabla a liderarla con 100 puntos.

En Dinamarca se destacan políticas como la de visión cero que consiste en un plan internacional que muchos países adoptaron y adaptaron a sus necesidades, en Dinamarca se ejecutó de tal forma que se dio prioridad a peatones, ciclistas y motociclistas, además de la implementación de límites de velocidad especialmente en áreas urbanas (30 – 50km/h), programas escolares de formación vial desde edad temprana, campañas de sensibilización en convivencia vial, respeto al peatón y conducción responsable, reinversión en el diseño urbano especialmente para infraestructura ciclista, entre otras tantas que se adaptan a cada época del año (6).

DIMENSIÓN TALENTO HUMANO EN SALUD

El talento humano en salud se constituye como uno de los pilares fundamentales para la operación y sostenibilidad de un sistema sanitario. La disponibilidad de cada uno de los perfiles profesionales, técnicos y tecnólogos son indispensables para brindar una cobertura de atención efectiva. Desafortunadamente para los perfiles técnicos y tecnólogos no hay suficiente información a nivel internacional, por lo que en este capítulo se analiza la densidad de médicos y enfermeras (en conjunto), odontólogos, farmacéuticos y fisioterapeutas, ya que se cuenta con disponibilidad de información en todos los países del grupo de la OCDE.

Densidad de médicos y enfermeras

El personal médico y de enfermería constituye la columna vertebral del sistema de salud. Sin dejar de lado to-

das las otras profesiones que conforman el sistema sanitario, son quienes agrupan la mayor proporción de personas, especialmente aquellas que brindan la primera atención o actúan antes de la derivación a otras especialidades.

La densidad de estas 2 profesiones en cada país sirve para medir de forma indirecta las condiciones de entrada a cualquier sistema de salud y la capacidad de atención frente a las necesidades específicas de cada población. El seguimiento a este indicador es importante para la orientación de políticas públicas y la planificación de la oferta tanto operativa como formativa, con el fin de garantizar atenciones más oportunas y de calidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la densidad mínima recomendada de profesionales de salud entre médicos, enfermeras y parteras debe ubicarse en al menos 44,5 por cada 10.000 habitantes. Esta meta se considera imprescindible para lograr la cobertura universal en salud, además de asegurar una adecuada atención que estimularía la reducción de las brechas de acceso a servicios, especialmente en ámbitos rurales y dispersos (7).

En el grupo de países analizado, se observa que el 60,5 % mejoró el indicador en comparación con la revisión realizada en la edición anterior del índice. Dinamarca, Chile, Turquía y Estados Unidos destacan como los países con mayor recuperación. En contraste, el 34,2 % presentó una disminución en los valores estimados por la OMS, siendo Israel, Finlandia y Hungría los que registraron las caídas más pronunciadas (ver tabla 7).

Colombia, por su parte, aunque incrementó el valor del indicador al pasar de 37,8 a 40,8 profesionales por cada 10.000 habitantes, continúa siendo el país con la cifra más baja del grupo. Le siguen Turquía, México, Costa Rica, Letonia, Chile, Hungría, Israel, República Eslovaca y Polonia. El resto de los países incluidos en el análisis supera los 100 profesionales de la salud (médicos, enfermeras y parteras) por cada 10.000 habitantes.

Valor normalizado de la densidad de médicos y enfermeras por 10.000 hab.					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Bélgica	100	⬇ -7,7%	República Checa	49	⬆ 4,7%
Suiza	99	⬆ 0,7%	Reino Unido	44	⬆ 8,1%
Noruega	87	⬇ -11,1%	Francia	42	⬇ -15,7%
Islandia	80	⬇ -3,7%	Lituania	41	⬇ -16,8%
Dinamarca	79	⬆ 32,3%	Corea	40	⬆ 7,7%

Valor normalizado de la densidad de médicos y enfermeras por 10.000 hab.					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Irlanda	70	⬇ -7,8%	Italia	35	⬆ 6,4%
Estados Unidos	70	⬆ 19,6%	España	33	⬇ -2,2%
Australia	67	⬆ 2,6%	Grecia	33	⬆ 9,0%
Finlandia	65	⬇ -36,2%	Estonia	31	⬆ 2,0%
Alemania	65	⬆ 0,0%	Polonia	28	⬇ -4,9%
Austria	65	⬆ 4,0%	República Eslovaca	28	⬆ 1,7%
Países Bajos	60	⬆ 0,0%	Israel	26	⬇ -37,5%
Suecia	59	⬇ -2,9%	Hungría	25	⬇ -29,1%
Japón	59	⬆ 4,5%	Chile	19	⬆ 22,2%
Nueva Zelanda	57	⬆ 7,0%	Letonia	18	⬇ -0,1%
Luxemburgo	56	⬆ 0,0%	Costa Rica	9	SR
Canadá	51	➡ 0,6%	México	8	⬆ 6,5%
Eslovenia	51	⬆ 0,1%	Turquía	6	⬆ 19,9%
Portugal	49	⬆ 6,7%	Colombia	0	⬆ 7,7%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: verde: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. Amarillo: no se evidencia cambio. Rojo: desmejoría en comparación con el valor previo.

Tabla 7. Puntaje de densidad de médicos y enfermeras por cada 10.000 hab. Fuente: OMS

Según informe de la OMS, en América Latina y el Caribe más del 66% de sus países se encuentran lejos de la meta determinada para 2030, proponiendo 5 políticas que pueden ayudar a los países en su objetivo (7):

1. Fortalecer la gobernanza e impulsar políticas y planes nacionales de recursos humanos para la salud.
2. Desarrollar y consolidar los mecanismos regulatorios relacionados con los recursos humanos para la salud.
3. Fortalecer la conformación e integración de equipos interprofesionales en las redes integradas de servicios de salud basados en la atención primaria de salud.
4. Potenciar el desarrollo y fortalecer las capacidades del personal de salud para abordar las prioridades de salud de las poblaciones y para la preparación y respuesta frente a las emergencias de salud pública.
5. Promover condiciones de trabajo decente y la protección física y mental de los trabajadores de salud, además de una dotación adecuada de recursos humanos para la salud mediante el financiamiento y la regulación.

Densidad de odontólogos

La salud bucal es considerada como una parte fundamental de la salud integral, por lo tanto, los odontólogos

desempeñan un papel indispensable en la promoción y prevención de enfermedades, que pueden llegar a convertirse en crónicas de no tener una debida atención.

Enfermedades como caries o periodontitis se asocian a patologías sistémicas como la diabetes y enfermedades cardiovasculares, además de generar serias complicaciones en el embarazo y afectar el estado nutricional de las personas (8). Una atención oportuna permite identificar signos y síntomas tempranos de estas enfermedades, brindando un umbral adecuado de intervención.

De acuerdo con la OMS, para alcanzar las metas de acceso y equidad en salud, la densidad de odontólogos se debe encontrar en por lo menos 8,2 profesionales por 10.000 hab. En el grupo de países de la OCDE, son Chile y Lituania los que presentan los mejores valores, cercanos a 17 odontólogos por cada 10.000 hab., a estos le siguen Grecia, Portugal, Bélgica, Polonia, Costa Rica, Estonia, Luxemburgo, Finlandia, Italia, Noruega, Colombia, Alemania, Israel, todos por encima de la meta propuesta por la OMS (ver tabla 8).

En contraste, son México, Suiza, Irlanda, Reino Unido y Turquía, los países que registran los valores más bajos del grupo.

Densidad de odontólogos por 10.000 hab.					
País	Puntaje	Valor br.	País	Puntaje	Valor br.
Chile	100	16,8	Eslovenia	40	7,4
Lituania	100	16,7	República Checa	40	7,4
Grecia	78	13,3	Dinamarca	38	7,2
Portugal	70	12,0	Letonia	38	7,1
Bélgica	68	11,8	Francia	36	6,8
Polonia	65	11,3	Canadá	34	6,6
Costa Rica	62	10,9	Australia	34	6,5
Estonia	58	10,2	Austria	32	6,2
Luxemburgo	55	9,7	Estados Unidos	32	6,2
Finlandia	54	9,7	España	31	6,0
Italia	50	8,9	Países Bajos	29	5,7
Noruega	49	8,8	República Eslovaca	28	5,5
Colombia	48	8,7	Corea	27	5,4
Alemania	47	8,5	Nueva Zelanda	25	5,1
Israel	47	8,5	Turquía	24	5,0
Japón	45	8,1	Reino Unido	24	5,0
Suecia	42	7,7	Irlanda	22	4,6
Islandia	42	7,7	Suiza	18	4,1
Hungría	40	7,5	México	0	1,2

*SR: Sin referencia o dato anterior.

Tabla 8. Puntaje de densidad de odontólogos en los países del grupo de la OCDE. Fuente: OMS

Densidad de Farmaceúticos

El rol de los farmacéuticos en la sociedad es esencial para garantizar el uso adecuado de los medicamentos disponibles en el mercado. Estos profesionales tienen la responsabilidad de orientar y educar a la población sobre aspectos clave como la dosificación, las interacciones farmacológicas, los efectos adversos y la adherencia terapéutica, con una acción directa en la relación paciente-medicamento.

Además, los farmacéuticos desempeñan funciones estratégicas en toda la cadena de gestión de medicamentos y dispositivos médicos, desde su fabricación y almacenamiento, hasta la distribución y dispensación. No obstante, en la práctica, esta profesión no siempre ha recibido el reconocimiento proporcional a su potencial de impacto en áreas críticas como el uso racional de antibióticos y el fortalecimiento de la adherencia terapéutica.

De acuerdo con la OMS, se estima que es necesaria una cantidad mínima de 9,4 farmacéuticos por cada 10.000 hab., para brindar una cobertura efectiva (7). En el conjunto de países que integran la OCDE, se registra un promedio de 9 farmaceúticos por cada 10.000 habitantes. Sin embargo, países como Bélgica, Finlandia y Japón superan los 20 por cada 10.000 habitantes en contextos de sistemas de salud altamente desarrollados y poblaciones con elevados niveles de longevidad. En contraste, las densidades más bajas se observan en México, Colombia, Noruega y Turquía, lo que evidencia disparidades significativas en la disponibilidad de este recurso humano clave para la salud pública (ver tabla 9).

Densidad de farmaceutas por 10.000 hab.					
País	Puntaje	Valor br.	País	Puntaje	Valor br.
Bélgica	100	21,0	República Eslovaca	39	8,5
Finlandia	96	20,3	Israel	38	8,2
Japón	96	20,2	Corea	37	8,1
Italia	64	13,6	Suecia	36	7,8
España	58	12,3	Austria	35	7,6
Lituania	58	12,3	Chile	33	7,3
Costa Rica	56	12,1	Eslovenia	33	7,4
Estados Unidos	53	11,4	República Checa	33	7,2
Canadá	52	11,2	Estonia	32	7,1
Islandia	51	10,9	Luxemburgo	32	7,0
Grecia	50	10,8	Nueva Zelanda	32	7,1
Irlanda	50	10,8	Alemania	30	6,7
Polonia	49	10,6	Suiza	30	6,6
Portugal	47	10,1	Dinamarca	26	5,8
Australia	44	9,4	Turquía	20	4,6
Francia	42	9,1	Noruega	11	2,8
Reino Unido	41	9,0	Países Bajos	8	2,2
Hungría	39	8,4	Colombia	7	1,8
Letonia	39	8,6	Méjico	0	0,5

*SR: Sin referencia o dato anterior.

Tabla 9. Puntaje de densidad de farmaceutas por cada 10.000 hab. Fuente: OMS

Densidad de fisioterapeutas

En los sistemas de salud, la prevención suele centrarse en los niveles primario y secundario de atención, dejando en segundo plano la prevención terciaria, orientada a minimizar las secuelas físicas derivadas de enfermedades o eventos traumáticos. Esta fase es igualmente crucial, ya que incide directamente en la calidad de vida de las personas afectadas.

Es a través de la rehabilitación que realiza el personal especializado, en este caso las o los fisioterapeutas, que se reducen y previenen complicaciones asociadas a dichas secuelas, según la OMS: “La rehabilitación es una parte esencial de la cobertura universal de salud junto con la promoción de la buena salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento y los cuidados paliativos” (9). Por ello, este perfil profesional adquiere una relevancia estratégica dentro del sistema de salud, especialmente en contextos donde se incrementa la lon-

geidad, la prevalencia de enfermedades crónicas y los traumatismos por accidentes u otras causas.

Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) no ha establecido un estándar global sobre la densidad mínima de fisioterapeutas, reconoce que su número debe ajustarse a la proporción poblacional y al perfil epidemiológico de cada país.

En el análisis realizado a los países de la OCDE, la densidad más alta se estima en Alemania, seguida de Bélgica, Chile y Luxemburgo, todos con valores por encima de 20 fisioterapeutas x 10.000 hab. y que destacan por la densidad apropiada en otros perfiles de atención en salud (ver tabla 10).

Densidad de fisioterapeutas por 10.000 hab.					
País	Puntaje	Valor br.	País	Puntaje	Valor br.
Alemania	100	23,5	Polonia	38	9,6
Bélgica	94	22,1	República Checa	38	9,5
Chile	92	21,6	Corea	36	9,1
Luxemburgo	85	20,1	Estados Unidos	36	9,0
Países Bajos	84	19,8	Eslovenia	31	7,9
Dinamarca	78	18,5	Lituania	29	7,5
Costa Rica	75	17,8	Colombia	28	7,2
Austria	74	17,7	Israel	28	7,2
Islandia	70	16,7	Canadá	27	7,1
Noruega	69	16,6	Hungría	26	6,7
Finlandia	68	16,4	Suiza	22	5,9
Francia	61	14,8	Letonia	19	5,3
Suecia	55	13,3	Japón	17	4,8
España	54	13,2	Reino Unido	17	4,8
Australia	49	12,0	Estonia	15	4,4
Nueva Zelanda	48	11,8	República Eslovaca	14	4,1
Irlanda	45	11,2	México	5	2,2
Italia	44	10,9	Portugal	2	1,4
Grecia	39	9,7	Turquía	0	1,0
*SR: Sin referencia o dato anterior.					

Tabla 10. Densidad de fisioterapeutas por cada 10.000 hab. Fuente: OMS

En el otro extremo de la tabla, se ubica Turquía, Portugal, México, República Eslovaca, Estonia, Reino Unido, Japón, Letonia y Suiza, con densidades por debajo de 6 profesionales en fisioterapia por cada 10.000 hab.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que una mayor densidad de fisioterapeutas se asocia con menores niveles de discapacidad y con una recuperación más rápida tras eventos como accidentes de tránsito. En este sentido, resulta prioritario considerar el fortalecimiento de la oferta de profesionales en fisioterapia, especialmente ante el creciente envejecimiento poblacional que se registra a nivel global.

DIMENSIÓN SITUACIÓN EN SALUD

La situación de salud es un concepto que abarca de manera integral el estado de bienestar físico, mental y social de la población. En este capítulo, el análisis no se centra en la totalidad de los eventos sanitarios, sino en

dos indicadores específicos de alta relevancia epidemiológica y potencial preventivo: la sífilis congénita y el cáncer de cuello uterino. Ambos permiten evaluar la capacidad del sistema sanitario para implementar acciones oportunas de prevención, detección y control.

El estudio comparativo de estos indicadores en el grupo de países que conforman la OCDE permite visibilizar desigualdades en el desempeño sanitario, así como identificar experiencias exitosas en aquellos países que han logrado mantener sus tasas por debajo de los niveles esperados, reflejando una gestión preventiva eficaz.

Sífilis Congénita

La sífilis congénita es una infección de carácter multisistémico, provocada por la bacteria *Treponema pallidum*, que se transmite de la madre al feto a través de la placenta durante el embarazo. De acuerdo con datos de la OMS en 2022 se estimó que aproximadamente 8 millones de adultos contrajeron sífilis, se notificaron 700.000 casos de

sífilis congénita y se registraron 390 desenlaces adversos en recién nacidos. Estas cifras representan una alerta significativa en términos de salud materna y perinatal (10).

Cuando se detecta de manera oportuna, la sífilis congénita puede tratarse eficazmente con penicilina, lo que permite prevenir complicaciones graves y preservar la vida del recién nacido. Sin embargo, en ausencia de diagnóstico y tratamiento adecuados, el riesgo de mortalidad neonatal y otras secuelas severas se incrementa considerablemente (11).

La presencia de sífilis congénita es una alerta de la falla en los controles prenatales, oportunidad de acceso y continuidad en los servicios. Es probable que una materna reciba todas las indicaciones en sus primeros controles, pero lo que se observa en muchos de los casos es que dichas indicaciones no se llevan a cabo, por múltiples factores como deficiencias en el acceso dadas por brechas geográficas, económicas, estructurales del sistema o simple desconocimiento por parte de la paciente al no entender la importancia de lo recomendado, entre otras tantas.

El 39,5% de los países analizados en la OCDE gestionan de forma adecuada la salud de las mujeres en esta-

do de embarazo y por ende de los recién nacidos que son producto de esos cuidados, registrando cifras por debajo de 1 caso por cada 1.000 nacidos vivos.

En el grupo de países de la OCDE se resaltan países como Austria, Bélgica, Eslovenia, Finlandia, Francia, Islandia y Japón los cuales se han mantenido con un indicador en cero desde años atrás. Por otro lado, países como Letonia, República Checa y Suecia mejoraron sus indicadores, a pesar de que no conservaban cifras altas, descendieron hasta llegar a cero para la presente edición, adicionalmente Polonia y Suiza, aunque no llegaron a cero presentaron un descenso importante (ver tabla 11).

En contraste, el 63,2% de los países analizados presentaron un deterioro en sus indicadores respecto a los reportados en 2019. Entre los valores más desfavorables se encuentran Costa Rica (414,1 por cada 1.000 nacidos vivos), Colombia (267,3), Estados Unidos (105,8), México (43,5) y Chile (39,6), todos pertenecientes a la región de las Américas y ubicados en los últimos puestos de la tabla comparativa. De igual forma es importante prestar atención a los indicadores que tuvieron descensos superiores al 70% como Costa Rica, Hungría y Colombia y generar las alertas necesarias a los respectivos sistemas de salud.

Valor normalizado de la incidencia de Sífilis Congénita x 1000 nacidos vivos					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Austria	100	➡ 0,0%	Australia	100	⬇ -100,0%
Bélgica	100	➡ 0,0%	Dinamarca	100	⬇ -4,9%
Eslovenia	100	➡ 0,0%	Irlanda	100	⬇ -3,0\$
Estonia	100	➡ 0,0%	Grecia	99	⬇ -100,0%
Finlandia	100	➡ 0,0%	Israel	99	⬇ -100,0%
Francia	100	➡ 0,0%	Turquía	99	⬇ -24,2%
Islandia	100	➡ 0,0%	Lituania	99	⬇ -100,0%
Japón	100	➡ 0,0%	Corea	99	⬇ -100,0%
Letonia	100	⬆ 100,0%	República Eslovaca	98	⬇ -357,2%
Noruega	100	➡ 0,0%	Nueva Zelanda	98	⬇ -100,0%
Países Bajos	100	➡ 0,0%	Canadá	96	⬇ -10,5%
República Checa	100	⬆ 100,0%	Hungría	96	⬇ -360,6%
Suecia	100	⬆ 100,0%	Portugal	96	⬇ -8,8%
Reino Unido	100	⬇ -100,0%	Luxemburgo	92	⬇ -100,0%
Alemania	100	⬇ -10,3%	Chile	90	⬇ -74,1%
Polonia	100	⬆ 8,8%	México	89	⬇ -68,1%
Suiza	100	⬆ 79,2%	Estados Unidos	74	⬇ -5,3%

Valor normalizado de la incidencia de Sífilis Congénita x 1000 nacidos vivos					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
España	100	⬇ -121,4%	Colombia	35	⬇ -76,9%
Italia	100	⬇ -66,3%	Costa Rica	0	⬇ -322,6%

SR: Sin referencia o dato anterior. **Nota:** la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: **verde:** mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. **Amarillo:** no se evidencia cambio. **Rojo:** desmejoría en comparación con el valor previo.

Tabla 11. Puntaje de incidencia de Sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos. Fuente: OMS

Las recomendaciones del organismo rector en salud a nivel mundial enfatizan la detección temprana y el tratamiento oportuno como estrategias centrales para avanzar hacia la eliminación de este evento.

Incidencia de Cáncer de Cuello Uterino

El cáncer de cuello uterino se cataloga a nivel global como el cuarto más común, para 2022 registró un aproximado de 660.000 casos nuevos, especialmente en países de ingresos bajos y medios. La estrategia mundial para la eliminación del evento propone como meta la disminución de casos a 4 o menos por cada 100.000 mujeres, adicional a 3 objetivos descritos como la meta 90-70-90 (12):

1. El 90% de las niñas se vacunan contra el VPH antes de los 15 años.
2. El 70% de las mujeres se sometieron a una prueba de alta calidad entre los 35 y 45 años.
3. El 90% de las mujeres con enfermedad cervical reciben tratamiento.

El cáncer de cuello uterino, cuando se identifica en etapas tempranas, es en gran medida tratable y curable. Sin embargo, en los países que registran las tasas más elevadas de mortalidad por esta causa, el principal

factor asociado es la detección tardía, atribuida tanto a barreras en el acceso a los servicios de salud como a la ausencia o insuficiencia de medidas preventivas (13). En Colombia, de acuerdo con el informe de la Cuenta de Alto Costo 2024, para el año inmediatamente anterior la oportunidad de atención del cáncer se encuentra en 59,1 días y la oportunidad de inicio de tratamiento a 24,7 días.

En el grupo de la OCDE, los países que están llegando a la meta propuesta por la OMS o que por lo menos se acercan son Suiza, Luxemburgo, Finlandia, Turquía y Nueva Zelanda, quienes ocupan los primeros lugares de la tabla con incidencias que oscilan entre 4,1 y 4,9. En contraste, con los desempeños más bajos se encuentran Letonia (incidencia más alta del grupo), Lituania, Colombia, México y República Eslovaca, los 3 primeros con cierto grado de mejoría con respecto a la última medición realizada en 2022.

Se observa que el 29% de los países registran aumento de su indicador, lo que traduce una disminución del desempeño. Por otro lado, se encuentra que el 63% de estos países disminuyó la incidencia del cáncer de cuello uterino en diferentes proporciones, destacándose Grecia (+31,3 %), Italia (+27,5 %) e Irlanda (+29,9 %), países con las más altas variaciones positivas (ver tabla 12).

Valor normalizado de la incidencia de Cáncer de Cuello Uterino					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Suiza	100	⬇ -20,6%	Reino Unido	73	⬆ 24,2%
Luxemburgo	98	⬆ 15,4%	República Checa	70	⬆ 14,0%
Finlandia	96	⬆ 11,5%	Corea	65	⬇ -6,2%
Turquía	95	➡ 0,0%	Suecia	65	⬆ 17,3%
Nueva Zelanda	94	⬆ 12,5%	Islandia	59	⬇ -13,3%
Italia	93	⬆ 27,5%	Dinamarca	56	⬆ 4,9%
Australia	91	⬆ 5,4%	Costa Rica	49	SR

Valor normalizado de la incidencia de Cáncer de Cuello Uterino					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
España	90	➡ 0,0%	Noruega	47	⬆ 9,2%
Grecia	89	⬆ 31,3%	Portugal	45	⬇ -3,7%
Austria	86	⬇ -11,3%	Chile	44	⬇ -1,8%
Israel	84	⬇ -26,5%	Polonia	44	⬆ 8,1%
Bélgica	83	⬆ 18,2%	Estonia	40	⬆ 36,2%
Estados Unidos	83	⬇ -1,6%	Hungría	34	⬆ 26,7%
Canadá	80	⬇ -20,0%	Japón	34	⬆ 17,8%
Francia	80	⬆ 5,7%	República Eslovaca	31	⬆ 22,3%
Países Bajos	80	⬆ 2,9%	México	29	⬇ -4,8%
Alemania	77	⬆ 6,6%	Colombia	25	⬆ 8,1%
Eslovenia	76	⬇ -7,5%	Lituania	25	⬆ 26,7%
Irlanda	73	⬆ 29,9%	Letonia	0	⬆ 8,2%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: verde: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. Amarillo: no se evidencia cambio. Rojo: desmejora en comparación con el valor previo.

Tabla 12. Puntaje de incidencia de cáncer de cérvix. Fuente: International Agency For Research On Cancer.

Para concluir, Es importante resaltar que la mayoría de los países se encuentran lejos de la meta propuesta por la OMS, situación por la cual se considera necesario atender a las recomendaciones realizadas por la misma entidad, que se reducen a implementar y/o fortalecer la estrategia 90-70-90, que sugiere mejorar las coberturas de vacunación de VPH, reduciendo barreras logísticas y económicas, fortalecer los programas de tamizaje y detección temprana y garantizar un tratamiento oportuno. Además de lo anterior es importante continuar con la vigilancia epidemiológica del evento para instaurar acciones basadas en la evidencia, lo que indirectamente permite también, evaluar el impacto de las estrategias o políticas instauradas.

DIMENSIÓN MACROECONÓMICA

El análisis de indicadores macroeconómicos permite entender el compromiso con el sistema de salud desde la parte financiera de cada país, ofreciendo una mirada estratégica del financiamiento en salud. En el presente acápite se analizan los indicadores de gasto corriente en salud per cápita ajustado por paridad de poder adquisitivo, el gasto corriente en salud como porcentaje del producto interno bruto y el gasto nacional en salud del gobierno general como proporción del gasto total del gobierno,

cifras que al revisarse comparativamente permiten identificar patrones de inversión o modelos de financiamiento que influyen en la efectividad de los sistemas de salud.

Preocupa la alerta emitida en el Informe anual de Financiación de la Salud Global en el que se resalta un déficit adicional debido a la propuesta de Estados Unidos en la que consideró cancelar los fondos previamente asignados y aprobados para la agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional (USAID) y el plan de emergencia del presidente de los Estados Unidos para el alivio del SIDA, entre otras iniciativas. Estos recortes de acuerdo con el informe son perjudiciales para la salud mundial especialmente para las poblaciones más vulnerables que dependen de esta asistencia financiera mundial ya que es crucial para los países o regiones con recursos limitados y una alta carga de morbilidad (14) ya que cada país involucrado tendría que acudir a los recursos propios para cubrir las actividades que se cubrían con dicha cooperación.

Gasto corriente en salud per cápita, PPA

El gasto corriente en salud per cápita en paridad de poder adquisitivo es una medida del gasto total en bienes y servicios de salud por persona ajustado a una moneda común y comparable internacionalmente.

Los países que evidencian mejor desempeño en el grupo analizado son Estados Unidos, Suiza y Noruega en los que su gasto corriente en salud per cápita oscila entre

9927 USD y 12434 USD (ver gráfico 1), valores que reflejan una asignación importante de recursos al sector salud.

Gasto corriente en salud per cápita, PPA

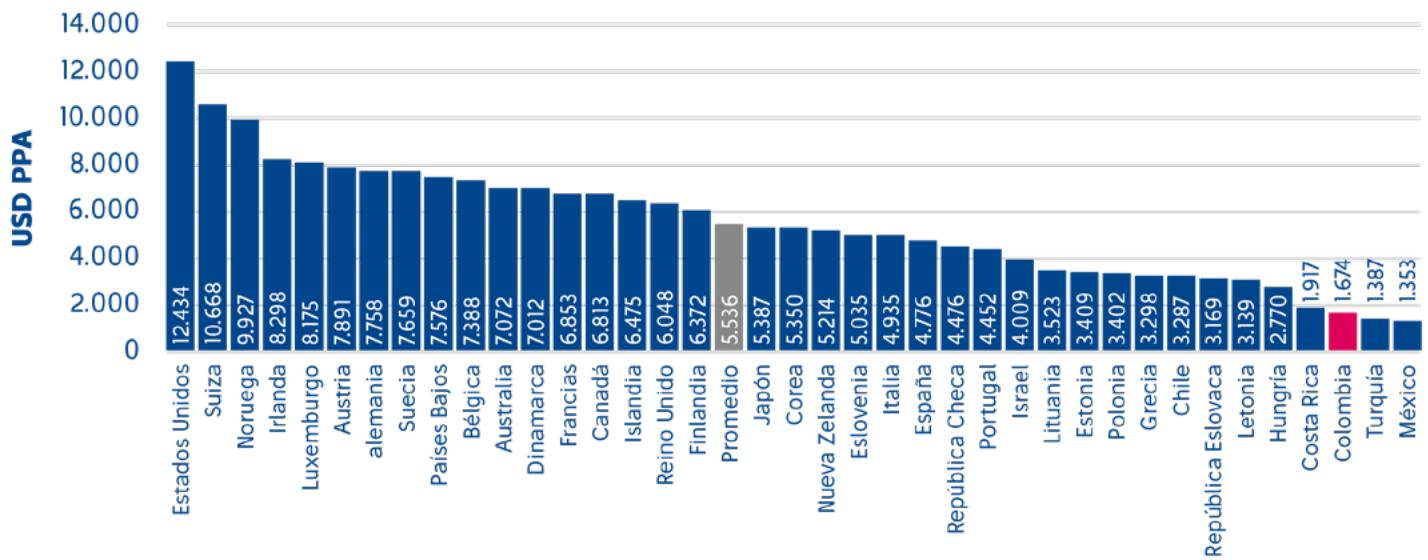


Gráfico 1. Puntaje de gasto corriente en salud per cápita en paridad de poder adquisitivo. Fuente: OCDE.

El 42% de los países del grupo registran valores de gasto corriente per cápita por debajo de 5000 USD y un 11% por debajo de 2000 USD, subgrupo que se encuentra al final de la tabla conformado por Costa Rica, Colombia, Turquía y México (ver tabla 13).

Con respecto a la edición anterior del índice, todos los países aumentaron los rubros destinados al gasto

corriente per cápita, siendo Polonia, Corea, República Eslovaca, Noruega, Chile, Letonia y Eslovenia los que aumentaron de manera más generosa este valor, todos por encima del 30% de aumento llegando incluso al 52,2%, siendo este el caso de Polonia.

Valor normalizado del gasto corriente en salud per cápita, PPA					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Estados Unidos	100	▲ 6,3%	Nueva Zelanda	35	▲ 15,6%
Suiza	84	▲ 25,6%	Eslovenia	33	▲ 33,7%
Noruega	77	▲ 38,5%	Italia	32	▲ 22,4%
Irlanda	63	▲ 24,6%	España	31	▲ 18,0%
Luxemburgo	62	▲ 19,5%	Portugal	28	▲ 23,5%
Austria	59	▲ 23,3%	República Checa	28	▲ 16,4%
Alemania	58	▲ 10,3%	Israel	24	▲ 16,0%

Valor normalizado del gasto corriente en salud per cápita, PPA					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Suecia	57	↑ 20,7%	Lituania	20	↑ 20,2%
Países Bajos	56	↑ 14,6%	Estonia	19	↑ 16,8%
Bélgica	54	↑ 25,6%	Grecia	18	↑ 24,3%
Australia	52	↑ 19,3%	Polonia	18	↑ 52,2%
Dinamarca	51	↑ 10,4%	Chile	17	↑ 35,5%
Francia	50	↑ 19,4%	Letonia	16	↑ 34,7%
Canadá	49	↑ 12,6%	República Eslovaca	16	↑ 39,7%
Islandia	46	↑ 27,0%	Hungría	13	↑ 15,0%
Reino Unido	45	↑ 14,2%	Costa Rica	5	SR
Finlandia	42	↑ 23,5%	Colombia	3	↑ 25,3%
Corea	36	↑ 41,5%	México	0	↑ 13,5%
Japón	36	↑ 16,4%	Turquía	0	↑ 10,0%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: verde: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. Amarillo: no se evidencia cambio. Rojo: desmejora en comparación con el valor previo.

Tabla 13. Puntaje de gasto corriente en salud per cápita, PPA. Fuente: OMS.

Cabe resaltar que una alta asignación financiera no siempre se traduce en mejores resultados en salud. El impacto real radica en el uso eficiente de los recursos, lo cual se refleja en mejoras estructurales, adecuada priorización, calidad de la atención, enfoque preventivo y sostenibilidad del sistema. En síntesis, es la eficiencia en la gestión del gasto lo que determina su efectividad.

Al momento de hablar de eficiencia del gasto, son múltiples las definiciones que se encuentran, pero como lo cita el artículo de Lam & Hernandez es un compendio de eficacia y eficiencia: “*grado en que un sistema de salud efectúa la máxima contribución a las metas sociales definidas -como disminuir la morbilidad y la mortalidad y alargar la vida de las personas- con los recursos disponibles. Un sistema de salud se considera eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario adecuado para la sociedad con un uso mínimo de recursos. Lograr eficiencia en salud, significa también alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles*” (15).

Gasto corriente en salud (% del PIB)

Este indicador mide la eficiencia del gasto en salud, al expresar el gasto corriente en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB). Muestra la proporción que representan el gasto público y privado en salud frente al PIB de un determinado país.

En el grupo de países analizados, el gasto corriente en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) presenta un promedio de 9,1%. Estados Unidos se mantiene como el país con mayor inversión relativa en salud, con un 16,5% de su PIB, aunque esta cifra representa una disminución frente al análisis realizado dos años atrás, cuando alcanzaba el 18,8%. Le siguen Francia, Alemania, Suiza, Japón y Canadá, todos con porcentajes superiores al 11%. Entre estos, Japón fue el único país que incrementó su gasto corriente en salud como proporción del PIB, con una variación positiva del 4,7%.

En el extremo inferior de la tabla se ubica Turquía, con el porcentaje más bajo (3,7%), cifra que también disminuyó respecto a 2022. Le siguen México (5,7%), Luxemburgo (5,8%), Irlanda (6,1%) y Hungría (6,4%). Los países restantes registran niveles superiores al 7% del PIB. En el caso de Colombia, el gasto corriente en salud representa el 7,7% de su Producto Interno Bruto (ver tabla 14).

Cabe destacar que solo el 21% de los países del grupo analizado mostró una mejoría en el resultado del indicador respecto a la edición anterior. Entre ellos, Corea se destaca por registrar la mayor variación positiva, con un incremento del 18,1% en su indicador. En contraste el 79% restante disminuyó su indicador en el que Noruega registra la mayor disminución en el gasto corriente en salud como porcentaje de su PIB, con una caída del 30,4%. Le

siguen Turquía, Colombia, Irlanda y Canadá, todos con reducciones superiores al 13% en este indicador.

Valor normalizado de la gasto corriente en salud (% del PIB)					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Estados Unidos	100	↓ -12,3%	Dinamarca	45	↓ -10,5%
Francia	64	↓ -2,6%	Islandia	41	↓ -5,9%
Suiza	63	↓ -0,8%	República Checa	38	↓ -7,6%
Alemania	63	↓ -8,0%	Italia	38	↓ -11,6%
Japón	60	↑ 4,7%	Grecia	37	↓ -10,6%
Canadá	59	↓ -13,3%	Noruega	33	↓ -30,4%
Suecia	56	↓ -4,3%	Letonia	31	↑ 2,4%
Austria	56	↓ -5,2%	República Eslovaca	31	↑ 6,9%
Reino Unido	56	↓ -9,2%	Colombia	31	↓ -14,5%
Bélgica	55	↓ -2,7%	Lituania	28	↓ -3,2%
Chile	50	↑ 3,5%	Israel	28	↓ -11,8%
Países Bajos	50	↓ -9,3%	Costa Rica	27	NR
Nueva Zelanda	49	↓ 0,0%	Estonia	26	↓ -9,9%
Portugal	49	↓ -5,2%	Polonia	26	↑ 7,9%
Australia	49	↓ -6,8%	Hungría	21	↓ -12,3%
Corea	48	↑ 18,1%	Irlanda	19	↓ -13,8%
Finlandia	47	↑ 0,5%	México	16	↓ -8,3%
España	47	↓ -9,1%	Luxemburgo	16	↑ 0,3%
Eslovenia	45	↓ -0,4%	Turquía	0	↓ -19,8%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: verde: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. Amarillo: no se evidencia cambio. Rojo: desmejora en comparación con el valor previo.

Tabla 14. Puntaje de gasto corriente en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto. Fuente: OMS

Gasto nacional en salud del gobierno general como % del gasto del gobierno general

Indicador macroeconómico que evidencia cuánto del presupuesto total del gobierno se destina específicamente al sector salud, por lo cual puede ser usado como una medida de la importancia del gasto en salud relativo a distintos gastos para un país dado. Este indicador también mide de forma indirecta la voluntad política y financiera identificando qué tan relevante es el gasto en salud frente a otros sectores de cada país.

En el grupo de países de la OCDE se puede observar que en promedio cada país determina un 16% de su gas-

to para la salud de su población, encontrando un rango superior de 25,8% identificado en Costa Rica a quien le sigue Estados Unidos, Japón, Irlanda, Reino Unido, Alemania y Australia todos con proporciones por encima del 20%, resaltando que todos aumentaron sus porcentajes de participación con respecto a la edición anterior excepto Costa Rica del cual no se tiene valor previo.

Entre los países con menor asignación al sector salud se encuentra Grecia con el valor más bajo del grupo de (8,7%), Hungría (9,9%) Turquía, México, Luxemburgo y Polonia.

A pesar de que la mayoría de los países aumentaron el porcentaje de los recursos asignados a salud, se ob-

serva que un 24% (n=9) de ellos desmejoraron sus cifras, siendo Colombia el que disminuyó de una forma más

drástica su designación presupuestal para salud pasando del 19,5% al 15,4% (ver tabla 15).

Valor normalizado del gasto nacional en salud del gobierno general como % del gasto del gobierno general					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Costa Rica	100	SR	Bélgica	38	⬇ -2,7%
Estados Unidos	94	⬇ -10,7%	España	38	⬇ -1,7%
Japón	86	⬇ -13,5%	Francia	38	⬇ -0,4%
Irlanda	80	⬇ -9,2%	Eslovenia	37	⬇ -11,9%
Reino Unido	70	⬇ -6,1%	Finlandia	36	⬇ -8,2%
Alemania	69	⬇ -3,4%	Portugal	36	⬇ -7,5%
Australia	67	⬇ -17,8%	República Eslovaca	34	⬇ -13,7%
Nueva Zelanda	65	⬇ -5,5%	Estonia	26	⬇ -1,4%
Suecia	60	⬇ -1,1%	Lituania	26	⬇ -8,1%
Chile	59	⬆ 0,2%	Israel	25	⬇ -0,1%
Canadá	58	⬇ -1,9%	Suiza	22	⬇ -11,4%
Dinamarca	53	⬇ -5,8%	Letonia	20	⬇ -10,4%
Noruega	53	⬇ -6,2%	Italia	19	⬆ 7,9%
Corea	47	⬇ -23,4%	Polonia	12	⬇ -10,6%
República Checa	47	⬆ 2,0%	Luxemburgo	11	⬆ 1,9%
Islandia	46	⬇ -5,4%	México	10	⬆ 9,8%
Austria	45	⬇ -6,1%	Turquía	8	⬆ 6,3%
Países Bajos	42	⬆ 1,0%	Hungría	7	⬆ 1,6%
Colombia	39	⬆ 20,8%	Grecia	0	⬇ -2,7%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: verde: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. Amarillo: no se evidencia cambio. Rojo: desmejora en comparación con el valor previo.

Tabla 15. Puntaje de gasto nacional en salud del gobierno general como % del gasto del gobierno. Fuente: OMS

De acuerdo con la OMS, un aumento del indicador puede estar reflejando de forma indirecta mejoras en la cobertura universal de salud o simplemente presión fiscal si no se ejecuta con eficiencia del gasto y no se obtienen resultados favorables en salud (16).

En línea con esta perspectiva, en 2018 el Ministerio de Salud sugirió tener en cuenta el indicador para fortalecer la estructura del gasto de la salud pública en Colombia, pero con metas claras a mediano plazo para evitar decisiones fragmentadas (17).

04 EJE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

Subíndice que busca por medio de 3 dimensiones, aproximarse al desempeño de las instituciones de salud. Originariamente contenía 1 dimensión más (oportunidad de la atención), pero ante la falta de información a nivel internacional se prescindió de esta información.

DIMENSIÓN ACCESO A SERVICIOS

Dimensión que, por medio de 1 indicador, hace un acercamiento al acceso que tiene la población a los servicios de salud.

El acceso a los servicios de salud es considerado como uno de los pilares de la cobertura universal en salud y de la garantía del derecho a la salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud las principales barreras de acceso se encuentran en las poblaciones vulnerables ya sea por su raza (como la indígena) y/o por ubicación geográfica como los rurales dispersos donde las desigualdades son marcadas y es limitado el impacto de las políticas públicas nacionales (18).

Para esta dimensión se analiza un indicador trazador que permite validar la capacidad del sistema de salud garantizando una atención segura en el ciclo vital más importante de cada ser humano, el nacimiento.

Porcentaje de partos atendidos por personal cualificado

De acuerdo con los estándares internacionales el indicador toma en cuenta los partos asistidos por personal calificado, ya sea médico, enfermera o partera con formación profesional, lo que permite analizar la garantía del na-

cimiento bajo condiciones seguras, reduciendo complicaciones obstétricas y mortalidad materno perinatal.

Según la UNFPA, la presencia de parteras o matronas como son designadas en otras partes del mundo es necesaria para dar cobertura suficiente a la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y adolescente, ya que se estima una escasez global actual de 1.1 millones de personas que desempeñen este rol en la sociedad, que de contar con las personas suficientes se tendría una cobertura para este ámbito de más del 80% (19), de acuerdo con la OMS a nivel global el 87% de los partos son asistidos por personal sanitario cualificado (20).

El indicador reviste tal importancia que hace parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3.1.2), con el cual se espera disminuir la mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

El análisis de la información recopilada de los países miembros de la OCDE muestra, en general, un comportamiento favorable en cuanto a la cobertura de partos atendidos por personal calificado. El 44,7% de los países reporta una cobertura del 100%, lo que evidencia altos niveles de acceso a atención materna segura. El valor mínimo corresponde a México, con una cobertura del 88%, tras una disminución de 8,6 puntos porcentuales respecto al 97% registrado en 2022. Los países restantes presentan coberturas que oscilan entre el 96% y el 99% (ver tabla 16).

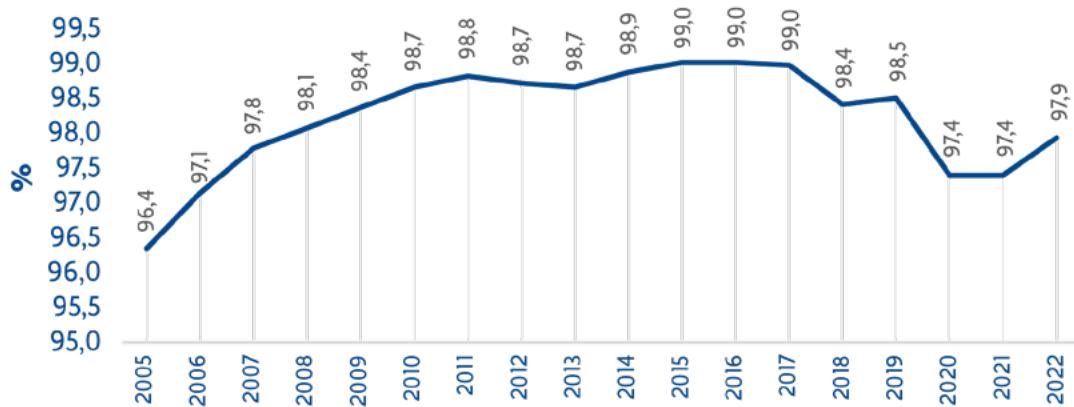
Se resalta que el 68,4% de los países se mantuvieron con buenos indicadores (96%-98%) desde el año 2022, mientras el 21% descendió y apenas el 7,8% registró algún tipo de aumento desde el mismo año.

Valor normalizado del Porcentaje de partos atendidos por personal calificado					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Chile	100	➡ 0,0%	Estados Unidos	92	➡ 0,0%
Corea	100	➡ 0,0%	Estonia	92	⬇ -0,6%
Eslovenia	100	➡ 0,0%	Italia	92	⬇ -0,8%
España	100	➡ 0,0%	Noruega	92	➡ 0,0%
Finlandia	100	➡ 0,0%	Reino Unido	92	➡ 0,0%
Grecia	100	➡ 0,0%	Costa Rica	92	SR
Hungría	100	➡ 0,0%	Austria	83	➡ 0,0%
Irlanda	100	➡ 0,0%	Canadá	83	➡ 0,0%
Israel	100	⬆ 1,0%	Colombia	83	⬇ -0,8%
Japón	100	⬆ 0,1%	Francia	83	➡ 0,0%
Lituania	100	➡ 0,0%	Letonia	83	⬇ -1,9%
Luxemburgo	100	➡ 0,0%	Islandia	75	⬇ -0,4%
Países Bajos	100	➡ 0,0%	Portugal	75	⬇ -1,6%
Polonia	100	➡ 0,0%	República Eslovaca	75	⬇ -1,2%
República Checa	100	➡ 0,0%	Turquía	75	➡ 0,0%
Suecia	100	➡ 0,0%	Alemania	67	➡ 0,0%
Suiza	100	➡ 0,0%	Dinamarca	67	⬆ 0,7%
Bélgica	94	➡ 0,0%	Nueva Zelanda	67	➡ 0,0%
Australia	92	➡ 0,0%	México	0	⬇ -8,6%

*SR: Sin referencia o dato anterior. **Nota:** la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: **verde:** mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. **Amarillo:** no se evidencia cambio. **Rojo:** desmejoramiento en comparación con el valor previo.

Tabla 16. Puntaje de porcentaje de partos atendidos por personal calificado. Fuente: OMS

Porcentaje de partos atendidos por personal calificado en Colombia

**Gráfico 2.** Porcentaje de partos atendidos por personal calificado en Colombia. Fuente: ODS_DNP

Colombia registra para el año 2024 una cobertura del 98% en partos atendidos por personal calificado, lo que representa una disminución de 0,8 puntos porcentuales respecto al dato reportado en la versión anterior del Índice AVS. Esta cifra refleja una recuperación lenta en el contexto pospandémico, luego de haber alcanzado niveles del 99% durante el período 2015–2017, como se observa en el gráfico 2.

DIMENSIÓN EFECTIVIDAD DEL ACCESO A SERVICIOS

En esta dimensión se espera que, por medio de 2 indicadores trazadores, se tenga una aproximación a la efectividad del acceso a los servicios institucionales.

Con los indicadores analizados se procura no solo medir la disponibilidad de servicios, sino también su capacidad para generar resultados concretos en salud pública, además de aportar al seguimiento de los ODS 3,8 de cobertura universal y 3,4 de enfermedades no transmisibles.

Si bien existen numerosos indicadores que podrían enriquecer el análisis de la dimensión de efectividad en el acceso a servicios, la principal limitante radica en la disponibilidad de datos. De manera desafortunada, no se cuenta con información completa y actualizada para todos los países que conforman el grupo de la OCDE. Esto restringe la posibilidad de realizar comparaciones exhaustivas y obtener una visión integral sobre el desempeño de cada país en este ámbito, lo que a su vez dificulta el seguimiento o trazabilidad periódica.

Porcentaje de cobertura de vacunación con Triple Viral en niños de un año

La triple viral es un biológico que contiene 3 virus atenuados los cuales ayudan a inmunizar contra sarampión, parotiditis y rubéola, enfermedades que en pocas ocasiones pueden ser mortales, pero que pueden dejar serias secuelas. Según la OPS, en el primer semestre de 2025 se han notificado cerca de 10.139 casos de sarampión en las Américas. La misma entidad reporta que en-

tre 2000 y 2023 las vacunas contra el sarampión evitaron la muerte de aproximadamente 60 millones de personas a nivel global lo que equivale a una disminución aproximada en la mortalidad del 83% (21) (22).

El indicador de cobertura de vacunación para triple viral en niños menores de un año evalúa entre otras cosas el acceso temprano de los menores a los servicios de salud en su primer año de vida, de igual forma tantea la gestión de los programas de vacunación que se consideran un componente esencial de la atención primaria en salud. Por otro lado, y de forma indirecta evidencia las brechas que puede haber entre territorios.

En el grupo de países de la OCDE se observa un buen comportamiento del indicador, con valores que oscilan entre el 84% y el 99%, y una media del 94%. Los países que alcanzan coberturas del 99% son Grecia, Hungría, Luxemburgo, Portugal, Turquía y Costa Rica. Entre el 90% y el 98% de cobertura se encuentra el 71% de los países del grupo. En contraste, los desempeños más bajos corresponden a Austria, con 84% de cobertura; México, con 85%; Nueva Zelanda, con 88%; e Irlanda y Eslovenia, cada uno con 89%.

Colombia, por su parte, mejoró el indicador registrado en 2021 en 4 puntos porcentuales, alcanzando para el año 2024 una cobertura del 90% en vacunación con Triple Viral en niños de un año. Si bien esta cifra representa un avance significativo, es indispensable continuar fortaleciendo las estrategias orientadas a la salud de la primera infancia, especialmente en territorios con menor desempeño.

Es importante resaltar que el 39,4% de los países mantuvo estable su cobertura durante los últimos cuatro años, mientras que el 26,3% presentó una disminución en los resultados. Los descensos más pronunciados se registraron en Irlanda y Suecia, con reducciones de 5 y 4 puntos porcentuales, respectivamente. En contraste, el 31,5% de los países reportó un aumento en la cobertura respecto a 2021, destacándose Turquía, Letonia, Polonia y Colombia, cada uno con una mejora de 4 puntos porcentuales para el año 2024 (ver tabla 17).

Valor normalizado del Porcentaje de cobertura de vacunación con Triple Viral en niños de un año					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Grecia	100	➡ 0,0%	Estados Unidos	67	⬆ 1,0%
Hungría	100	➡ 0,0%	Polonia	67	⬆ 4,0%
Luxemburgo	100	➡ 0,0%	República Checa	67	➡ 0,0%
Portugal	100	➡ 0,0%	Suecia	67	⬇ -4,0%

Valor normalizado del Porcentaje de cobertura de vacunación con Triple Viral en niños de un año					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Turquía	100	↑ 4,0%	España	60	↑ 1,0%
Costa Rica	100	SR	Canadá	53	→ 0,0%
Bélgica	93	→ 0,0%	Islandia	53	→ 0,0%
Corea	93	→ 0,0%	Países Bajos	53	↓ -3,0%
Israel	93	→ 0,0%	Reino Unido	53	↓ -1,0%
Japón	93	↑ 2,0%	Alemania	47	→ 0,0%
Letonia	93	↑ 4,0%	Finlandia	47	↑ 2,0%
Dinamarca	87	→ 0,0%	Colombia	40	↑ 4,0%
Chile	80	↑ 1,0%	Estonia	40	→ 0,0%
Francia	80	→ 0,0%	Lituania	40	→ 0,0%
Noruega	80	↓ -1,0%	Eslovenia	33	↑ 3,0%
República Eslovaca	80	↓ -1,0%	Irlanda	33	↓ -5,0%
Italia	73	↑ 1,0%	Nueva Zelanda	27	↓ -2,0%
Suiza	73	↓ -1,0%	México	7	↑ 7,0%
Australia	67	↓ -1,0%	Austria	0	↓ -1,0%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: verde: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. Amarillo: no se evidencia cambio. Rojo: desmejora en comparación con el valor previo.

Tabla 17. Puntaje de porcentaje de cobertura de vacunación con triple viral en niños de un año. Fuente: OMS

De acuerdo con la OPS, en noviembre de 2024 la Región de las Américas fue verificada como libre de sarampión endémico, pero es necesario que los países continúen en el camino hacia la erradicación del sarampión, siguiendo 3 hitos importantes (23):

- 1. Aumento de la vacunación.** Incrementar la cobertura de la primera dosis de la vacuna contra el sarampión al 90% a nivel nacional y al 80% a nivel distrital.
- 2. Reducción de casos.** Mantener la incidencia de sarampión por debajo de 5 casos por millón de habitantes.
- 3. Disminución de la mortalidad.** Reducir la mortalidad por sarampión en más del 95% respecto a los niveles del año 2000”.

Porcentaje de pacientes hipertensos controlados

Indicador que contempla la cobertura efectiva del tratamiento de la hipertensión entre adultos de 30 a 79 años.

Ante el incremento en la mortalidad atribuida a la hipertensión arterial, la Guía 2025 de la American Heart As-

sociation (AHA) incorpora modificaciones en las categorías de presión arterial para adultos. Se considera presión arterial normal una presión sistólica (PAS) menor a 120 mmHg y una presión diastólica (PAD) menor a 80 mmHg. La categoría de presión elevada corresponde a una PAS entre 120 y 129 mmHg, con PAD menor a 80 mmHg. La hipertensión en etapa 1 se define por valores de PAS entre 130 y 139 mmHg y PAD entre 80 y 89 mmHg. Finalmente, la etapa 2 se establece con una PAS mayor o igual a 140 mmHg y PAD mayor o igual a 90 mmHg, siempre que se obtengan al menos dos lecturas adecuadas en dos ocasiones distintas (24).

Las metas establecidas para 2025 son más estrictas teniendo en cuenta que la carga de la enfermedad ha aumentado en los últimos años. Según estima la OMS, en 2024 había en el mundo 1400 millones de adultos entre 30 y 79 años con hipertensión, la mayoría, residentes de países de ingreso bajo y medio. Preocupa que la misma entidad estima que cerca del 44% de los hipertensos desconocen que padecen de esta patología, una cantidad similar se encuentra con diagnóstico confirmado y recibiendo tratamiento, pero apenas el 23% reporta tener controlada la enfermedad (25).

Los datos registrados en la presente edición corresponden a los reportados en la anterior versión del índice, esto debido a que la fuente oficial donde se extrae la información no cuenta con actualizaciones y no se encuentra otra fuente de información que mida el porcentaje de pacientes hipertensos controlados en el grupo

de pacientes de países analizado. Preocupa que teniendo en cuenta el aumento en la morbilidad por la enfermedad, el promedio del grupo que se encontraba en el 30% de pacientes controlados, haya disminuido de forma importante o en la misma proporción que ha aumentado la enfermedad (ver tabla 18).

Valor normalizado de pacientes hipertensos controlados					
País	Puntaje	Valor br.	País	Puntaje	Valor br.
Canadá	100	62,4	Finlandia	37	30,3
Corea	86	55,4	Luxemburgo	37	30,1
Islandia	81	52,6	Nueva Zelanda	37	30,1
Costa Rica	76	50,3	Francia	36	29,8
Estados Unidos	74	49,0	Italia	36	29,8
Alemania	71	47,4	Noruega	36	29,5
Portugal	71	47,4	Austria	34	28,5
Bélgica	56	40,0	Israel	33	28,3
Suiza	52	37,9	Australia	32	27,8
República Checa	51	37,6	México	32	27,5
República Eslovaca	49	36,1	Irlanda	27	25,1
Grecia	48	35,7	Eslovenia	25	24,0
Polonia	45	34,1	Hungría	25	24,2
Chile	44	34,0	Países Bajos	25	23,9
Colombia	43	33,1	Suecia	21	21,8
España	42	32,8	Letonia	14	18,4
Reino Unido	42	32,8	Estonia	9	16,1
Turquía	41	32,4	Lituania	5	13,9
Japón	40	31,7	Dinamarca	0	11,3
*SR: Sin referencia o dato anterior.					

Tabla 18. Puntaje de porcentaje de pacientes hipertensos controlados. Fuente OMS.

La revisión de este indicador con cifras actualizadas y una adecuada trazabilidad permite evaluar la continuidad y calidad del cuidado prestado por los sistemas de salud además de revelar la capacidad de atención del mismo sistema para gestionar enfermedades crónicas y evitar así, complicaciones derivadas de estas. Por otro lado, es importante resaltar que este indicador permite medir de forma indirecta el acceso y adherencia a la medicación, factores importantes para desenlaces costo efectivos.

DIMENSIÓN CAPACIDAD INSTALADA

Dimensión por medio de la cual se espera que, por medio de 3 indicadores, se hace una aproximación a la capacidad instalada institucional de cada país.

De acuerdo con la OMS, la capacidad instalada es “*el conjunto de recursos físicos, humanos, tecnológicos y organizativos disponibles en una institución de salud para ofrecer servicios a una población determinada*” (26). Esta capacidad influye directamente en los resultados en salud a través de la eficiencia operativa, la calidad y seguridad en la

atención, el acceso equitativo a los servicios y la capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias.

La dimensión contempla los recursos físicos indispensables para la prestación de servicios de atención básica y especializada, con énfasis en aquellos requeridos para la gestión de eventos trazadores en salud. Los indicadores que se analizan permiten la rápida identificación de problemas agudos o cuellos de botella estructurales, facilitando la adecuada planeación de la ejecución de recursos.

Camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes

Conocer el número de camas con las que una institución o un sistema de salud cuenta permite calcular las necesidades reales de capacidad instalada para atender la demanda esperada, midiendo eficientemente los recursos físicos sin comprometer la calidad de la atención.

De acuerdo con la OCDE y el Banco Mundial, el indicador brinda la oportunidad de identificar y evaluar brechas regionales, afirmando que aquellos países que cuentan con menos de 2 camas por cada 1000 hab. registran mayor presión hospitalaria, llevando a los sistemas a depender de los servicios de urgencias y/o clínicas privadas (27).

Hasta el momento no hay una meta establecida, pero la OMS sugiere un rango entre 3 y 5 camas por 1000 hab., lo que, según esta entidad, permite un margen de maniobra ante situaciones extraordinarias sin generar sobreoferta (28).

El análisis realizado a los países miembros de la OCDE evidencia que solo el 31,5% supera el rango de camas

hospitalarias por cada 1.000 habitantes establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Corea del Sur y Japón lideran el grupo con los mejores desempeños, reportando 12,8 y 12,6 camas por cada 1.000 habitantes, respectivamente. Les siguen Alemania, Austria, Hungría, República Checa, Polonia, Lituania, República Eslovaca, Francia, Bélgica y Letonia, cuyos valores oscilan entre 5 y 7,7 camas por cada 1.000 habitantes (ver tabla 19).

En contraste, los países con menor desempeño incluyen México, con una cama por cada 1.000 habitantes; Costa Rica, con 1,1 camas; Colombia, con 1,7 camas; y Suecia y Chile, ambos con 1,9 camas por cada 1.000 habitantes. Estos datos reflejan importantes brechas en la capacidad instalada hospitalaria, con implicaciones directas en el acceso oportuno y la respuesta ante eventos críticos en salud.

Si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido un estándar mínimo de referencia para la capacidad instalada en salud, es fundamental que cada país defina sus propias metas en función de su perfil epidemiológico. Para ello, deben considerarse variables como la tasa de nacimientos, el envejecimiento poblacional, la prevalencia de enfermedades crónicas y otros indicadores relevantes.

Adicionalmente, es indispensable contemplar la disponibilidad de talento humano en salud que respalde dicha capacidad instalada. Tras la experiencia de la pandemia por COVID-19, se recomienda incorporar escenarios de emergencia sanitaria en la planificación, con un incremento parcial de entre el 20% y el 30% en la capacidad instalada, conforme a las recomendaciones técnicas de la OMS.

Valor normalizado de camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes					
País	Puntaje	Valor br.	País	Puntaje	Valor br.
Corea	100	12,8	Noruega	20	3,4
Japón	98	12,6	Italia	18	3,1
Alemania	56	7,7	Turquía	18	3,1
Austria	48	6,7	Israel	17	3,0
Hungría	48	6,7	España	16	3,0
República Checa	46	6,5	Irlanda	16	2,9
Polonia	43	6,1	Islandia	16	2,8
Lituania	40	5,7	Estados Unidos	15	2,8
República Eslovaca	40	5,7	Finlandia	15	2,8
Francia	38	5,5	Canadá	13	2,5

Valor normalizado de camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes					
País	Puntaje	Valor br.	País	Puntaje	Valor br.
Bélgica	37	5,4	Nueva Zelanda	13	2,5
Letonia	34	5,0	Dinamarca	12	2,4
Suiza	29	4,4	Países Bajos	12	2,5
Grecia	28	4,3	Reino Unido	12	2,5
Estonia	27	4,2	Chile	8	1,9
Eslovenia	26	4,1	Suecia	8	1,9
Luxemburgo	25	3,9	Colombia	6	1,7
Australia	24	3,8	Costa Rica	1	1,1
Portugal	21	3,5	México	0	1,0

*SR: Sin referencia o dato anterior.

Tabla 19. Puntaje de camas hospitalarias por cada 1000 hab. Fuente: OCDE

Escáneres de tomografía computarizada (TC) por cada 10.000 habitantes

Un tomógrafo es “un dispositivo médico de alta tecnología utilizado en el campo de la radiología para obtener imágenes transversales detalladas del cuerpo humano” (29). Una TAC (tomografía axial computarizada) es usada frecuentemente por el personal médico para el rápido diagnóstico de diferentes enfermedades con mayor precisión lo que evidentemente mejora la oportunidad diagnóstica y la toma de decisiones en salud (30).

La disponibilidad de estos dispositivos aporta un valor significativo al sistema sanitario, al mejorar la oportunidad diagnóstica y facilitar el cierre efectivo de los casos clínicos. Aunque se trata de tecnologías de alto costo, su uso eficiente contribuye a la optimización de recursos al evitar pruebas innecesarias y reducir complicaciones.

Este indicador requiere una medición más rigurosa a nivel global, ya que en muchos casos no se reporta de manera sistemática la presencia o ausencia de estos equipos. Una mejor trazabilidad permitiría planificar con mayor precisión su adquisición y distribución según las necesidades territoriales, fortaleciendo así la capacidad instalada y la equidad en el acceso.

Según datos de la OCDE, los países que conforman este grupo registran en promedio entre 150 y 180 tomografías por cada 1.000 habitantes al año, mientras que en América Latina el promedio oscila entre 50 y 90 por cada 1.000 habitantes, lo que evidencia una mar-

cada disparidad entre regiones y países en cuanto al acceso a tecnologías diagnósticas.

En el análisis realizado con base en las cifras publicadas por la OCDE (calculadas por cada 10.000 habitantes) se observa que Japón lidera el grupo con una densidad de 1,16 tomógrafos por cada 10.000 habitantes, seguido por Australia con 0,72. El resto de los países se ubican en un rango que va desde la ausencia de dispositivos reportados hasta 0,49 por cada 10.000 habitantes (ver tabla 20).

Al final de la tabla se encuentra Costa Rica, que no presenta reporte y por tanto no fue incluido en el indicador desde el punto de vista estadístico. Le sigue Colombia, con el valor más bajo entre los países reportados: 0,06 tomógrafos por cada 10.000 habitantes. México y el Reino Unido también presentan cifras inferiores a 0,1 por cada 10.000 habitantes, lo que plantea desafíos importantes en términos de capacidad instalada.

Valor normalizado de escáneres de tomografía computarizada (TC) por cada 10.000 habitantes					
País	Puntaje	Valor br.	País	Puntaje	Valor br.
Japón	100	1,16	Polonia	16	0,24
Australia	60	0,72	Suecia	16	0,24
Grecia	39	0,49	España	14	0,21
Corea	35	0,44	Estonia	13	0,21
Nueva Zelanda	35	0,44	Francia	13	0,20
Dinamarca	34	0,43	República Eslovaca	13	0,20
Islandia	34	0,43	Irlanda	12	0,19
Estados Unidos	33	0,43	Finlandia	11	0,19
Italia	31	0,40	Eslovenia	10	0,17
Letonia	31	0,40	República Checa	10	0,16
Suiza	31	0,40	Países Bajos	9	0,16
Alemania	28	0,36	Turquía	9	0,16
Lituania	25	0,33	Canadá	8	0,14
Austria	20	0,28	Hungría	4	0,11
Noruega	20	0,28	Israel	4	0,10
Portugal	20	0,28	Reino Unido	3	0,09
Bélgica	18	0,26	México	1	0,07
Luxemburgo	18	0,26	Colombia	0	0,06
Chile	16	0,24	Costa Rica	SD	SD

*SR: Sin referencia o dato anterior. SD= Sin Dato

Tabla 20. Puntaje de escáneres de tomografía computarizada (TC) x 10.000 hab. Fuente: OCDE

Se considera necesario que este indicador no se quede en número de TC sino que debe ser complementado con otros que den cuenta de la oportunidad de atención por área de servicio (Ej: hospitalización, consulta externa, urgencias, etc.) y por supuesto, la cantidad de profesionales formados en radiología que son los realmente preparados para el manejo de dichos dispositivos.

Número de mamógrafos dedicados por cada 10.000 habitantes

Indicador que tiene en cuenta únicamente los dispositivos diseñados exclusivamente para realizar mamografías.

El mamógrafo es un dispositivo de rayos x que se utiliza para buscar signos de cáncer de mama especialmente en sus etapas iniciales. La mamografía, como se llama el estudio se realiza de forma preventiva y también diagnóstica (31), convirtiéndose en el Gold estándar para la detección de cáncer de seno, que es el cáncer más común entre las mujeres de 157 países según estudio de la OMS realizado en 185 países. De acuerdo con la misma entidad en 2022 se diagnosticaron cerca de 2,3

millones de casos de cáncer de mama y se registraron 670.000 defunciones por esta causa.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha evidenciado importantes desigualdades en la carga de morbilidad por cáncer de mama según el nivel de desarrollo de los países. En aquellos con alto índice de desarrollo humano, se estima que una de cada 12 mujeres será diagnosticada con cáncer de mama, y una de cada 71 fallecerá por esta causa. En contraste, en los países de ingresos bajos, la incidencia es mayor, una de cada 27 mujeres será diagnosticada y la mortalidad es proporcionalmente más alta, con una de cada 48 mujeres falleciendo por esta enfermedad. Este panorama refleja inequidades en el acceso al diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y seguimiento de la enfermedad (32).

En el análisis realizado con base en el repositorio de datos de la OCDE, se identificaron dos países sin reporte: Costa Rica y Colombia, los cuales no fueron incluidos en el cálculo estadístico del indicador. Por otro lado, Estados Unidos, seguido de Grecia y Corea del Sur, lideran el

grupo con densidades de mamógrafos que oscilan entre 0,72 y 0,75 por cada 10.000 habitantes (ver tabla 21).

El resto de los países se ubican en un rango que va de 0,04 a 0,37 mamógrafos por cada 10.000 habitantes. Los

desempeños más bajos, por debajo de 0,1, se registran en Países Bajos (0,04), Alemania (0,05), Francia (0,07) y México (0,09), lo que evidencia brechas significativas en la disponibilidad de tecnología diagnóstica para tamización de cáncer de mama.

Valor normalizado de mamógrafos dedicados por cada 10.000 habitantes					
País	Puntaje	Valor br.	País	Puntaje	Valor br.
Estados Unidos	100	0,75	Hungría	16	0,15
Grecia	97	0,73	Eslovenia	16	0,15
Corea	95	0,72	Chile	15	0,15
Italia	46	0,37	Luxemburgo	13	0,14
Bélgica	46	0,36	Noruega	13	0,13
Portugal	44	0,36	Suecia	13	0,13
Finlandia	43	0,35	Islandia	12	0,13
Japón	42	0,34	Estonia	11	0,12
Suiza	36	0,30	Turquía	11	0,11
Letonia	32	0,27	Israel	11	0,11
Nueva Zelanda	25	0,22	República Checa	9	0,10
Austria	24	0,21	Reino Unido	9	0,10
Australia	22	0,20	Polonia	9	0,10
Lituania	22	0,20	México	8	0,09
Canadá	19	0,17	Francia	5	0,07
Irlanda	18	0,17	Alemania	2	0,05
España	18	0,17	Países Bajos	0	0,04
Dinamarca	17	0,16	Colombia	SD	SD
República Eslovaca	16	0,15	Costa Rica	SD	SD

*SR: Sin referencia o dato anterior.

Tabla 21. Puntaje de mamógrafos por cada 10.000 hab. Fuente: OCDE

Son muchos los estudios que han demostrado que la toma de mamografía reduce entre un 25 y 30% la mortalidad en mujeres mayores de 40, de igual forma se configura como una herramienta primordial para la tamización del cáncer de seno y el adecuado seguimiento clínico.

05

EJE RESULTADOS EN SALUD

El eje de resultados en salud integra los indicadores más significativos que reflejan el estado de salud alcanzado en una población. Estos resultados son consecuencia directa de la gestión realizada sobre los determinantes sociales, los cuales se consideran desde las condiciones iniciales en cada comunidad. Así, el análisis no solo toma en cuenta el entorno social, sino también el desempeño y comportamiento de las instituciones encargadas de la salud pública.

La evaluación de resultados en salud, como las tasas de mortalidad, resulta fundamental para comprender la situación sanitaria actual de una población. Este análisis retrospectivo permite identificar posibles brechas existentes en la atención médica y facilita la valoración de la efectividad en las políticas y/o estrategias implementadas para mejorar la salud pública. En consecuencia, la revisión de estos resultados se convierte en una herramienta esencial para guiar la toma de decisiones y la planificación de futuras acciones en el sector salud.

DIMENSIÓN RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA

Los resultados en salud pública constituyen el centro de un sistema sanitario ya que es desde allí que se analiza el impacto de las diferentes políticas establecidas en un país. Estos resultados son relevantes para la toma de decisiones basada en evidencia, identificar el impacto que pueden estar generando los determinantes sociales, evaluar el desempeño institucional, promover la transparencia y por ende el control social.

En esta dimensión se analizan 15 indicadores que permitirán al lector analizar la situación de salud de Colombia frente al grupo de países de la OCDE.

Prevalencia (%) de Bajo Peso al Nacer (BPN)

La OMS define el bajo peso al nacer como el peso que registra un recién nacido menor a 2.500 gramos o 5,5 libras (33). El bajo peso al nacer se atribuye a una multicausalidad en la que se resalta la prematuridad o el retardo del crecimiento intrauterino, ambos prevenibles en gran medida desde la atención preconcepcional.

Este evento se asocia a la morbimortalidad fetal y neonatal, e incluso a la aparición posterior de enfermedades no transmisibles, además de considerarse que estos recién nacidos tienen 20 veces más probabilidades de morir que los recién nacidos con mayor peso.

Los países del grupo de la OCDE que lideran el grupo para el indicador de bajo peso al nacer son Islandia, Finlandia, Suecia, Estonia, Letonia, Lituania, Noruega y Dinamarca, todos con prevalencias por debajo del 5%. Las prevalencias del resto de países del grupo oscilan entre 5,6% y 12,9%, esta última perteneciente a Turquía quien evidencia el desempeño más bajo del grupo, a este le sigue Grecia, Japón y Colombia, todos con más del 11%. El promedio general del grupo se encuentra en 7,1% (ver tabla 22).

Valor normalizado de prevalencia (%) de Bajo Peso al Nacer					
País	Puntaje	Valor br.	País	Puntaje	Valor br.
Islandia	100	4	Chile	69	6,8
Finlandia	99	4,1	Reino Unido	69	6,8
Suecia	99	4,1	Italia	64	7,2
Estonia	98	4,2	Francia	62	7,4
Letonia	98	4,2	Corea	61	7,5
Lituania	96	4,4	República Checa	60	7,6

Valor normalizado de prevalencia (%) de Bajo Peso al Nacer					
País	Puntaje	Valor br.	País	Puntaje	Valor br.
Noruega	96	4,4	Luxemburgo	58	7,7
Dinamarca	91	4,8	República Eslovaca	57	7,8
Irlanda	82	5,6	Estados Unidos	52	8,3
Polonia	82	5,6	Hungría	52	8,3
Países Bajos	81	5,7	Costa Rica	47	8,7
Nueva Zelanda	79	5,9	Portugal	45	8,9
Austria	74	6,3	Israel	44	9
Eslovenia	74	6,3	España	37	9,6
Suiza	73	6,4	México	30	10,2
Australia	71	6,6	Colombia	21	11
Canadá	71	6,6	Japón	18	11,3
Alemania	70	6,7	Grecia	17	11,4
Bélgica	69	6,8	Turquía	0	12,9

*SR: Sin referencia o dato anterior.

Tabla 22. Puntaje de prevalencia de bajo peso al nacer. Fuente: OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció como meta para el año 2025 reducir en un 30% la prevalencia de bajo peso al nacer respecto a la línea base definida en 2012. De igual forma, en la Resolución WHA65.6 (2012) se determinó que la prevalencia esperada debe mantenerse por debajo del 10%, lo que situaría al 87% de los países del grupo dentro del objetivo hacia la eliminación del evento.

Por su parte, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) plantea metas más estrictas, considerando como valor de alerta una prevalencia igual o superior al 8%, y como nivel aceptable un indicador igual o inferior al 7%. En tanto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone como meta regional mantener prevalencias por debajo del 8%.

Bajo estos dos últimos criterios, la mitad o más de los países analizados no alcanzan las metas establecidas. En el caso de la Región de las Américas, únicamente Canadá (6,6%) y Chile (6,8%) cumplen con el estándar propuesto por la OPS.

Tasa de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años x 1.000 nacidos vivos

Medir la tasa de fecundidad en las mujeres adolescentes, en otras palabras, con rango de edad entre 15 a 19 años, permite evaluar de forma indirecta la salud se-

xual y reproductiva de la población, además de las políticas públicas instauradas y por supuesto las consecuencias sociodemográficas que se desprenden de este dato.

De acuerdo con la OMS en 2019 se registraron aproximadamente 21 millones de embarazos adolescentes especialmente en países de ingreso medio bajo, de los cuales la mitad no eran deseados y de los que se derivó una cifra aproximada a 12 millones de nacimientos. De los embarazos deseados se considera que poco más del 50% concluye en un aborto no seguro (34) y apenas el 49% de las mujeres en este rango de edad reporta haber utilizado algún método anticonceptivo (35)

Según la misma entidad, todas las regiones han disminuido su indicador, pero de forma menos acelerada África Subsahariana y América Latina y el Caribe que continúan reportando las tasas más altas, lo cual es congruente con lo analizado en el grupo de la OCDE.

Si bien no hay una meta establecida, se conoce que el promedio internacional de la tasa de fecundidad en edades de 15 a 19 años se encuentra en ±41 nacimientos por cada 1.000 mujeres de ese rango de edad y lo que esperan los organismos internacionales es que el indicador de los países se encuentre por debajo de la media mundial.

Al examinar la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años dentro del grupo de países pertene-

cientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), se evidencia que el promedio se sitúa en 9,3 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes de dicho rango de edad. Este indicador refleja diferencias significativas entre los países evaluados.

Corea destaca como el país con la tasa más baja del grupo, al registrar únicamente 0,5 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años. A continuación, se encuentran Dinamarca, Noruega, Suiza, Japón y Países Bajos, todos con tasas inferiores a 2 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes, lo que indica una notable eficacia en la reducción de embarazos adolescentes en estos países (ver tabla 23).

En general, el 79% de los países analizados presentan tasas inferiores a 9 nacimientos por cada 1.000 mujeres

adolescentes, situándose por debajo del promedio del grupo y evidenciando el cumplimiento de metas internacionales en salud sexual y reproductiva juvenil.

Por otro lado, México y Colombia se posicionan como los países con los resultados menos favorables en este indicador, con tasas de 60,1 y 59,5 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años, respectivamente. Los países que les siguen en este aspecto muestran tasas por debajo de 27 nacimientos por cada 1.000, lo que marca una diferencia considerable respecto a los líderes del grupo y resalta la necesidad de fortalecer las políticas públicas orientadas a la prevención del embarazo adolescente en estas naciones.

Valor normalizado de la tasa de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años x 1.000					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Corea	100	▲ 55,4%	Turquía	92	▲ 25,8%
Dinamarca	99	▲ 73,2%	Lituania	91	▲ 34,2%
Noruega	99	▲ 72,1%	República Checa	91	▲ 49,5%
Suiza	98	▲ 38,3%	Polonia	91	▲ 34,4%
Japón	98	▲ 49,4%	Israel	90	▲ 25,8%
Suecia	98	▲ 65,6%	Chile	90	▲ 82,9%
Países Bajos	98	▲ 47,4%	Australia	90	▲ 36,3%
Italia	96	▲ 41,2%	Portugal	89	▲ 3,6%
Finlandia	96	▲ 42,2%	Grecia	89	▼ -10,6%
Islandia	95	▲ 35,0%	Letonia	88	▲ 49,8%
Eslovenia	95	▼ -2,7%	Reino Unido	87	▲ 25,3%
Francia	95	▲ 26,2%	Nueva Zelanda	83	▲ 37,0%
Bélgica	95	▲ 16,8%	Turquía	81	▲ 48,8%
Austria	94	▲ 40,6%	Estados Unidos	79	▲ 17,6%
Luxemburgo	94	▲ 7,7%	Hungría	71	▲ 29,5%
Irlanda	94	▲ 33,7%	República Eslovaca	60	▲ 7,0%
Canadá	93	▲ 34,4%	Costa Rica	57	SR
España	93	▲ 31,5%	Colombia	1	▲ 5,8%
Estonia	92	▲ 14,8%	Méjico	0	▼ -4,3%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: verde: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. Amarillo: no se evidencia cambio. Rojo: desmejora en comparación con el valor previo.

Tabla 23. Puntaje de tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 por cada 1.000 nacidos vivos. Fuente: Banco Mundial

Finalmente es de resaltar que todos los países a excepción de México, Grecia y Eslovenia mejoraron el resultado del indicador con respecto al revisado en la anterior edición del índice.

Tasa de Mortalidad Infantil x 1.000 nacidos vivos

Indicador que revisa la probabilidad de que un recién nacido muera antes de cumplir un año, expresado por 1.000 nacidos vivos. El indicador mide de forma indirecta la atención prenatal, parto, post parto, vacunación, nutrición y acceso a los servicios, brindando un panorama casi que integral de la atención materno infantil, considerado por la OMS como una medida poblacional y de avance hacia la cobertura universal.

De acuerdo con la OCDE, se considera que una tasa de mortalidad infantil por debajo de 5 muertes de menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos está estrechamente relacionada con sistemas de salud equitativos y eficaces (36) y que su disminución radica en la implementación de políticas que abordan los determinantes sociales de forma intersectorial.

Al realizar el análisis de los países que integran la OCDE se calcula una tasa de mortalidad infantil promedio de 3,8 muertes por 1000 nacidos vivos. Los mejores resultados del grupo los presentan Estonia con 1,6 muertes por cada 1000 nacidos vivos, Eslovenia, Finlandia, Japón, Islandia y Noruega, todos con tasas inferiores a 2 muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos.

Por el contrario, los países con las tasas más deficientes son Colombia, con una tasa de 10,9 muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos, seguido de México con una tasa de 10,8, Costa Rica con una tasa de 9,2 y

Turquía, con una tasa de 9,1. Los países restantes oscilan en una tasa entre 2 y 6,2 muertes por 1000 nacidos vivos.

Es de resaltar que el 50% de los países del grupo presentaron mejoría de su indicador con respecto a la medición realizada en 2020. En tanto el 21% de los países mantuvo su indicador en la misma cifra y el 26% desmejoró su indicador, en este último grupo se encuentran Islandia, Noruega, Lituania, Irlanda, Nueva Zelanda, Reino Unido, República Eslovaca, Estados Unidos, Chile y Turquía.

El análisis de la tasa de mortalidad infantil entre los países miembros de la OCDE revela importantes diferencias en los indicadores de salud materno-infantil. El promedio de mortalidad infantil en este grupo se calcula en 3,8 muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos, lo que refleja un nivel relativamente bajo en comparación con estándares internacionales.

Entre los países que presentan los resultados más favorables destacan Estonia, con una tasa de 1,6 muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos. Asimismo, Eslovenia, Finlandia, Japón, Islandia y Noruega muestran tasas inferiores a 2 muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos, posicionándose como referentes dentro del grupo en cuanto a la atención y prevención de la mortalidad infantil (ver tabla 24).

Por el contrario, algunos países evidencian tasas por encima del promedio del grupo. El caso de Colombia es el más notable, con una tasa de 10,9 muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos, seguido por México con 10,8, Costa Rica con 9,2 y Turquía con 9,1. Los países restantes del grupo se encuentran en un rango que oscila entre 2 y 6,2 muertes por cada 1,000 nacidos vivos.

Valor normalizado de la tasa de Mortalidad Infantil x 1.000 nacidos vivos					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Estonia	100	▲ 5,9%	Alemania	84	➡ 0,0%
Eslovenia	98	➡ 0,0%	Australia	84	➡ 0,0%
Finlandia	98	▲ 5,3%	Grecia	83	▲ 11,1%
Japón	98	➡ 0,0%	Hungría	83	▲ 5,9%
Islandia	97	⬇ -26,7%	Francia	81	➡ 0,0%
Noruega	97	⬇ -5,6%	Irlanda	81	⬇ -30,8%
Luxemburgo	96	▲ 13,0%	Países Bajos	80	▲ 2,8%
Suecia	96	▲ 4,8%	Suiza	80	➡ 0,0%
República Checa	95	▲ 8,7%	Polonia	77	➡ 0,0%

Valor normalizado de la tasa de Mortalidad Infantil x 1.000 nacidos vivos					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Corea	92	↑ 11,5%	Nueva Zelanda	74	↓ -2,6%
Italia	92	↑ 8,0%	Reino Unido	74	↓ -11,1%
Letonia	90	↑ 26,5%	Canadá	70	➡ 0,0%
Austria	89	↑ 13,3%	República Eslovaca	62	↓ -8,5%
España	89	↑ 3,7%	Estados Unidos	58	↓ -1,9%
Portugal	89	↑ 3,7%	Chile	51	↓ -6,9%
Israel	88	↑ 6,9%	Turquía	19	↓ -12,3%
Lituania	87	↓ -3,7%	Costa Rica	18	SR
Bélgica	85	↑ 11,8%	México	1	↑ 8,5%
Dinamarca	85	↑ 3,2%	Colombia	0	↑ 4,4%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: verde: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. Amarillo: no se evidencia cambio. Rojo: desmejora en comparación con el valor previo.

Tabla 24. Puntaje de tasa de mortalidad en menores de 1 años por cada 1.000 nacidos vivos. Fuente: Banco Mundial

Al analizar la evolución del indicador respecto a la medición realizada en 2020, se observa que el 50% de los países del grupo han logrado mejorar su tasa de mortalidad infantil. Por otro lado, el 21% mantuvo su indicador en la misma cifra, mientras que el 26% registró un deterioro en sus resultados. Entre los países que presentaron un aumento en la tasa de mortalidad infantil se encuentran Islandia, Noruega, Lituania, Irlanda, Nueva Zelanda, Reino Unido, República Eslovaca, Estados Unidos, Chile y Turquía.

En aras de disminuir la mortalidad infantil, las entidades rectoras en salud recomiendan fortalecer la atención materno perinatal, la promoción de estilos de vida saludable y la adherencia a los programas prenatales y de nutrición, todo acompañado de la reducción de inequidades territoriales y socioeconómicas.

Tasa de Mortalidad Menores de 5 años x 1.000 nacidos vivos

La tasa de mortalidad en menores de 5 años analiza la probabilidad de que un recién nacido muera antes de cumplir 5 años, de acuerdo con UNICEF en 2023 murieron 4,8 millones de niños menores de 5 años, lo que representa una cifra de 13.100 niños. Las principales causas de mortalidad en la primera infancia corresponden a enfermedades infecciosas, destacándose la neumonía, la diarrea y la malaria, así como las complicaciones asociadas al parto o al nacimiento prematuro (37).

La tasa de mortalidad en menores de 5 años se refiere a la probabilidad de que un recién nacido fallezca antes de alcanzar los cinco años. Este indicador es clave para evaluar el nivel de salud infantil y el acceso a servicios médicos adecuados en diferentes países.

Según datos de UNICEF en 2023, se registró la muerte de aproximadamente 4.8 millones de niños menores de 5 años a nivel mundial, lo que equivale a una alarmante cifra de 13,100 niños que fallecen anualmente. Estas estadísticas reflejan la importancia de fortalecer las acciones en materia de salud infantil y prevención.

Las principales causas de mortalidad en la primera infancia están asociadas a enfermedades infecciosas, identificadas como el factor predominante. Entre estas enfermedades, se destacan la neumonía, la diarrea y la malaria, las cuales continúan representando una amenaza significativa para la supervivencia de los niños en diversos contextos geográficos. De igual forma, las complicaciones relacionadas con el parto o el nacimiento prematuro también ocupan un lugar relevante entre las causas más frecuentes de mortalidad en este grupo etario.

De acuerdo con la meta del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.2.1, todos los países deben buscar reducir la mortalidad en menores de 5 años al menos a 25 por cada 1000 nacidos vivos (38).

Al examinar los datos oficiales de mortalidad infantil publicados por el Banco Mundial, se observa que el promedio general es de 4,5 muertes en menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos. Este indicador permite comparar el desempeño de los países en términos de salud y supervivencia infantil.

Entre los países evaluados, Estonia destaca como el de mejor desempeño, registrando una tasa de 2,1 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, similar a lo observado en el indicador de mortalidad infantil. A Estonia le siguen Eslovenia, Finlandia, Luxemburgo, Japón, Noruega, Suecia, Islandia, República Checa, Corea e Italia, todos ellos con tasas situadas por debajo de las 3 muertes en meno-

res de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos, reflejando un acceso adecuado a servicios de salud y estrategias de prevención eficaces.

En contraste, en el extremo inferior de la tabla se encuentra Turquía, que presenta la tasa de mortalidad en menores de 5 años más elevada, con 12,8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. A Turquía le siguen México con una tasa de 12,5, Colombia con 12,0 y Costa Rica con 10,5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (ver tabla 25). El resto de los países considerados en el grupo presenta tasas inferiores a 7,5 muertes por cada 1,000 nacidos vivos, lo que evidencia una brecha significativa en términos de resultados en salud infantil.

Valor normalizado de la tasa de Mortalidad Menores de 5 años x 1.000 nacidos vivos					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Estonia	100	➡ 0,0%	Alemania	85	➡ 0,0%
Eslovenia	99	➡ 0,0%	Australia	85	➡ 0,0%
Finlandia	98	➡ 0,0%	Grecia	85	↑ 9,8%
Luxemburgo	98	↑ 17,9%	Hungría	84	↑ 5,0%
Japón	97	↑ 4,0%	Irlanda	84	↓ -26,7%
Noruega	97	↓ -9,1%	Suiza	83	↑ 2,5%
Suecia	96	↑ 3,8%	Países Bajos	82	↑ 4,8%
Islandia	95	↓ -36,8%	Francia	79	↑ 2,3%
República Checa	95	↑ 10,3%	Polonia	79	➡ 0,0%
Corea	93	↑ 6,7%	Reino Unido	78	↓ -7,1%
Italia	93	↑ 3,4%	Nueva Zelanda	76	➡ 0,0%
Letonia	92	↑ 25,0%	Canadá	72	↓ -2,0%
Austria	91	↑ 13,9%	República Eslovaca	63	↓ -5,2%
España	91	↑ 3,1%	Estados Unidos	59	↓ -3,2%
Portugal	90	↑ 3,0%	Chile	52	↓ -5,9%
Dinamarca	88	↑ 5,6%	Costa Rica	21	SR
Israel	88	↑ 5,6%	Colombia	7	↑ 9,1%
Lituania	88	↓ -3,0%	México	3	↑ 8,8%
Bélgica	86	↑ 14,3%	Turquía	0	↓ -34,7%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: verde: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. Amarillo: no se evidencia cambio. Rojo: desmejora en comparación con el valor previo.

Tabla 25. Puntaje de tasa de mortalidad en menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos. Fuente: Banco Mundial

Al igual que en el indicador de mortalidad infantil, se observa que más de la mitad de los países analizados

(53%) lograron una mejoría en sus tasas respecto a la edición anterior, mientras que el 26% experimentó un dete-

rioro en sus resultados y el 18% mantuvo el mismo valor en el indicador. Es relevante señalar que Islandia fue el país que reportó el mayor deterioro, con un incremento del 36,8% en su tasa de mortalidad en menores de 5 años.

Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito x 100.000 hab.

La mortalidad derivada de los accidentes de tránsito representa una de las principales preocupaciones en la salud pública global, no solo por su magnitud anual con cerca de 1,19 millones de defunciones, sino por tratarse de un evento prevenible. Esta problemática impacta de forma desproporcionada a poblaciones jóvenes, especialmente en contextos de ingresos medios y bajos, donde las condiciones de seguridad vial son más limitadas. (39).

A nivel mundial, de cada diez muertes cinco son derivadas de siniestros viales correspondientes a peatones, ciclistas o motociclistas, que representan la mitad de las muertes en el mundo por esta causa a excepción de Norteamérica donde los ocupantes de los vehículos son quienes se configuran como las principales víctimas (4).

En la región de las Américas, los usuarios vulnerables son los mismos que se catalogan a nivel mundial, pero aportan defunciones en diferente proporción, peatones el 23%, motociclistas el 15% y ciclistas el 3%, según la OPS los hombres tienen mayor probabilidad de morir por lesiones derivadas de un accidente de tránsito que las mujeres, especialmente si pertenece al grupo de edad de los 5 a los 14 años.

La fuente utilizada convencionalmente para el indicador es el Banco Mundial, pero desafortunadamente para la presente edición se encuentran los mismos datos de la versión pasada que corresponden a 2019, por lo tanto, se optó por una nueva fuente de información que corresponde al observatorio mundial de la salud de la OMS y que contiene datos estimados para el año 2023 a partir de datos provenientes del informe sobre la situación mundial de la seguridad vial 2023 y de los datos provistos por cada país.

Al analizar los datos encontrados, se observa que el 73% de los países revisados mejoró en algún grado su indicador con respecto al notificado en la versión anterior, esto sin perder de vista que las fuentes de información son distintas.

Noruega registra el mejor indicador, al reducir su tasa de mortalidad de 2,1 a 1,5 muertes por cada 100.000 habitantes, posicionándose como el país del grupo con el valor más bajo en 2023 según estimaciones de la OMS. Le sigue Suecia, con una tasa de 2,1 muertes por cada 100.000 habitantes, tras haber disminuido su indicador en un 32% respecto al valor anterior. A continuación, se ubican Dinamarca, Islandia, Reino Unido, Suiza, Japón e Irlanda. Los demás países presentan tasas superiores a 3 muertes por cada 100.000 habitantes. Finalmente, Colombia registra el indicador más desfavorable del grupo, con una tasa de 16,2 muertes por cada 100.000 habitantes, lo que representa un incremento del 5,2 % en comparación con la edición anterior (ver tabla 26).

Valor normalizado de la tasa de mortalidad por accidentalidad de transporte terrestre					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Noruega	100	↑ 28,6%	Francia	78	↑ 7,8%
Suecia	96	↑ 32,3%	Italia	76	↑ 5,7%
Dinamarca	95	↑ 37,8%	República Checa	75	↑ 11,9%
Islandia	94	↓ -20,0%	Eslovenia	71	↓ -13,7%
Reino Unido	94	↑ 25,0%	Lituania	67	↑ 22,2%
Suiza	94	↓ -9,1%	República Eslovaca	67	↓ -4,9%
Japón	92	↑ 25,0%	Polonia	66	↑ 30,9%
Irlanda	91	↑ 9,7%	Turquía	66	↑ 3,0%
Alemania	88	↑ 13,2%	Nueva Zelanda	65	↑ 31,3%
Países Bajos	87	↑ 15,0%	Corea	63	↑ 19,8%
España	86	↑ 10,3%	Grecia	61	↑ 12,0%
Luxemburgo	84	↑ 4,9%	Portugal	61	↑ 12,2%

Valor normalizado de la tasa de mortalidad por accidentalidad de transporte terrestre					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Finlandia	82	⬇️ -7,7%	Hungría	60	⬆️ 3,9%
Israel	82	⬇️ -7,7%	Letonia	44	⬇️ -21,0%
Australia	80	⬆️ 8,2%	Chile	40	⬆️ 30,9%
Estonia	80	⬆️ 2,2%	México	29	⬆️ 6,3%
Austria	79	⬆️ 6,1%	Estados Unidos	14	⬇️ -11,8%
Bélgica	79	⬆️ 20,7%	Costa Rica	5	SR
Canadá	78	⬆️ 11,3%	Colombia	0	⬇️ -5,2%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: verde: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. Amarillo: no se evidencia cambio. Rojo: desmejora en comparación con el valor previo.

Tabla 26. Puntaje de tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre. Fuente OMS.

En 2025, Noruega recibió el Premio al Índice de Rendimiento de la Seguridad Vial 2025 por el compromiso del país con la seguridad vial, premio otorgado por el Consejo Europeo de Seguridad en el Transporte (ETSC, por sus siglas en inglés). El país ha realizado una gran inversión para llevar a cabo el Plan Nacional de Acción para la Seguridad Vial “Hacia la Visión Cero 2022–2025”, en el cual se incluyen 179 medidas concretas en 15 áreas prioritarias. El manejo de la educación, enfocado en ciclos de vida específicos (especialmente en los más jóvenes), contempla una educación más estricta en estos grupos de edad. La investigación a profundidad de los siniestros viales permite determinar causas más precisas de los accidentes, las cuales son tenidas en cuenta para implementar nuevas medidas (40).

Tasa de mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino x 100.000 mujeres

El cáncer de cuello uterino es catalogado como el cuarto cáncer más común en mujeres a nivel mundial según la OMS en 2022 se registraron cerca de 350000 muertes especialmente en países de ingresos bajos y medios. Este tipo de cáncer es causado por la infección con el virus del papiloma humano o VPH que es altamente prevenible con vacunación y curable si se detecta en una etapa temprana (13).

La prevención Por medio de la vacunación se puede llevar a cabo entre los 9 y 14 años en la mayoría de los países y en algunos otros de 9 a 17 años vacuna que da cobertura contra otros cánceres relacionados con el VPH, Inicialmente dicha vacuna se encontraba disponible solamente para el género femenino en la actualidad la cobertura se amplió el género masculino.

Analizar el presente indicador conlleva una gran relevancia porque evalúa de forma directa los programas de prevención, identifica brechas de acceso y atención, permite realizar una planeación que lleve al cumplimiento de metas internacionales y promueve políticas basadas en la evidencia.

Al analizar los resultados obtenidos en los países miembros de la OCDE, se identificó que la mortalidad media por cáncer de cuello uterino se sitúa en 5,5 muertes por cada 100.000 mujeres. Dentro de este grupo, Suiza destaca por presentar el indicador más bajo, con 2,2 muertes por cada 100.000 mujeres.

Después de Suiza, Finlandia, Australia, Nueva Zelanda y Turquía también reportan tasas inferiores a 3 muertes por cada 100,000 mujeres, posicionándose entre los países con mejores resultados del grupo.

El resto de los países de la OCDE presentan tasas que oscilan entre 3,2 y 13,4 muertes por cada 100,000 mujeres. Lituania encabeza la lista con la cifra más alta, registrando 13,4 muertes por cada 100,000 mujeres, seguida por Letonia con 11,4, Colonia con 11 y la República Eslovaca con 10,1. Los demás países mantienen indicadores menores a 10 muertes por cada 100,000 mujeres. Cabe mencionar que Colombia reporta una tasa de 9,6, situándose dentro de este grupo (ver tabla 27).

Respecto a la evolución del indicador en comparación con la edición anterior del Índice AVS, se observa que el 11% de los países mantuvieron el mismo resultado, el 39% mostró una mejoría en la mortalidad por cáncer de cuello uterino y el 47% presentó un deterioro. Entre estos, Islandia experimentó la caída más significativa en el indicador.

Valor normalizado de la tasa de mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino x 100.000 mujeres					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Suiza	100	▲ 4,3%	Francia	79	▼ -4,7%
Finlandia	99	▲ 4,2%	Islandia	78	▼ -62,1%
Australia	97	▲ 3,8%	Suecia	78	▼ -17,5%
Nueva Zelanda	97	▲ 24,2%	Alemania	76	➡ 0,0%
Turquía	95	▲ 3,4%	Grecia	75	▲ 5,7%
Israel	91	▼ -14,3%	Eslovenia	67	▼ -13,5%
Luxemburgo	91	➡ 0,0%	Japón	66	▲ 7,7%
Países Bajos	91	▼ -10,3%	Costa Rica	63	SR
Reino Unido	90	➡ 0,0%	República Checa	59	▲ 6,8%
España	89	➡ 0,0%	México	54	▼ -10,6%
Estados Unidos	88	▼ -2,9%	Chile	44	▼ -3,7%
Irlanda	88	▲ 18,6%	Portugal	43	▼ -21,1%
Italia	87	▼ -12,1%	Estonia	42	▲ 2,2%
Noruega	86	▼ -5,6%	Colombia	37	▲ 3,1%
Austria	85	▼ -5,4%	Hungría	34	▼ -1,1%
Bélgica	85	▲ 2,5%	República Eslovaca	31	▲ 2,0%
Canadá	85	▼ -14,7%	Polonia	19	▼ -2,7%
Dinamarca	85	▲ 18,8%	Letonia	18	▲ 14,9%
Corea	79	▼ -12,5%	Lituania	0	▼ -1,5%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: verde: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. Amarillo: no se evidencia cambio. Rojo: desmejora en comparación con el valor previo.

Tabla 27. Puntaje de tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino. Fuente: OMS, Observatorio Global de Cáncer

Tasa de mortalidad por Cáncer de próstata x 100.000 hombres

El cáncer de próstata resulta del crecimiento anormal y maligno de la glándula prostática, es el más frecuente del aparato genitourinario del hombre (41). De acuerdo con el reporte del Observatorio Global de Cáncer, a nivel global el cáncer de próstata ocupa el 4 lugar en incidencia con 1.467.854 casos nuevos y el 8 en mortalidad con 397.430 muertes en 2022, lo que configura una tasa ajustada por edad de 7,3. Según el mismo informe es Asia el continente con mayor proporción de mortalidad en el mundo (30,3%), seguido de Europa y América Latina (42) .

Al analizar los valores reportados por el grupo de países que integran la OCDE, se observa que la tasa promedio de mortalidad por cáncer de próstata es de 32,3

muertes por cada 100.000 hombres, con un rango que varía entre 10,6 y 56 muertes por cada 100.000 hombres. Dentro de este grupo, Corea destaca por tener la tasa más baja, con 10,6 muertes por cada 100.000 hombres. Le siguen México (11,4), Israel (12,2), Turquía (12,9), Colombia (17), Costa Rica (18,8) y Luxemburgo (19,1), todos estos países reportan tasas de mortalidad inferiores a 20 muertes por cada 100.000 hombres.

En el extremo opuesto, Estonia presenta el indicador más alto, alcanzando una tasa de 56 muertes por cada 100,000 hombres. A este país le siguen Letonia, Suecia, Dinamarca, Eslovenia, Lituania, Portugal, Alemania, Polonia y Noruega, los cuales registran tasas de mortalidad superiores a 40 muertes por cada 100.000 hombres (ver tabla 28).

Respecto a la evolución del indicador, se identifica que el 74% de los países miembros de la OCDE experi-

mentaron un incremento en las tasas de mortalidad por cáncer de próstata reportadas en 2020, lo que evidencia un deterioro en el control de la enfermedad. Por otro lado, solo el 24% de los países mostró una mejoría en

este indicador, siendo la República Eslovaca la nación que presentó la disminución más significativa en la tasa de mortalidad por cáncer de próstata.

Valor normalizado de la tasa de mortalidad por Cáncer de próstata x 100.000					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Corea	100	⬇️ -23,3%	Nueva Zelanda	49	⬇️ -5,3%
México	98	⬆️ 3,4%	Suiza	49	⬇️ -11,6%
Israel	96	⬆️ 0,8%	Finlandia	48	⬇️ -1,5%
Turquía	95	⬆️ 1,5%	Hungría	48	⬇️ -5,6%
Colombia	86	⬇️ -10,4%	República Eslovaca	45	⬆️ 12,8%
Costa Rica	82	SR	Países Bajos	40	⬇️ -8,9%
Luxemburgo	81	⬆️ 4,0%	Grecia	39	⬇️ -7,0%
Estados Unidos	78	⬇️ -3,0%	Islandia	37	⬇️ -12,0%
Japón	73	⬇️ -6,0%	Reino Unido	37	⬆️ 0,5%
Irlanda	71	⬇️ -2,2%	Noruega	35	⬇️ -3,1%
España	64	⬇️ -7,5%	Polonia	29	⬇️ -10,9%
Italia	62	⬇️ -19,2%	Alemania	28	⬇️ -16,0%
Chile	61	⬇️ -16,8%	Portugal	28	⬇️ -9,3%
Francia	59	⬇️ -1,7%	Lituania	26	⬆️ 1,1%
Austria	56	⬆️ 1,0%	Eslovenia	21	⬇️ -6,9%
Canadá	56	⬇️ -21,3%	Dinamarca	19	⬆️ 1,4%
República Checa	56	⬇️ -10,4%	Suecia	17	⬇️ -1,5%
Australia	55	⬇️ -13,6%	Letonia	2	⬇️ -18,5%
Bélgica	51	⬇️ -12,7%	Estonia	0	⬇️ -6,3%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: verde: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. Amarillo: no se evidencia cambio. Rojo: desmejora en comparación con el valor previo.

Tabla 28. Puntaje de tasa de mortalidad por cáncer de próstata. Fuente: OMS, Observatorio Global de Cáncer.

Según el Instituto Nacional de Cancerología, el cáncer de próstata ocupa el tercer lugar de mortalidad en Colombia, después del cáncer gástrico y pulmonar. Su crecimiento es lento, por lo que, si se detecta de forma temprana, su repercusión puede ser mínima.

Tasa de mortalidad por Cáncer de Seno x 100.000 mujeres

El cáncer de mama representa una preocupación creciente a nivel global debido a su impacto en mujeres de todas las edades a partir de la pubertad. Aunque las tasas de mortalidad son más elevadas en mujeres adultas, la

edad ha dejado de ser el único factor de riesgo predominante. Actualmente, el solo hecho de ser mujer constituye un riesgo significativo para desarrollar esta enfermedad, lo que ha llevado a reforzar las estrategias de prevención y tamización desde edades más tempranas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), diversos factores relacionados con el estilo de vida y antecedentes personales aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de mama. Entre ellos se destacan (32):

1. Envejecimiento, especialmente después de los 50 años.
2. Obesidad y sobrepeso, con mayor impacto postmenopáusico.

3. Consumo excesivo de alcohol, incluso en cantidades moderadas.
4. Antecedentes familiares de cáncer de mama, en especial en familiares de primer grado.
5. Exposición previa a radiación en el tórax, durante la infancia o adolescencia.
6. Historial reproductivo, como menarquia temprana, menopausia tardía, nuliparidad o primer embarazo tardío.
7. Consumo de tabaco, asociado a mayor riesgo en mujeres jóvenes.
8. Terapia hormonal para la menopausia, particularmente combinaciones de estrógeno y progestina por períodos prolongados.

Estos factores no actúan de forma aislada, y muchas mujeres pueden desarrollar la enfermedad sin presentar antecedentes conocidos. Por ello, la promoción de estilos de vida saludables, el acceso equitativo a servicios de tamización y el diagnóstico oportuno son pilares fundamentales para reducir la carga de enfermedad.

Al analizar el grupo de países que conforman la OCDE, se destacan por su mejor desempeño Corea del Sur ($11,4 \times 100.000$ mujeres), México ($12,2 \times 100.000$ mujeres), Costa Rica ($16,3 \times 100.000$ mujeres), Turquía (17×100.000 mujeres) y Colombia ($18,1 \times 100.000$ mujeres). De este conjunto, el único país que presentó una mejora respecto a la edición anterior fue Corea, con un incremento del 3,4% en su indicador. Por su parte, Colombia, a pesar de ubicarse en una posición favorable dentro del grupo, su tasa de mortalidad aumentó en 6,5%, desmejorando su indicador con respecto al anterior Índice AVS (ver tabla 29).

Los países restantes presentan tasas que oscilan entre 18,2 y 50 muertes por cada 100 mil mujeres. Este último valor corresponde al reportado por Italia que muestra el desempeño más deficiente del grupo, seguido de Alemania, Grecia, Eslovenia, Hungría, República Eslovaca, Francia, Letonia y Portugal, todos con tasas por encima de 40 muertes por cada 100.000 mujeres.

Valor normalizado de la tasa de mortalidad por Cáncer de Seno x 100.000 mujeres					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Corea	100	▲ 3,4%	Suiza	39	▼ -1,2%
México	98	▼ -1,7%	Canadá	38	▼ -16,1%
Costa Rica	87	SR	Lituania	36	▼ -7,5%
Turquía	85	▼ -1,2%	Islandia	32	▼ -31,3%
Colombia	83	▼ -6,5%	Dinamarca	31	▲ 1,3%
Chile	82	▼ -5,2%	Países Bajos	31	▲ 0,8%
Estados Unidos	64	▲ 0,4%	Estonia	30	► 0,0%
Australia	62	▼ -5,7%	Austria	28	▼ -5,7%
Israel	60	▲ 1,8%	Bélgica	27	▲ 2,2%
Japón	59	▼ -3,8%	Portugal	22	▼ -19,3%
Noruega	57	▼ -19,1%	Letonia	18	▼ -1,4%
España	56	▼ -2,2%	Francia	17	▼ -3,6%
Suecia	52	▼ -3,1%	República Eslovaca	15	▼ -4,7%
Nueva Zelanda	51	▼ -13,4%	Hungría	14	▼ -2,5%
Finlandia	49	▼ -2,0%	Eslovenia	13	▼ -16,2%
República Checa	48	▼ -2,3%	Polonia	13	▲ 0,7%
Luxemburgo	44	▼ -12,6%	Grecia	10	▼ -5,2%
Irlanda	39	▼ -16,7%	Alemania	4	► 0,0%
Reino Unido	39	▼ -1,4%	Italia	0	▼ -22,9%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: verde: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. Amarillo: no se evidencia cambio. Rojo: desmejora en comparación con el valor previo.

Tabla 29. Puntaje de tasa de mortalidad por cáncer de seno. Fuente: OMS, Observatorio Global de Cáncer.

La región de las Américas presenta un mejor desempeño en el indicador de cáncer de mama en comparación con Europa, Asia y otras regiones, lo que refleja una gestión más efectiva en detección temprana y prevención primaria.

Las entidades rectoras en salud recomiendan reducir el riesgo en la población desde la prevención primaria incentivando hábitos de vida saludable, de igual forma sugiere reforzar los programas detección temprana, diagnóstico oportuno y calidad diagnóstica. Por otro lado, se hace énfasis en realizar tratamientos completos basados en la evidencia, fortalecer los sistemas sanitarios mediante seguimiento continuo a los indicadores trazadores con enfoque en poblaciones vulnerables. Por último, y no menos importante, brindar una atención centrada en el individuo el cual debe recibir un soporte psicosocial (43).

Tasa de mortalidad por Cáncer gástrico x 100.000 hab.

El cáncer gástrico se caracteriza por el crecimiento anormal y maligno de las células que recubren el estómago. Existen diversas variedades de este tipo de cáncer, entre las que se incluyen el adenocarcinoma gástrico, el adenocarcinoma de la unión gastroesofágica, los tumores del estroma gastrointestinal, los tumores neuroendocrinos gastrointestinales y el linfoma gástrico primario (44).

Las causas del cáncer de estómago son multifactoriales; sin embargo, existen factores de riesgo que se consideran más relevantes que otros. Entre los principales destacan la infección por Helicobacter pylori, la obesidad y la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Adicionalmente, influyen otros factores como las características genéticas o antecedentes familiares de cáncer, los hábitos alimenticios, el consumo de tabaco, así

como la exposición a factores ambientales y ocupacionales, entre otros.

El cáncer gástrico representa uno de los mayores desafíos en salud pública a nivel global, ubicándose como la quinta neoplasia con mayor incidencia en 2022. Durante ese año se reportaron 968.784 casos nuevos, lo que equivale a una tasa de incidencia ajustada por edad de 9,2. Esta cifra refleja la significativa carga que implica este tipo de cáncer en la población mundial (45).

En cuanto a la mortalidad, el cáncer de estómago también ocupa el quinto puesto mundial, registrando 660.175 muertes en el mismo periodo. Esto se traduce en una tasa de 6,1 fallecimientos por cada 100.000 habitantes, lo cual resalta su alta letalidad y el impacto en los sistemas de salud. Al analizar la distribución geográfica de las muertes por cáncer gástrico, Asia concentra la mayor proporción, con un 70,1% de los decesos. Le siguen Europa, Latinoamérica y el Caribe, lo que evidencia diferencias regionales en cuanto a la carga de enfermedad y la necesidad de estrategias específicas para su abordaje.

En el análisis de los resultados encontrados de los países de la OCDE, se puede apreciar un promedio de 11,4 muertes por cáncer gástrico por cada 100.000 hab., con cifras que oscilan entre 3,3 y 34,9 muertes x 100.000 hab.

Para este indicador es Estados Unidos el que registra la tasa más baja del grupo con 3,3 muertes por cada 100.000 hab., le sigue Islandia, Australia, México, Suecia, Israel, Luxemburgo y Noruega, todos con cifras inferiores a 6 muertes por cada 100.000 hab (ver tabla 30).

Por su parte Colombia registra una tasa de 13,4 muertes por cada 100.000 hab., presentando un retroceso con respecto a la cifra publicada por la fuente en 2022, año en el que registró una tasa de 12,7.

Valor normalizado de la tasa de mortalidad por Cáncer gástrico x 100.000 habitantes					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Estados Unidos	100	↑ 2,9%	República Checa	83	↑ 2,2%
Islandia	97	↑ 6,8%	Alemania	78	↑ 5,5%
Australia	94	↓ -18,6%	España	76	↑ 4,4%
México	93	↓ -5,8%	República Eslovaca	74	↑ 9,4%
Suecia	93	↑ 1,8%	Grecia	72	↑ 6,2%
Israel	92	↑ 4,9%	Turquía	72	↑ 4,7%
Luxemburgo	92	↑ 26,3%	Colombia	68	↓ -5,5%

Valor normalizado de la tasa de mortalidad por Cáncer gástrico x 100.000 habitantes					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Noruega	92	⬇️ -7,3%	Hungría	67	⬆️ 2,8%
Bélgica	91	⬆️ 8,8%	Polonia	65	⬆️ 2,7%
Canadá	91	⬇️ -19,2%	Eslovenia	63	⬆️ 2,6%
Nueva Zelanda	91	⬇️ -12,7%	Costa Rica	63	SR
Reino Unido	91	⬆️ 4,6%	Italia	59	⬇️ -12,3%
Irlanda	90	⬆️ 1,5%	Corea	58	⬇️ -12,9%
Países Bajos	89	⬆️ 4,2%	Chile	46	⬇️ -17,2%
Finlandia	88	⬆️ 6,6%	Letonia	43	⬆️ 4,0%
Suiza	87	⬇️ -1,4%	Estonia	41	⬇️ -0,5%
Francia	86	⬆️ 1,3%	Lituania	40	⬆️ 1,8%
Dinamarca	85	⬇️ -14,1%	Portugal	30	⬇️ -10,9%
Austria	84	⬆️ 8,6%	Japón	0	⬆️ 4,1%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: **verde**: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. **Amarillo**: no se evidencia cambio. **Rojo**: desmejora en comparación con el valor previo.

Tabla 30. Puntaje de tasa de mortalidad por cáncer gástrico. Fuente: OMS, Observatorio Global de Cáncer

Al analizar la evolución del indicador de mortalidad por cáncer gástrico en los países de la OCDE, se evidencia que la mayoría de estas naciones han mostrado avances positivos en la reducción de muertes por esta causa. En concreto, el 63% de los países del grupo lograron una mejoría en sus cifras con respecto a la versión anterior del índice, lo que representa un avance significativo en el control y manejo del cáncer gástrico.

Entre los países con mayor progreso destaca Luxemburgo, que experimentó la evolución más favorable en el indicador, reflejando posiblemente la efectividad de sus estrategias de prevención, detección y tratamiento. Sin embargo, no todos los países compartieron esta tendencia positiva. Un 34% de las naciones analizadas presentó un retroceso en el indicador, siendo Canadá el país que registró la mayor caída en sus cifras de mortalidad por cáncer gástrico en comparación con el año 2022. A Canadá le siguieron Australia y Chile, que también evidenciaron un aumento en la tasa de mortalidad, lo que resalta la necesidad de reforzar las acciones de control en estos contextos.

Tasa de mortalidad por Dengue

El dengue es una enfermedad transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*, que actúa como vector biológico, predominando en zonas de clima tropical y subtropical. De

acuerdo con organismos internacionales, su incidencia ha aumentado a nivel global, exponiendo a aproximadamente la mitad de la población mundial al riesgo de contagio. Las formas graves de dengue afectan de manera particular a América Latina y Asia; sin embargo, la disponibilidad de información oficial continúa siendo limitada.

Para el análisis de la mortalidad por dengue en los países miembros de la OCDE, es relevante destacar que, si bien muchos de estos países reportan casos de dengue, la gran mayoría no registra muertes atribuidas a esta enfermedad. Específicamente, el 92% de los países del grupo notifican una tasa de mortalidad por dengue igual a 0, lo que refleja un control eficaz o una baja letalidad del virus en estos contextos.

No obstante, existen excepciones dentro del grupo. Colombia se posiciona como el país con la tasa de mortalidad por dengue más alta entre los miembros de la OCDE, seguido por México y Costa Rica. Estos resultados evidencian diferencias importantes en el impacto del dengue y subrayan la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento en aquellos países donde la letalidad sigue siendo un desafío relevante (ver tabla 31).

Valor normalizado de tasa de mortalidad por dengue x 100.000 hab.			
País	Puntaje	País	Puntaje
Alemania	100	Italia	100
Australia	100	Japón	100
Austria	100	Letonia	100
Bélgica	100	Lituania	100
Canadá	100	Luxemburgo	100
Chile	100	Noruega	100
Corea	100	Nueva Zelanda	100
Dinamarca	100	Países Bajos	100
Eslovenia	100	Polonia	100
España	100	Portugal	100
Estados Unidos	100	Reino Unido	100
Estonia	100	República Checa	100
Finlandia	100	República Eslovaca	100
Francia	100	Suecia	100
Grecia	100	Suiza	100
Hungría	100	Turquía	100
Irlanda	100	Costa Rica	70
Islandia	100	México	17
Israel	100	Colombia	0

*SR: Sin referencia o dato anterior.

Tabla 31. Puntaje de tasa de mortalidad por dengue por cada 100.000 hab. Fuente: OMS

Tasa de mortalidad por Enfermedad Isquémica del Corazón x 100.000 hab.

Enfermedad que corresponde a aquella “condición que involucra el bloqueo de los vasos sanguíneos, ocasionado por el daño al corazón o a los vasos sanguíneos, en la gran mayoría de veces por ateromas” (46). Este tipo de patología puede desencadenar desenlaces letales en corto tiempo, lo que la ha posicionado como la principal causa de muerte a nivel global, con mayor impacto en países de ingresos medios y bajos. Actualmente, el riesgo de sufrir un evento vascular se ha incrementado en la población debido a la prevalencia de estilos de vida poco saludables, como el sedentarismo, el estrés crónico, la malnutrición y el consumo de sustancias psicoactivas, entre otros factores que alteran el desarrollo adecuado del sistema cardiovascular. Se estima que padecer una enfermedad de este tipo puede reducir la esperanza de vida en aproximadamente siete años (47)

Al analizar los datos de los países que conforman la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Eco-

nómicos (OCDE), se observa que la tasa media de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón es de 119,6 muertes por cada 100.000 habitantes. Este promedio encierra un rango considerablemente amplio entre las tasas registradas, que oscilan desde 27,3 hasta 473,6 muertes por cada 100.000 habitantes.

De acuerdo con los registros, Corea destaca como el país con el desempeño más favorable en este indicador. A continuación, se encuentran Israel y Costa Rica, ambos con tasas inferiores a 40 muertes por cada 100.000 habitantes, lo que refleja una situación significativamente mejor respecto a la media del grupo.

En contraste, Lituania presenta el indicador más desfavorable dentro del grupo de la OCDE, con una tasa de 473,6 muertes por cada 100.000 habitantes. Es importante señalar que, pese a estos resultados, Lituania ha mostrado una mejoría en comparación con el reporte de 2020. Después de Lituania, Letonia y Hungría exhiben tasas de 346,5 y 320,9 muertes por cada 100.000 habitantes, respectivamente (ver tabla 32).

Los resultados observados en los países con tasas más altas podrían estar relacionados con factores como la etapa posterior a la pandemia, patrones de estilo de

vida predominantes en la población y el proceso de envejecimiento demográfico, entre otros elementos que inciden en la salud cardiovascular.

Valor normalizado de la tasa de mortalidad por Enfermedad Isquémica del Corazón x 100.000 habitantes					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Corea	100	⬇ -0,7%	Suecia	86	⬆ 39,6%
Israel	98	⬆ 7,6%	Canadá	86	⬆ 15,0%
Costa Rica	97	SR	Reino Unido	85	➡ 0,0%
Luxemburgo	97	⬆ 60,8%	Nueva Zelanda	84	⬆ 1,1%
Francia	96	⬆ 51,9%	Colombia	83	⬇ -22,2%
Chile	96	⬆ 18,6%	Italia	82	⬆ 34,1%
Países Bajos	96	⬇ -1,8%	Estados Unidos	81	⬆ 2,1%
Bélgica	94	⬆ 59,6%	Grecia	77	⬆ 33,9%
Japón	94	⬆ 58,2%	México	76	⬇ -4,6%
Dinamarca	93	⬆ 38,4%	Austria	75	⬆ 7,7%
España	92	⬆ 2,6%	Alemania	73	➡ 0,0%
Portugal	91	⬆ 44,7%	Finlandia	71	⬆ 11,1%
Australia	90	⬇ -11,2%	Estonia	70	⬆ 0,3%
Suiza	90	⬆ 41,6%	Polonia	63	⬆ 38,3%
Noruega	90	⬆ 26,0%	República Checa	59	⬆ 4,6%
Turquía	89	⬆ 25,5%	República Eslovaca	40	⬇ -50,4%
Islandia	88	⬇ -8,3%	Hungría	34	⬆ 14,9%
Eslovenia	87	⬇ -0,1%	Letonia	22	⬇ -8,8%
Irlanda	87	⬆ 11,5%	Lituania	0	⬆ 6,9%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: verde: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. Amarillo: no se evidencia cambio. Rojo: desmejora en comparación con el valor previo.

Tabla 32. Puntaje de tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón. Fuente: OCDE

Un aspecto relevante al analizar los datos de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en los países miembros de la OCDE es el progreso observado en la mayoría de estas naciones respecto a mediciones previas. Específicamente, el 68% de los países logró una evolución satisfactoria, reflejada en la mejora de sus indicadores con relación a la edición anterior. Este resultado evidencia avances en la gestión de los factores de riesgo y en la implementación de estrategias de salud pública orientadas a la reducción de la mortalidad por esta causa.

En este contexto, Luxemburgo destaca como el país con el mayor porcentaje de variación positiva, lo que indica una gestión sobresaliente dentro del grupo analizado. Este logro posiciona a Luxemburgo como referente en el manejo de la mortalidad relacionada con enfermedades cardiovasculares.

Por otro lado, es importante señalar que un 24% de los países del grupo experimentó caídas desfavorables en este indicador. Entre ellos, la República Eslovaca registró la disminución más drástica, lo que pone en evidencia la necesidad de fortalecer las acciones y políticas orientadas a la prevención y el control de las enfermedades isquémicas del corazón en aquellos contextos donde los resultados han sido menos favorables.

Tasa de mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares x 100.000 hab.

Las enfermedades cerebrovasculares son un conjunto de lesiones del cerebro que se producen por la alteración en la circulación de la sangre (48).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tanto la cardiopatía isquémica como el accidente cerebrovascular representan las principales causas de mortalidad y discapacidad en la región de las Américas. Las tasas reportadas alcanzan los 73,6 fallecimientos por cada 100.000 habitantes para la cardiopatía isquémica y 32,3 por cada 100.000 habitantes en el caso del accidente cerebrovascular. Estos datos reflejan la alta carga de estas enfermedades en la salud pública regional.

Adicionalmente, el análisis del indicador de años de vida perdidos (AVP) por enfermedad isquémica en 2021 muestra que los países con mayor impacto se agrupan en el quintil 5 (80-100%), superando los 2.200 AVP. Entre estos países se encuentran Haití, Venezuela, Guyana, República Dominicana, México, Honduras y San Vicente y las Granadinas. Esto indica que en dichas naciones la pérdida de años de vida por enfermedad isquémica es especialmente significativa en comparación con el resto de la región.

Por otra parte, Colombia presenta una tendencia distinta, al descender en el indicador de AVP por enfer-

medad isquémica. El país pasó del quintil 2 (20-40%) al quintil 4 (60-80%), registrando 1.854,5 AVP. Este cambio sugiere un aumento relativo en el impacto de la enfermedad isquémica en comparación con la situación observada en períodos previos.

Al analizar el resultado de los países del grupo de la OCDE se puede observar una tasa media de 66 muertes por cada 100.000 hab., con un valor máximo de 280 y uno mínimo de 23, el cual es registrado por Israel como el mejor desempeño, a quien le sigue México y Costa Rica, ambos países con tasas por debajo de las 30 muertes por cada 100.000 hab.

En el otro extremo se ubica a Letonia con el resultado más desfavorable del grupo, valor que aumentó en un 3,9% con respecto al dato analizado en 2022, a Letonia le sigue Lituania, Grecia, Hungría y Portugal todos con valores por encima de 100 muertes por cada 100 mil habitantes (ver tabla 33).

Valor normalizado de la tasa de mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares x 100.000 habitantes					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Israel	100	▲ 4,4%	Bélgica	89	▲ 10,0%
México	98	▲ 0,3%	Dinamarca	89	▲ 6,8%
Costa Rica	98	SR	Países Bajos	89	▼ -2,5%
Irlanda	97	▲ 8,6%	Reino Unido	89	▼ -0,1%
Colombia	96	▼ -7,4%	España	88	▲ 3,7%
Islandia	96	▲ 1,8%	Alemania	84	► 0,0%
Canadá	95	▲ 1,7%	República Checa	82	▲ 4,1%
Australia	94	▼ -2,6%	Finlandia	81	▲ 2,7%
Luxemburgo	94	▼ -24,7%	Estonia	80	▲ 11,5%
Suiza	94	▲ 3,8%	Polonia	77	▼ -8,6%
Chile	92	▲ 0,4%	Japón	76	▲ 1,0%
Corea	92	▼ -3,6%	República Eslovaca	75	▼ -12,4%
Turquía	92	▼ -1,0%	Eslovenia	73	▼ -0,1%
Francia	91	▲ 3,3%	Italia	71	▲ 2,4%
Noruega	91	► 0,0%	Portugal	68	▲ 3,0%
Suecia	91	▲ 16,1%	Hungría	67	▲ 8,4%
Estados Unidos	90	▼ -1,6%	Grecia	61	▼ -0,6%
Nueva Zelanda	90	► 0,0%	Lituania	34	▼ -2,6%
Austria	89	4,4%	Letonia	0	▼ -3,9%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: verde: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. Amarillo: no se evidencia cambio. Rojo: desmejora en comparación con el valor previo.

Tabla 33. Puntaje de tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. Fuente: OCDE.

Al examinar la evolución del indicador desde 2022, año en que fue evaluado en la versión anterior del Índice AVS, se identifican tres tendencias principales en los países analizados. En primer lugar, el 53% de los países mostró una mejora en sus resultados, destacando el caso de Suecia, que registró el mayor incremento proporcional en la variación positiva del dato.

En segundo lugar, se observa que el 8% de los países no presentó cambios en el indicador, manteniendo los mismos valores respecto al periodo anterior. Este grupo refleja una estabilidad en la tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares.

Por último, el 37% de los países evidenció una caída en el indicador, situación atribuida al aumento en el número de muertes y, por ende, en las tasas de mortalidad. En este contexto, Luxemburgo fue el país que experimentó el descenso más significativo en sus resultados.

Los entes rectores en salud a nivel internacional recomiendan fortalecer los programas de prevención primaria. Es fundamental enfatizar en estilos de vida saludables, el diagnóstico temprano de enfermedades como la hipertensión arterial, el seguimiento de enfermedades crónicas detectadas y la atención oportuna en fases agudas.

Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda x 100.000 menores de 5 años

La Infección respiratoria aguda o IRA, es “*un grupo de enfermedades que se producen en el aparato respiratorio, causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias, que comienzan de forma repentina y duran menos de 2 semanas*” (49). La mayoría de las formas de las IRA son leves y generalmente de naturaleza viral, una vez evolucionan a infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), su definición cambia a “*infección respiratoria aguda que presente síntomas dentro de los 10 días posteriores a su presentación, incluyendo tos, fiebre y hospitalización*” (50).

En el análisis del grupo de países miembros de la OCDE, se identifica una tasa promedio de 3,45 muertes por cada 100.000 niños menores de 5 años, lo que permite observar importantes diferencias entre los países que conforman este grupo. El rango de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) varía de 0 a 23,7 muertes por cada 100.000 niños.

Los países con el mejor desempeño en este indicador son Islandia y Luxemburgo, ambos registrando una

tasa de mortalidad de 0. Es relevante destacar que Islandia mantiene el valor de la medición previa, evidenciando estabilidad y éxito en las estrategias de control de la IRA. A estos países les siguen Turquía, Dinamarca e Italia, cuyas tasas se encuentran por debajo de 1 muerte por cada 100.000 niños menores de 5 años, lo que refleja una gestión eficiente en la prevención y atención de las infecciones respiratorias agudas (ver tabla 34).

En contraste, al otro extremo del espectro se encuentran los resultados menos favorables. Colombia aparece con el desempeño más bajo, registrando una tasa de 23,7 muertes por cada 100.000 niños menores de 5 años, lo que representa un desafío considerable en materia de salud pública y protección de la infancia. Tras Colombia, se ubican México y la República Eslovaca, ambos países presentando tasas superiores a 10 muertes por cada 100.000 habitantes. El resto de los países que anteceden en el listado muestran tasas inferiores a 7 muertes por cada 100.000 niños, lo que indica una situación intermedia en cuanto al impacto de la IRA.

En el análisis de la evolución del indicador de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años, se observa que el 68% de los países evaluados evidenció una mejora en sus resultados. Es importante destacar el caso de Luxemburgo y Turquía, que mostraron los avances proporcionales más significativos en la reducción de la tasa de mortalidad por esta causa.

Por otro lado, el 26% de los países presentó un empeoramiento en sus resultados, siendo Finlandia el país con el mayor descenso, con una variación negativa del 88,2% respecto al último valor analizado.

Finalmente, únicamente Islandia mantuvo su indicador sin cambios, en este caso en 0, lo cual refleja una estabilidad en el control de la mortalidad por infecciones respiratorias agudas en la población infantil menor de cinco años.

Valor normalizado de la tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda x 100.000 menores de 5 años					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Islandia	100	➡ 0,0%	Bélgica	91	⬆ 18,7%
Luxemburgo	100	⬆ 100,0%	Canadá	91	⬇ -17,2%
Turquía	99	⬆ 96,8%	Australia	90	⬇ -11,6%
Dinamarca	97	⬆ 49,6%	Portugal	90	⬆ 41,6%
Italia	97	⬆ 18,3%	Grecia	89	⬆ 26,2%
Eslovenia	96	⬇ -83,2%	Japón	88	⬆ 20,1%
Noruega	96	⬆ 2,3%	Reino Unido	86	⬆ 4,1%
Alemania	95	⬆ 9,3%	República Checa	86	⬆ 2,8%
Corea	95	⬆ 25,2%	Polonia	85	⬆ 15,3%
Finlandia	95	⬇ -88,2%	Estados Unidos	84	⬆ 2,0%
Israel	95	⬇ -73,8%	Hungría	84	⬆ 0,3%
Países Bajos	95	⬆ 9,7%	Lituania	84	⬇ -184,3%
Austria	94	⬆ 24,1%	Chile	83	⬆ 3,4%
España	94	⬇ -14,5%	Letonia	82	⬆ 10,6%
Estonia	94	⬆ 53,4%	Costa Rica	77	SR
Francia	94	⬇ -12,8%	Nueva Zelanda	72	⬆ 4,5%
Irlanda	94	⬆ 5,1%	República Eslovaca	56	⬆ 9,6%
Suecia	94	⬆ 10,6%	México	11	⬆ 21,1%
Suiza	94	⬇ -4,8%	Colombia	0	⬇ -0,2%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: verde: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. Amarillo: no se evidencia cambio. Rojo: desmejora en comparación con el valor previo.

Tabla 34. Puntaje de tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda. Fuente: OMS

Tasa de suicidio x 100.000 hab.

El deterioro de la salud mental se ha convertido en un problema de grandes magnitudes con el agravante de que no es fácil de identificar si la persona así lo quiere. De acuerdo con la OMS, en el mundo cerca de 720.000 personas mueren al año por suicidio, siendo la tercera causa de defunción en jóvenes de 15 a 29 años con mayor presencia en países de ingresos bajos y medios como causa impulsiva, pero en países de ingresos altos ocurre como consecuencia principal del deterioro de su salud mental, siendo los trastornos de salud mental reportados con mayor frecuencia en estos países. Según la misma entidad, el problema podría ser peor ya que por cada persona que muere son muchas las que lo intentan, pero no lo consiguen (51).

La salud mental “es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todo su potencial, aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a su comunidad” (52). Pero desafortunadamente

se considera que a nivel mundial hay más de mil millones de personas con al menos una afección mental, motivo por el cual es necesario instaurar políticas que contemplen la salud mental como una prioridad y desarrolle su evolución de manera efectiva.

El análisis de los datos correspondientes a los países miembros de la OCDE revela importantes diferencias en la tasa de mortalidad por suicidio entre las distintas naciones. Mientras algunos países muestran avances significativos en la reducción de este indicador, otros evidencian incrementos preocupantes que llaman la atención sobre la necesidad de reforzar las estrategias de preventión y atención en salud mental.

En términos generales, el promedio de mortalidad por suicidio en el grupo de países de la OCDE se sitúa en 15,8 muertes por cada 100.000 habitantes. No obstante, el rango de variación es amplio, oscilando entre 2,8 y 50,4 muertes por cada 100.000 habitantes. Este pano-

rama evidencia tanto logros como desafíos persistentes en materia de salud mental y prevención del suicidio.

Dentro del grupo, Turquía destaca por registrar la tasa más baja, con 2,88 muertes por cada 100.000 habitantes, a pesar de haber experimentado un aumento del 20% respecto al informe anterior. A Turquía le siguen Grecia, México, Colombia y Costa Rica, todos con valores inferiores a 6 muertes por cada 100.000 habitantes. Es particularmente relevante el desempeño de México y Colombia, que muestran mejoras importantes en comparación con los datos previos, siendo Colombia el país que evidencia el mayor avance entre ambos.

En contraste, Lituania presenta el desempeño más desfavorable, con una tasa de mortalidad por suicidio

de 50,4 por cada 100.000 habitantes. Además, este país registra el mayor incremento porcentual del indicador, con un aumento del 132,3%. A Lituania le siguen Letonia, Hungría y Eslovenia, que también reportan tasas superiores a 30 muertes por cada 100.000 habitantes, situándose en el extremo más crítico del grupo (ver tabla 35).

De manera preocupante, el 84% de los países de la OCDE experimentaron un deterioro en este indicador respecto a la versión anterior del Índice AVS, mientras que solo el 13% logró mejorar su desempeño, es decir, reducir la cifra de muertes por suicidio. Estos resultados subrayan la urgencia de fortalecer las políticas y acciones orientadas a la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio en el ámbito internacional.

Valor normalizado de la tasa de suicidio x 100.000 habitantes					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Turquía	100	⬇ -20,0%	República Eslovaca	76	⬇ -19,7%
Grecia	99	⬇ -177,9%	Alemania	76	⬇ -29,9%
México	98	⬆ 39,3%	Suecia	75	⬇ -35,4%
Colombia	95	⬆ 56,2%	Corea	74	⬆ 40,9%
Costa Rica	93	SR	Luxemburgo	74	⬇ -45,6%
Israel	92	⬇ -45,3%	Dinamarca	73	⬇ -55,4%
Portugal	90	⬇ -301,1%	República Checa	72	⬇ -43,2%
Italia	90	⬇ -314,6%	Polonia	70	⬇ -50,7%
Reino Unido	88	⬇ -3,8%	Austria	64	⬇ -64,6%
España	88	⬇ -3,0%	Francia	63	⬇ -53,1%
Países Bajos	86	⬆ 9,3%	Suiza	63	⬇ -94,4%
Chile	84	⬇ -5,1%	Bélgica	60	⬇ -61,7%
Estados Unidos	83	⬆ 19,6%	Japón	55	⬇ -93,9%
Canadá	80	⬇ -18,5%	Finlandia	55	⬇ -131,8%
Irlanda	80	⬇ -5,7%	Estonia	44	⬇ -85,3%
Nueva Zelanda	80	⬇ -18,4%	Eslovenia	39	⬇ -82,5%
Australia	79	⬇ -5,2%	Hungría	36	⬇ -136,7%
Noruega	79	⬇ -8,9%	Letonia	33	⬇ -121,8%
Islandia	78	⬇ -3,9%	Lituania	0	⬇ -132,3%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: verde: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. Amarillo: no se evidencia cambio. Rojo: desmejora en comparación con el valor previo.

Tabla 35. Puntaje de tasa de mortalidad de suicidio por cada 100.000 hab. Fuente: OMS

Ante el preocupante panorama de aumento en las tasas de mortalidad por suicidio, es urgente que los países implementen estrategias intersectoriales que promuevan el mantenimiento de una buena salud mental fortaleciendo los factores protectores o activos del individuo y la comunidad, además de adaptar guías como las recomendadas por entes internacionales como la OMS. Es imperativo que esta perspectiva preventiva se tenga en cuenta como pilar de los modelos de atención primaria en salud.

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)

La tasa de mortalidad materna es reconocida como uno de los indicadores más importantes para evaluar el desarrollo y el bienestar de una sociedad. Este evento resulta sumamente inaceptable, ya que se considera prevenible y pone en evidencia las profundas inequidades existentes entre las distintas comunidades.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2020 fallecieron diariamente alrededor de 800 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Durante ese año, se observó un aumento general en la mortalidad materna. Diversos estudios atribuyen este incremento a las restricciones impuestas durante la pandemia, así como al temor generado por la misma, lo que derivó en una notable disminución de los controles prenatales.

Para 2023, según la misma entidad, diariamente murieron un aproximado de 700 mujeres por causas totalmente prevenibles durante el embarazo, siendo cerca de 1 muerte cada 2 minutos (53). A pesar del descenso en la razón de mortalidad a nivel mundial una sola muerte materna por razones prevenibles es totalmente intolerable.

La OMS estima que poco más del 90% de las muertes maternas en todo el mundo ocurren en países de ingre-

sos medios y bajos. Además, el 87% de los partos fueron atendidos por personal cualificado, lo que resalta la importancia de contar con servicios de salud adecuados para reducir este tipo de mortalidad (20).

Al examinar los resultados en materia de mortalidad materna dentro del grupo de países que integran la OCDE, se observa que el promedio general es de 9,3 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, este promedio presenta una considerable variabilidad, evidenciando un rango que va desde 1,31 hasta 59,38 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

Noruega destaca como líder del grupo al registrar la razón más baja de mortalidad materna. A continuación, se encuentran Polonia, Australia, España, Israel y República Checa, todos con tasas inferiores a 3 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Estos resultados reflejan la implementación de políticas materno-infantiles efectivas que contribuyen a la protección de la salud de las madres y los recién nacidos.

En contraste, Colombia presenta el indicador más desfavorable (59,38 x 100.000 nv), seguida por México, con una tasa de 42,1 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, y Costa Rica, con una razón de 24,1 muertes. Cabe resaltar que estos tres países pertenecen a la región de las Américas. Los demás países del grupo reportan razones de mortalidad materna inferiores a 20 por cada 100.000 nacidos vivos (ver tabla 36).

Es importante destacar que la mitad de los países analizados lograron mejorar este indicador en comparación con la medición anterior del índice, sobresaliendo Corea y Noruega como aquellos que registraron la mayor proporción de avance. Por otro lado, el 47% de los países del grupo evidenció un aumento en la mortalidad materna, siendo Países Bajos y Austria los que reportaron el mayor deterioro en su indicador.

Valor normalizado de la razón de mortalidad materna x 100.000 nacidos vivos					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Noruega	100	▲ 64,6%	Suiza	93	▲ 22,0%
Polonia	100	▲ 37,2%	Austria	92	▼ -154,2%
Australia	98	▼ -16,5%	Italia	91	▼ -123,4%
España	98	▲ 6,2%	Francia	90	▲ 3,9%
Israel	98	▲ 11,1%	Nueva Zelanda	90	▲ 48,3%
República Checa	98	▲ 40,0%	Finlandia	89	▼ -83,3%
Eslovenia	97	▼ -100,0%	Lituania	89	▼ -100,0%

Valor normalizado de la razón de mortalidad materna x 100.000 nacidos vivos					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Islandia	97	↑ 8,5%	Reino Unido	88	↓ -27,8%
Japón	97	↓ -14,1%	Chile	85	↑ 55,3%
Alemania	96	↓ -0,6%	Canadá	82	↓ -40,2%
Bélgica	96	↑ 6,3%	Hungría	82	↑ 23,4%
Corea	96	↑ 67,9%	Luxemburgo	82	↓ -100,0%
Dinamarca	96	↓ -129,4%	Portugal	77	↓ -30,0%
Irlanda	96	↓ -100,0%	Turquía	77	↓ -11,7%
Países Bajos	95	↓ -258,3%	Estados Unidos	74	↑ 30,1%
República Eslovaca	95	↓ -148,3%	Letonia	70	↑ 18,3%
Suecia	95	↑ 42,4%	Costa Rica	61	SR
Estonia	94	↑ 35,6%	México	30	↑ 22,0%
Grecia	94	↑ 33,5%	Colombia	0	↓ -17,1%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: verde: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. Amarillo: no se evidencia cambio. Rojo: desmejoramiento en comparación con el valor previo.

Tabla 36. Puntaje de razón de mortalidad materna. Fuente: OMS

Es indispensable mejorar el acceso al sistema y reducir las brechas socioeconómicas geográficas culturales entre otras para brindar una atención integral el binomio madre e hijo y así reducir las cifras de mortalidad materna.

Las principales entidades rectoras en materia de salud a nivel mundial coinciden en la importancia de garantizar que el control prenatal inicie desde el primer trimestre del embarazo. Para asegurar un seguimiento adecuado, se recomienda la realización de al menos seis controles prenatales durante toda la gestación. Estos controles deben incluir la aplicación de todos los exámenes paraclínicos necesarios para efectuar los tamizajes pertinentes en cada etapa del embarazo (54).

Además de los controles prenatales, se hace énfasis en la necesidad de fortalecer las capacidades instaladas en cada institución de salud. Esto tiene como objetivo mejorar la atención durante el parto y, de esta manera, reducir la incidencia de emergencias obstétricas derivadas de una atención inadecuada (55).

Finalmente, se aconseja implementar estrategias para promover una adecuada salud sexual y reproductiva durante la etapa preconcepcional. Esta medida busca ofrecer a las mujeres la oportunidad de considerar la planeación del embarazo, lo que contribuye significativamente a mejorar los resultados maternos y perinatales (35).

DIMENSIÓN PROTECCIÓN FINANCIERA

La protección financiera se contempla como un pilar fundamental para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios permitiendo a las personas acceder a los servicios de salud de forma integral sin poner en riesgo su economía. De acuerdo con la OMS “la protección financiera se logra cuando los pagos directos para obtener servicios de salud no exponen a las personas a dificultades económicas ni amenazan su calidad de vida” (56).

En el presente apartado se busca un acercamiento a la protección financiera de los países de la OCDE por medio de 2 indicadores con el fin de entender sus dinámicas e identificar posibles experiencias exitosas.

La elección de estos indicadores responde a la necesidad de evaluar cómo los sistemas sanitarios garantizan el acceso integral a los servicios de salud, sin que ello represente una amenaza para la estabilidad económica de las personas. De esta manera, el análisis ofrece una visión comparativa que puede orientar el diseño y la implementación de políticas públicas efectivas en la materia.

Gasto de bolsillo como % del Gasto Total en Salud

De acuerdo con la OPS, el gasto de bolsillo se define como “el pago directo requerido en el momento de la utilización y

en el punto de acceso a los servicios de salud, neto de cualquier reembolso posterior” (57).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), un gasto de bolsillo que supera el 15 o 20% del gasto total en salud representa una clara señal de deficiencia en los mecanismos de aseguramiento y en el financiamiento público del sistema sanitario. Este indicador evidencia que los usuarios deben realizar pagos directos significativos al momento de acceder a los servicios de salud, lo cual puede poner en riesgo su estabilidad económica y calidad de vida (58).

El Banco Mundial resalta la importancia de medir de manera continua este indicador, ya que permite identificar inequidades en el acceso a los servicios de salud. Un monitoreo permanente facilita la detección de brechas y desigualdades dentro del sistema, orientando a los responsables de políticas públicas en la toma de decisiones para fortalecer la protección financiera y garantizar una atención sanitaria integral sin amenazas al bienestar económico de la población (59).

Al examinar el desempeño del indicador de gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud en los países que conforman la OCDE, se observa que el promedio general es de 18,9%. No obstante, existe una alta

variabilidad entre las naciones, con valores que oscilan entre el 8,7% y el 39%. Este rango refleja diferencias significativas en los mecanismos de protección financiera y aseguramiento sanitario implementados por cada país.

Luxemburgo se posiciona como el país con el mejor desempeño en este aspecto, al registrar el porcentaje más bajo de gasto de bolsillo dentro del grupo. Francia también destaca al reportar un 8,92% de gasto de bolsillo respecto al gasto total en salud, situándose entre los líderes en protección financiera (ver tabla 37).

En contraste, México presenta el desempeño más bajo con un 39% de gasto de bolsillo, seguido por Chile (35%), Grecia (33,5%), Lituania (31,8%), Letonia (30,7%) y Corea (30,2%). Cabe señalar que Chile muestra un incremento en el gasto de bolsillo registrado, lo cual evidencia retos persistentes en la protección financiera del sistema de salud.

El análisis revela que el 66% de los países integrantes de la OCDE han mostrado una mejoría en este indicador, fortaleciendo sus mecanismos de protección financiera. Por otro lado, el 32% de los países descendió en comparación con los valores obtenidos en la versión anterior del Índice AVS, lo que plantea la necesidad de revisar y reforzar las políticas que garanticen el acceso equitativo y sin riesgos económicos a los servicios de salud.

Valor normalizado del gasto de bolsillo como % del Gasto Total en Salud					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Luxemburgo	100	▲ 9,5%	Finlandia	76	▲ 7,7%
Francia	99	▲ 3,6%	Polonia	75	▲ 20,8%
Países Bajos	96	▲ 5,2%	España	66	▲ 12,1%
Irlanda	94	▲ 8,9%	República Eslovaca	65	▼ -0,5%
Japón	93	▲ 15,0%	Turquía	65	▼ -15,3%
Alemania	92	▲ 12,0%	Bélgica	63	▼ -10,3%
Estados Unidos	92	▲ 1,9%	Israel	62	▲ 3,5%
Nueva Zelanda	90	▲ 4,7%	Suiza	58	▲ 14,7%
Suecia	87	▲ 8,6%	Costa Rica	55	▲ 55,7%
Eslovenia	86	▼ -10,8%	Italia	53	▲ 1,0%
Dinamarca	83	▲ 2,3%	Estonia	52	▲ 3,7%
Reino Unido	83	▲ 19,1%	Hungría	35	▼ -1,3%
Noruega	82	▼ -1,6%	Portugal	31	▲ 2,3%
República Checa	82	▲ 0,6%	Corea	29	▼ -0,04%
Colombia	81	▲ 1,6%	Letonia	27	▲ 13,9%
Islandia	81	▲ 7,0%	Lituania	24	▲ 1,4%
Australia	78	▲ 4,4%	Grecia	18	▲ 4,7%

Valor normalizado del gasto de bolsillo como % del Gasto Total en Salud					
País	Puntaje	Var.	País	Puntaje	Var.
Canadá	78	⬇ -2,6%	Chile	13	⬇ -6,8%
Austria	76	⬆ 15,4%	México	0	⬆ 7,2%

*SR: Sin referencia o dato anterior. Nota: la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: verde: mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. Amarillo: no se evidencia cambio. Rojo: desmejora en comparación con el valor previo.

Tabla 37. Puntaje de gasto de Bolsillo. Fuente: Banco Mundial

Cobertura de atención médica

Principal indicador para orientar las políticas públicas hacia la salud universal, de Acuerdo con el objetivo de desarrollo sostenible 3.8 que propone “*lograr la cobertura universal de salud incluida la protección contra riesgos financieros el acceso a servicios esenciales de atención de salud de calidad y acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros eficaces de calidad y asequibles para todos*” (38).

Lograr la cobertura universal es el primer paso de muchos ya que con la sola cobertura no se garantiza una atención integral con el acceso necesario según la población y además con los atributos de calidad que se requieren.

Al examinar los resultados relacionados con la cobertura de atención médica entre los países que conforman el grupo de la OCDE, se observa un desempeño positivo de manera general. El promedio de cobertura alcanzado por estos países es del 98,2%, lo que indica que la mayo-

ría de la población de los países que conforman el grupo tiene acceso a servicios médicos esenciales.

La variabilidad en cuanto a la cobertura es relativamente baja, ya que los valores fluctúan entre el 77,4% y el 100%. Es relevante señalar que el 57,8% de los países del grupo registran un indicador de cobertura del 100%, lo cual refleja un logro considerable en la meta de cobertura universal establecida por los objetivos de desarrollo sostenible (ver tabla 38).

Sin embargo, existen diferencias notables entre los países. México presenta el desempeño más bajo en cuanto a cobertura de atención médica, con un 77,4%. Le siguen Estados Unidos con 91,6%, Costa Rica con 93% y Estonia con 94,8%. El resto de los países se sitúa por encima del 95% de cobertura, consolidando así una tendencia mayoritaria hacia la universalidad en los servicios de salud.

Valor normalizado de la Cobertura de atención médica (%)					
País	Puntaje	Valor br.	País	Puntaje	Valor br.
Australia	100	100	República Checa	100	100
Canadá	100	100	Suecia	100	100
Corea	100	100	Suiza	100	100
Dinamarca	100	100	Alemania	100	99,9
Eslovenia	100	100	Austria	100	99,9
España	100	100	Francia	100	99,9
Finlandia	100	100	Países Bajos	100	99,9
Grecia	100	100	Turquía	96	99,2
Irlanda	100	100	Lituania	96	99,1
Islandia	100	100	Bélgica	94	98,6
Israel	100	100	Colombia	88	98,6
Italia	100	100	Polonia	86	96,9
Japón	100	100	Hungría	82	96
Letonia	100	100	Chile	79	95,3

Valor normalizado de la Cobertura de atención médica (%)					
País	Puntaje	Valor br.	País	Puntaje	Valor br.
Luxemburgo	100	100	República Eslovaca	79	95,3
Noruega	100	100	Estonia	77	94,8
Nueva Zelanda	100	100	Costa Rica	69	93
Portugal	100	100	Estados Unidos	63	91,6
Reino Unido	100	100	México	0	77,4

***SR:** Sin referencia o dato anterior. **Nota:** la variación calculada corresponde al valor bruto sin estandarizar. La interpretación de los símbolos es la siguiente: **verde:** mejora respecto al valor reportado en el índice anterior. **Amarillo:** no se evidencia cambio. **Rojo:** desmejora en comparación con el valor previo.

Tabla 38. Puntaje de cobertura en salud. Fuente: OCDE

06 RESULTADOS

Eje condiciones iniciales

Al analizar el eje de condiciones iniciales, se observa que Bélgica y Finlandia destacan por obtener los mejores resultados. Estos dos países presentan puntajes elevados, especialmente en las dimensiones relacionadas con las condiciones de vida y la situación de salud. A pesar de que en el ámbito macroeconómico sus cifras son relativamente bajas, dicho factor no impacta negativamente en su posición general dentro del grupo evaluado.

El promedio general de puntaje en este eje fue de 62 puntos. Sin embargo, los puntajes más bajos se registraron en México, Colombia, Turquía y Letonia. Estos países enfrentan deficiencias significativas, particularmente en lo que respecta al talento humano y a la dimensión macroeconómica, lo cual los coloca en una posición menos favorable respecto al resto de los países analizados.

Eje Desempeño institucional

El análisis del eje de desempeño institucional se centra en los indicadores relacionados con el acceso y la efectividad de los servicios de salud, así como en la capacidad instalada de los sistemas de atención médica. El promedio general registrado en este eje es de 55 puntos, lo que evidencia áreas de oportunidad significativas dentro del grupo de países evaluados.

Corea destaca como el país con el mejor desempeño en los indicadores analizados, seguido de cerca por Japón y Grecia, cuyos puntajes se ubican en el percentil considerado alto. Este resultado refleja la solidez de sus sistemas institucionales y su capacidad para ofrecer acceso efectivo a servicios de salud.

En contraste, México presenta el puntaje más bajo dentro de este eje, con un valor estandarizado clasificado como bajo. Por otro lado, países como Nueva Zelanda, Colombia, Austria, Dinamarca, Estonia, Irlanda, Eslovenia, Reino Unido y Países Bajos se sitúan en el percentil medio bajo, lo que señala la existencia de retos importantes en la mejora de sus capacidades institucionales.

Al desglosar las dimensiones evaluadas, se identifica que la mayor debilidad se encuentra en la capacidad instalada, que alcanza apenas un promedio de 24 puntos. En cambio, el mejor desempeño se observa en el acceso a servicios, con una media de 88 puntos, lo cual resalta la disparidad entre la disponibilidad de infraestructura y la facilidad para acceder a los servicios de salud en los países analizados.

Eje de resultados en salud

En el análisis del eje de resultados en salud, se observa que el grupo evaluado presenta un desempeño muy homogéneo, con puntajes que se catalogan como altos en la mayoría de los países participantes. El promedio obtenido por el grupo asciende a 77 puntos en el resultado del eje.

Entre los países que sobresalen, Luxemburgo lidera el grupo con un puntaje de 93, seguido de cerca por Países Bajos, Irlanda y Noruega, quienes también destacan por sus resultados superiores en cuanto a los indicadores de salud considerados.

En contraste, México se ubica en el extremo inferior de la tabla con un puntaje de 25, evidenciando retos significativos en materia de resultados en salud. Tras México, se identifican varios países que se sitúan en el percentil medio alto, entre los cuales se encuentran Lituania, Colombia, Letonia, Chile, Hungría, Costa Rica, Grecia, República Eslovaca, Portugal y Estonia, lo que sugiere la existencia de áreas de oportunidad relevantes para subir su desempeño en este eje.

Resultado Global

El análisis del resultado general del índice revela que Japón se posiciona como el país líder dentro del grupo de once evaluados, alcanzando 79 puntos. Este puntaje sintetiza su desempeño sobresaliente en las áreas consideradas. Detrás de Japón, se encuentran Luxemburgo, Bélgica, Australia y Corea, todos ubicados en el percentil catalogado como alto, lo que indica una sólida actuación en los distintos aspectos evaluados.

En el percentil medio alto se encuentra el 81,5% de los países, mostrando que la mayoría logra resultados por encima de la media, pero sin llegar a la excelencia de los países líderes. Por otro lado, Colombia se sitúa en el percentil medio bajo, mientras que México se ubica en el

percentil bajo, lo que refleja que estos países enfrentan mayores desafíos en las dimensiones analizadas.

El promedio general del índice alcanza los 66 puntos, lo cual proporciona una referencia del desempeño colectivo de los países incluidos en la evaluación.

Países OCDE	Condiciones de vida	Talento Humano	Situación de salud	Macroeconómica	EJE CONDICIONES INICIALES	Acceso a servicios	Efectividad del acceso a servicios	Capacidad Instalada	EJE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	Resultados en salud pública	Protección Financiera	EJE RESULTADOS EN SALUD	INDICE 2025
Japón	82	54	67	61	66	100	67	80	82	74	97	86	79
Bélgica	82	91	92	49	79	94	75	34	68	80	79	80	76
Luxemburgo	86	57	95	30	67	100	69	19	63	86	100	93	76
Australia	95	49	96	56	74	92	50	35	59	85	89	87	75
Corea	76	35	82	44	59	100	90	77	89	87	65	76	75
Estados Unidos	66	48	79	98	73	92	71	49	71	74	78	76	74
Finlandia	97	71	98	42	77	100	42	23	55	83	88	86	74
Noruega	93	54	74	54	69	92	58	18	56	88	91	90	74
Suiza	90	42	100	56	72	100	63	32	65	82	79	81	74
Francia	94	45	90	51	70	83	58	19	53	78	100	89	73
Alemania	82	61	89	63	74	67	59	29	52	75	96	86	72
Islandia	85	61	80	44	68	75	67	21	54	86	91	89	72
Países Bajos	90	45	90	49	69	100	39	7	49	83	98	91	72
Suecia	90	48	83	58	70	100	44	12	52	84	94	89	72
Canadá	68	41	88	55	63	83	77	13	58	79	89	84	70
España	88	44	95	39	67	100	51	16	56	83	83	83	70
Israel	95	35	92	26	62	100	63	11	58	88	81	85	70
República Checa	80	40	85	38	61	100	59	22	60	77	91	84	70
Dinamarca	99	55	78	50	71	67	44	21	44	82	92	87	69
Reino Unido	90	32	87	57	67	92	48	8	49	80	92	86	69
Austria	80	52	93	53	70	83	17	31	44	80	88	84	68
Grecia	94	50	94	18	64	100	74	55	76	70	59	65	68
Irlanda	36	47	87	54	56	100	30	15	48	85	97	91	68
Italia	83	48	97	30	65	92	55	32	60	77	77	77	68
Eslovenia	78	39	88	38	61	100	29	17	49	73	93	83	66
Nueva Zelanda	69	41	96	50	64	67	32	24	41	79	95	87	66
Polonia	62	45	72	19	50	100	56	23	60	68	81	75	63
Portugal	82	42	71	38	58	75	86	28	63	68	66	67	63

País OCDE	Condiciones de vida	Talento Humano	Situación de salud	Macroeconómica	EJE CONDICIONES INICIALES	Acceso a servicios	Efectividad del acceso a servicios	Capacidad instalada	EJE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	Resultados en salud pública	Protección Financiera	EJE RESULTADOS EN SALUD	INDICE 2025
Chile	87	61	67	42	64	100	62	13	58	72	46	59	60
República Eslovaca	91	27	65	27	53	75	65	23	54	61	72	67	59
Turquía	58	13	97	3	43	75	71	13	53	71	81	76	59
Hungría	86	33	65	14	50	100	63	23	62	61	59	60	58
Costa Rica	79	51	25	44	50	92	88	1	60	63	62	63	58
Estonia	92	34	70	24	55	92	25	17	45	71	65	68	57
Lituania	91	57	62	25	59	100	23	29	51	56	60	58	56
Letonia	73	29	50	22	44	83	54	32	56	53	64	59	54
Colombia	95	21	30	24	43	83	42	3	43	38	88	63	51
México	82	3	59	9	38	0	20	3	8	49	0	25	24

Tabla 39. Resumen de resultados estandarizados

País	Alemania	Australia	Austria	Bélgica	Canadá	Chile	Colombia	Corea	Costa Rica	Dinamarca	Eslovenia	Estados Unidos	Estonia	Finlandia	Francia	Grecia	Hungría	Irlanda	Islandia	Israel	Italia	Lituania	Lettonia	Luxemburgo	Méjico	Noruega	Nueva Zelanda	Paises Bajos	Polonia	Portugal	Reino Unido	República Checa	República Eslovaca	Suecia	Suiza	Turquía			
cob_acued_rur	100	100	100	100	92	65	11	SD	98	100	SD	100	100	100	100	100	100	100	100	SD	SD	92	98	100	86	100	0	88	100	92	100	98	100	70					
cob_acued_urb	100	100	100	100	61	95	98	100	95	100	91	98	100	100	100	100	100	100	100	100	98	82	75	100	100	100	100	0	100	100	70	91	95	100	18				
cob_alcant_rur	93	SD	100	97	92	100	15	SD	87	97	SD	100	89	95	97	93	87	91	55	100	93	99	SD	0	54	93	28	89	100	99	95	99	96	75	93	99	81		
cob_alcant_urb	94	100	100	96	89	100	89	98	91	97	86	99	99	91	95	89	93	82	0	89	100	99	99	67	83	80	49	84	100	80	90	97	92	93	89	99	99		
T_accid_transp	51	85	39	50	53	67	97	29	50	100	57	68	0	86	96	92	89	77	86	65	84	52	65	76	90	79	96	95	6	90	97	49	77	77	92	85	71	58	
Dens_med_enfer	65	67	65	100	51	19	0	40	9	79	51	33	70	31	65	42	33	25	70	80	26	35	59	18	41	56	8	87	57	60	28	49	44	49	28	59	99	6	
Dens_dent	47	34	32	68	34	100	48	27	62	38	40	31	32	58	54	36	78	40	22	42	47	50	45	38	100	55	0	49	25	29	65	70	24	40	28	42	18	24	
Dens_Farmac	30	44	35	100	52	33	7	37	56	26	33	58	53	32	96	42	50	39	50	51	38	64	96	39	58	32	0	11	32	8	49	47	41	33	39	36	30	20	
Dens_Fisio	100	49	74	94	27	92	28	36	75	78	31	54	36	15	68	61	39	26	45	70	28	44	17	19	29	85	5	69	48	84	38	2	17	38	14	55	22	0	
Incid_Sífilis_Cong	100	100	100	100	96	90	35	99	0	100	100	100	74	100	100	100	99	96	100	100	100	100	99	92	89	100	98	100	100	96	100	100	99	100	100	99			
Incid_Cacervix	77	91	86	83	80	44	25	65	49	56	76	90	83	40	96	80	89	34	73	59	84	93	34	0	25	98	29	47	94	80	44	45	73	70	31	65	100	95	
Gtocorr_salud_pc	58	52	59	54	49	17	3	36	5	51	33	31	100	19	42	50	18	13	63	46	24	32	36	16	20	62	0	77	35	56	18	28	45	28	16	57	84	0	
Gtocorr_%PIB	63	49	56	55	59	50	31	48	27	45	45	47	100	26	47	64	37	21	19	41	28	38	60	31	28	16	16	33	49	50	26	49	56	38	31	56	63	0	
GNS_%gast_gg	69	67	45	38	58	59	39	47	100	53	37	38	94	26	36	38	0	7	80	46	25	19	86	20	26	11	10	53	65	42	12	36	70	47	34	60	22	8	
%part_pers_calif	67	92	83	94	83	100	83	100	92	67	100	100	92	100	83	100	100	100	75	100	92	100	83	100	0	92	67	100	100	75	92	100	75	100	100	75			
%cobert_TV_<5	47	67	0	93	53	80	40	93	100	87	33	60	67	40	47	80	100	100	33	53	93	73	93	93	40	100	7	80	27	53	67	100	53	67	80	67	73	100	
%HTA_control	71	32	34	56	100	44	43	86	76	0	25	42	74	9	37	36	48	25	27	81	33	36	40	14	5	37	32	36	37	25	45	71	42	51	49	21	52	41	
Camas_hosp	56	24	48	37	13	8	6	100	1	12	26	16	15	27	15	38	28	48	16	16	17	18	98	34	40	25	0	20	13	12	43	21	12	46	40	8	29	18	
TAC_hab	28	60	20	18	8	16	0	35	SD	34	10	14	33	13	11	13	39	4	12	34	4	31	100	31	25	18	1	20	35	9	16	20	3	10	13	16	31	9	
mamógraf_hab	2	22	24	46	19	15	SD	95	SD	17	16	18	100	11	43	5	37	16	18	12	11	46	42	32	22	13	8	13	25	0	9	44	9	9	16	13	36	11	
Prev_BPN	70	71	74	69	71	69	21	61	47	91	74	37	52	98	99	62	17	52	82	100	44	64	18	98	96	58	30	96	79	81	82	45	69	60	57	99	73	0	
Tfec_M_15_I9	92	90	94	95	93	90	1	100	57	99	95	93	79	92	96	95	89	71	94	95	90	96	98	88	91	94	0	99	83	98	91	89	87	91	60	98	98	81	
TMI	84	84	89	85	70	51	0	92	18	85	98	89	58	100	98	81	83	83	81	97	88	92	98	90	87	96	1	97	74	80	77	89	74	95	62	96	80	19	
TMNíñez	85	85	91	86	72	52	7	93	21	88	99	59	100	98	79	85	84	84	95	88	93	97	92	88	98	3	97	76	82	79	90	78	95	63	96	83	0		
T_mort_acctrans	88	80	79	79	78	40	0	63	5	95	71	86	14	80	82	78	61	60	91	94	82	76	92	44	67	84	29	100	65	87	66	61	94	75	67	96	94	66	
T_Cacervix	76	97	85	85	85	44	37	79	63	85	67	89	88	42	99	79	75	34	88	78	91	87	66	18	0	91	54	86	97	91	19	43	90	59	31	78	100	95	
T_mort_Caprost	28	55	56	51	56	61	86	100	82	19	21	64	78	0	48	59	39	48	71	37	96	62	73	2	26	81	98	35	49	40	29	28	37	56	45	17	49	95	
T_mort_Caseno	4	62	28	27	38	82	83	100	87	31	13	56	64	30	49	17	10	14	39	32	60	0	59	18	36	44	98	57	51	31	13	22	39	48	15	52	39	85	
T_mort_Cagas	78	94	84	91	91	46	68	58	63	85	63	76	100	41	88	86	72	67	90	97	92	59	0	43	40	92	93	92	91	89	65	30	91	83	74	93	87	72	
T_mort_Dengue	100	100	100	100	100	100	0	100	70	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100			
T_mort_EIC	73	90	75	94	86	96	83	100	97	93	87	92	81	70	71	96	77	34	87	88	98	82	94	22	0	97	76	90	84	96	63	91	85	59	40	86	90	89	
T_mort_ECV	84	94	89	89	95	92	96	92	98	89	73	88	90	80	81	91	61	67	97	96	100	71	76	0	34	94	98	91	90	89	77	68	89	82	75	91	94	92	
T_mort_IRA<9	95	90	94	91	91	83	0	95	77	97	96	94	84	94	95	94	89	84	94	100	95	97	88	82	84	100	11	96	72	95	85	80	90	86	56	94	94	99	
T_suicidio	76	79	64	60	80	84	95	74	93	73	39	88	83	44	55	63	99	36	80	78	92	90	55	33	0	74	98	79	80	86	70	90	88	72	76	75	63	100	
rmm	96	98	92	96	82	85	0	96	61	96	97	98	74	94	89	90	94	82	96	97	98	91	97	70	89	82	30	100	90	95	100	77	88	98	95	95	93	77	
Gbols_%GtotSal	92	78	76	63	78	13	81	29	55	83	86	66	92	52	76	79	18	35	94	81	62	53	93	27	24	100	0	82	90	96	75	31	83	82	65	87	58	65	
Cobert_atenc	100	100	100	94	100	79	88	100	69	100	100	63	77	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Índice 2025	72	75	68	76	70	60	51	75	58	69	66	70	74	57	74	73	68	58	68	72	70	6																	

07 CONCLUSIONES

- En el análisis realizado sobre los países miembros de la OCDE, se identifica que la dimensión con mayores retos es la de capacidad instalada, la cual forma parte fundamental del eje de desempeño institucional. Este déficit implica que, a pesar de los avances en otras áreas, existe una brecha significativa en cuanto a los recursos, infraestructura y sistemas necesarios para garantizar una gestión efectiva y resultados óptimos en las políticas públicas de salud.

La capacidad instalada incluye aspectos como la disponibilidad de instalaciones, tecnología, sistemas de información y personal capacitado que permiten la correcta operación y mejora continua de los servicios de salud. La insuficiencia en esta dimensión se traduce en limitaciones para implementar estrategias eficientes y sostenibles, lo que puede repercutir directamente en el logro de mejores resultados en salud y en el fortalecimiento de las instituciones responsables.

- La dimensión macroeconómica, que examina indicadores clave como el gasto corriente en salud per cápita ajustado por paridad de poder adquisitivo (PPA), el gasto corriente en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) y el gasto nacional en salud como proporción del gasto total del gobierno general, evidencia importantes debilidades en el grupo de países evaluados. El análisis arroja un promedio de apenas 41 puntos para esta dimensión, lo que revela carencias significativas en la inversión destinada al sector salud.

De acuerdo con los resultados, el 63,1% de los países analizados obtuvieron una puntuación inferior al percentil 50 en estos indicadores macroeconómicos. Este dato sugiere que la mayoría de los países no alcanzan niveles satisfactorios de gasto ni de asignación presupuestal para fortalecer sus sistemas de salud, lo que puede incidir negativamente en la capacidad de respuesta y en la calidad de los servicios ofrecidos a la población.

- La dimensión de talento humano representa una de las áreas con mayores dificultades en el análisis realizado. Aunque guarda relación con la capacidad instalada, su evaluación corresponde al eje de condiciones iniciales, lo que implica que influye directamente en la preparación y el punto de partida de los sistemas de salud de los países estudiados.

En términos generales, esta dimensión presenta una media de 45 puntos, lo que evidencia que existen importantes retos a superar para alcanzar un óptimo desempeño. Un aspecto particularmente preocupante es el caso de Colombia, que se sitúa por debajo de la meta establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en lo referente a la densidad de médicos y enfermeras, registrando el valor más bajo entre los países evaluados. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de fortalecer el recurso humano en salud para garantizar la prestación adecuada de los servicios y avanzar hacia el cumplimiento de los estándares internacionales.

- El grupo de países miembros de la OCDE destaca principalmente por su desempeño en resultados en salud, reflejado en un promedio de 77 puntos. Este valor evidencia que, en términos generales, el nivel alcanzado por todos los países es relativamente alto, lo que implica una gestión eficaz en la implementación de políticas y estrategias orientadas a la mejora de la salud poblacional.

La consistencia observada en estos resultados sugiere que los sistemas de salud de los países miembros tienen la capacidad de responder adecuadamente a las necesidades de sus habitantes, logrando avances significativos en indicadores clave relacionados con la salud. La tendencia positiva en el promedio obtenido demuestra que, pese a los retos identificados en otras dimensiones como la capacidad instalada, el talento humano y los indicadores macroeconómicos, el esfuerzo conjunto se traduce en un impacto favorable en el bienestar de la población.

- El análisis realizado revela una relación estrecha y significativa entre el nivel de financiamiento en salud y los resultados obtenidos por los sistemas sanitarios, especialmente en el grupo de países pertenecientes a la OCDE. Los datos evidencian que existe una correlación fuerte ($r = 0.758$, $p < 0.01$) entre el gasto corriente per cápita en salud y los resultados alcanzados en este ámbito. Este hallazgo permite afirmar que la inversión directa por persona constituye un factor determinante en la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, influyendo de manera considerable en la calidad y efectividad de los servicios ofrecidos a la población.

El impacto de la inversión per cápita se refleja en la mejora de indicadores clave de resultados en salud, lo que sugiere que los países que destinan mayores recursos financieros al sector salud logran fortalecer sus sistemas y obtener resultados más favorables

en términos de bienestar poblacional. De esta manera, el financiamiento adecuado emerge como un componente esencial para el logro de objetivos y el avance en la gestión de políticas públicas de salud de forma sostenible.

- De igual forma se observa una relación fuerte con la dimensión macroeconómica como tal, lo que indica que los indicadores financieros y presupuestales juegan un papel fundamental en el desempeño de los sistemas de salud de los países miembros de la OCDE. El análisis ha evidenciado que el nivel de gasto corriente en salud per cápita, el porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) dedicado a salud y la proporción del gasto nacional en salud frente al gasto total del gobierno general son factores directamente relacionados con la capacidad de respuesta y los resultados obtenidos en bienestar poblacional.

Correlaciones^c

Eje_Res_SP	Coeficiente de correlación	Gast_Corr_Salud_pc	Gast_Corr_Salud_%PIB	GNS_%gast_gg	Dim_Macroecono
	Sig. (bilateral)	,758**	0,316	,412*	,617**
		0,000	0,054	0,010	0,000

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

08 RECOMENDACIONES

1. Fortalecer la eficiencia y eficacia del gasto en salud es indispensable para alcanzar mejores resultados en salud. El uso eficiente de los recursos se refleja en mejoras estructurales, adecuada priorización, calidad de la atención, enfoque preventivo y sostenibilidad del sistema.

- **Mejoras estructurales:** una asignación óptima de los recursos permite actualizar y modernizar la infraestructura y los equipos, contribuyendo así a una atención más efectiva y segura para la población.
- **Adecuada priorización:** la gestión eficiente del presupuesto facilita la identificación y el abordaje de las áreas más críticas, asegurando que los fondos se destinen a las necesidades más urgentes en materia de salud.
- **Calidad de la atención:** el uso racional de los recursos promueve la mejora continua de los servicios ofrecidos, garantizando que la atención recibida por los usuarios cumpla con estándares elevados de seguridad y eficacia.
- **Enfoque preventivo:** la inversión dirigida a acciones preventivas permite reducir la incidencia de enfermedades y optimizar el uso de los recursos, al evitar gastos mayores derivados de problemas de salud no atendidos oportunamente.
- **Sostenibilidad del sistema:** una administración eficiente y eficaz de los recursos asegura la sostenibilidad a largo plazo del sistema de salud, permitiendo que sea capaz de responder a las necesidades presentes y futuras de la población.

2. El fortalecimiento de los programas de atención primaria resulta esencial para mejorar los resultados en salud y consolidar sistemas sanitarios más eficientes y sostenibles. Adoptar un enfoque intersectorial implica la integración y coordinación entre diferentes sectores sociales, económicos y políticos, lo que permite abordar de manera integral los determinantes de la salud y responder a las necesidades específicas de cada población.

Considerar las particularidades de cada país es fundamental para que los programas sean efectivos y

pertinentes. Las diferencias en el contexto socioeconómico, cultural y estructural deben ser contempladas al diseñar e implementar estrategias de atención primaria.

La implementación de una atención primaria menos medicalizada y fortalecida mediante un enfoque intersectorial y contextualizado permite avanzar hacia sistemas de salud más resilientes, capaces de responder de manera eficaz a los desafíos presentes y futuros que enfrenta la población.

3. La capacidad instalada, entendida como el conjunto de recursos físicos, humanos, tecnológicos y organizativos disponibles tanto en las instituciones como en los sistemas de salud en su totalidad, representa una herramienta fundamental para impulsar el desempeño del sistema sanitario. Esta capacidad no solo determina la posibilidad de ofrecer servicios de manera oportuna y eficiente, sino que también facilita la modernización y actualización de la infraestructura y los equipos, lo que se traduce en una atención más efectiva y segura para la población.

Optimizar la capacidad instalada permite fortalecer los procesos internos de las instituciones de salud, asegurando que cuenten con los insumos, tecnologías y talento humano necesarios para responder a las demandas cambiantes de la población. De esta forma, la capacidad instalada se convierte en un pilar para lograr mejores resultados en salud, al potenciar la eficiencia y la eficacia en el uso de los recursos disponibles.

4. Los sistemas de vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles requieren de constante evaluación y seguimiento, ya que sus desenlaces generan la mayor carga de mortalidad. La aplicación de mecanismos de monitoreo permanentes permite identificar tendencias, evaluar la efectividad de las intervenciones, ajustar estrategias para el control de estos padecimientos y reducir el impacto de las enfermedades no transmisibles en la población.

5. La disminución de la mortalidad materno-infantil representa un objetivo fundamental tanto para la

sociedad como para el sistema de salud. Este reto adquiere aún mayor relevancia debido a que la mayoría de las causas que contribuyen a la mortalidad materno-infantil son completamente prevenibles. Por ello, la implementación de estrategias efectivas enfocadas en la prevención, el fortalecimiento de la atención primaria y la optimización de los recursos disponibles resulta indispensable.

09

REFERENCIAS

1. **Grupo Banco Mundial.** Entendiendo la pobreza. *El agua*. [En línea] Banco Mundial, 02 de 04 de 2025. [Citado el: 01 de 07 de 2025.] <https://www.bancomundial.org/es/topic/water/overview#3>.
2. **WHO / UNICEF.** *Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000–2024: special focus on inequalities*. Geneva : s.n., 2025. pág. 188p.
3. **OMS.** Saneamiento . *Datos y cifras*. [En línea] 22 de 03 de 2024. [Citado el: 15 de 07 de 2025.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sanitation>.
4. **OPS.** Seguridad vial. *Datos clave*. [En línea] [Citado el: 01 de 08 de 2025.] <https://www.paho.org/es/temas/seguridad-vial>.
5. **OMS.** *Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial 2023 [Global status report on road safety 2023]*. Ginebra : Organización Mundial de la Salud, 2024. pág. 100p. ISBN 978-92-4-010053-4.
6. **Unión Europea.** Normas de circulación y seguridad vial - Dinamarca. [En línea] 24 de 04 de 2025. [Citado el: 15 de 08 de 2025.] https://europa.eu/youreurope/citizens/travel/driving-abroad/road-rules-and-safety/denmark/index_es.htm#seat_belts.
7. **OMS / OPS.** *60° Consejo Directivo_75 Sesión del comité regional de la OMS para las Américas*. Washington : s.n., 2023. pág. 4p.
8. *Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública*. **Montenegro Martínez, Gino.** (64), Bogotá : s.n., Ene-Jun de 2011, universitasodontologica, Vol. 30, págs. 101-108. ISSN 0120-4319.
9. **OMS.** Rehabilitación. *Datos clave*. [En línea] 22 de 04 de 2024. [Citado el: 01 de 08 de 2025.] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation?>
10. —. Transmisión materno-infantil de la sífilis. [En línea] [Citado el: 01 de 08 de 2025.] <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/stis/prevention/mother-to-child-transmission-of-syphilis>.
11. —. Sífilis. *Datos clave*. [En línea] 29 de 05 de 2025. [Citado el: 08 de 06 de 2025.] https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis?utm_source=chatgpt.com.
12. **WHO.** Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva : s.n., 2020, pág. 56p.
13. **OMS.** Cáncer de cuello uterino. *Datos clave*. [En línea] 05 de 03 de 2024. [Citado el: 05 de 08 de 2025.] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>.
14. *Financiamiento de la salud mundial 2025: Recortes en la ayuda y perspectivas futuras*. **Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME)**. [ed.] WA: IHME. Seattle : s.n., 2025. ISBN 978-1-7341306-2-1.
15. *Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud?* **Lam, María Díaz & Hernández Porfirio Ramírez**. N° 2, La Habana : s.n., may-agosto de 2008, Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter, Vol. Vol. 24. ISSN 1561-2996.
16. **OMS.** Gasto público en salud. *Gasto nacional de salud de las administraciones públicas (GGHE-D) como porcentaje del gasto de las administraciones públicas (ESB) (%)*. [En línea] 04 de 04 de 2025. [Citado el: 01 de 08 de 2025.] <https://data.who.int/es/indicators/i/8C8FB8F/B9C6C79>.
17. **Ministerio de Salud de Colombia.** *Estructura del gasto en Salud Pública en Colombia*. Bogotá : s.n., 2018. Vol. N°17. ISSN: 2500-8366.
18. **OPS.** *Determinantes sociales de la salud*.
19. **UNFPA / OMS / International Confederation of Midwives.** *El estado de las matronas en el mundo 2021*. [ed.] Fondo de Población de las Naciones Unidas. New York : s.n., 2021. pág. 80p. ISBN: 9789210058537.
20. **OMS.** Partos asistidos por personal sanitario cualificado. [En línea] 07 de 04 de 2025. [Citado el: 01 de 09 de 2025.] <https://data.who.int/es/indicators/i/F835E3B/I772666#:~:text=La%20proporción%20de%20partos%20atendidos,0%20recién%20nacidos%20con%20complicaciones..>
21. **OPS.** Sarampión. [En línea] [Citado el: 28 de 08 de 2025.] <https://www.paho.org/es/temas/sarampion>.

- 22. OMS.** Sarampión. *Datos clave*. [En línea] 14 de 11 de 2024. [Citado el: 01 de 08 de 2025.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/measles>.
- 23. OPS.** Sarampión. [En línea] [Citado el: 15 de 07 de 2025.] <https://www.paho.org/es/temas/sarampion>.
- 24.** Guía 2025 para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en adultos: Informe del Comité Conjunto sobre Guías de Práctica Clínica del Colegio Estadounidense de Cardiología y la Asociación Estadounidense del Corazón. **American Heart Association.** N° 11, Dallas : s.n., 2025, AHA/ASA Journals, Vol. Vol. 152.
- 25. OMS.** Hipertensión. *Datos y cifras*. [En línea] 25 de 09 de 2025. [Citado el: 31 de 09 de 2025.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
- 26. WHO.** Health system performance assessment: a framework for policy analysis. [ed.] World Health Organization. Geneva : s.n., 2022. ISBN 978-92-4-004247-6.
- 27. OCDE.** *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. Paris : s.n., 2023.
- 28. WHO.** Global Health Observatory Data Repository– Hospital Beds per 1,000 Population. Genevo : s.n., 2023.
- 29. Clínica Universidad de Navarra .** Diccionario médico. Tomógrafo. [En línea] 2023. [Citado el: 01 de 05 de 2025.] <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/tomografo>.
- 30. National Institutue to Shape the Future of Health.** Tomografía Computarizada (TC). [En línea] 06 de 2022. [Citado el: 28 de 05 de 2025.] <https://www.nibib.nih.gov/espanol/temas-cientificos/tomograf%C3%ADA-computarizada-tc#:~:text=El%20t%C3%A9cnico%20minima%20tomograf%C3%ADA%20computarizada%22%2C,la%20m%C3%A1quina%20para%20generar%20im%C3%A1genes>.
- 31. Instituto Nacional del Cáncer.** [En línea] 21 de 02 de 2023. [Citado el: 01 de 09 de 2025.] <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/hoja-informativa-mamografias>.
- 32. OMS.** Cáncer de mama. *Datos y cifras*. [En línea] 13 de 03 de 2024. [Citado el: 02 de 08 de 2025.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>.
- 33.** —. Bajo peso al nacer. [En línea] [Citado el: 15 de 07 de 2025.] <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/low-birth-weight>.
- 34.** —. Embarazo en la adolescencia. *Datos y Cifras*. [En línea] 10 de 04 de 2024. [Citado el: 25 de 08 de 2025.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
- 35. UNFPA.** *The real fertility crisis: The pursuit of reproductive agency in a changing world*. New York : s.n., 2025. ISBN: 9789277542837.
- 36. OECD.** *Health at a Glance 2019 : OECD INDICATORS*. Publishing, Paris : s.n., 2019. ISBN 978-92-64-80766-2.
- 37. UNICEF.** Mortalidad de menores de cinco años. [En línea] 03 de 2025. [Citado el: 01 de 07 de 2025.] <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>.
- 38. Naciones Unidas.** Departamento de asunto económicos y sociales. *Meta 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*. [En línea] [Citado el: 15 de 08 de 2025.] https://sdgs.un.org/goals/goal3#targets_and_indicators.
- 39. OMS.** Lesiones por accidentes de tráfico. [En línea] 13 de 12 de 2023. [Citado el: 01 de 07 de 2025.] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>.
- 40. Gobierno de España, Ministerio del Interior.** Trafico y Seguridad Vía. Estás en: *Inicio Noticias Internacional 2025 Premio a Noruega por ser el país más seguro*. [En línea] 24 de 06 de 2025. [Citado el: 07 de 08 de 2025.] <https://revista.dgt.es/es/noticias/internacional/2025/06JUNIO/0624-noticia-noruega-mas-segura.shtml>.
- 41. Instituto Nacional de Cancerología.** Cáncer de Próstata. [En línea] [Citado el: 01 de 07 de 2025.] <https://www.cancer.gov/co/conozca-sobre-cancer-1/informacion-sobre-cancer-para-pacientes/tipos-cancer/cancer-próstata>.
- 42. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F.** Prostata. [En línea] Observatorio Global de Cáncer. [Citado el: 01 de 08 de 2025.] <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/27-prostate-fact-sheet.pdf>.
- 43. Naciones Unidas.** Una iniciativa para combatir la desigualdad del cáncer de mama puede salvar 2,5 millones de vidas. [En línea] 03 de 02 de 2023. <https://news.un.org/es/story/2023/02/1518322>.
- 44. Instituto Nacional de Cáncer.** Cáncer de estómago. [En línea] 31 de 05 de 2023. [Citado el: 15 de 08 de 2025.] <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/estomago/causas-factores riesgo>.
- 45. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F.** Stomach. [En línea] Observatorio Global de Cáncer, 2024. [Citado el: 01 de 09 de 2025.] <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/7-stomach-fact-sheet.pdf>.
- 46. OPS.** Enfermedades cardiovasculares. [En línea] [Citado el: 01 de 07 de 2025.] <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>.

- 47.** *Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. Velázquez Monroy, Óscar et al.* N° 1, ene/marzo de 2007, Rev. Archivos de cardiología de México, Vol. Vol. 77. ISSN 1665-1731.. <int/server/api/core/bitstreams/6e022337-2241-465c-b478-f06055ab31d0/content>.
- 48.** **Fundación Clínica Shaio.** Enfermedades cerebrovasculares: qué son y cómo prevenirlas. [En línea] 14 de 01 de 2022. [Citado el: 01 de 07 de 2025.] <https://www.shaio.org/enfermedades-cerebrovasculares-sintomas-prevencion>.
- 49.** **Ministerio de Salud de Colombia.** Infecciones Respiratorias Agudas(IRA). [En línea] [Citado el: 01 de 08 de 2025.] [https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Infecciones-Respiratorias-Agudas-\(IRA\).aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Infecciones-Respiratorias-Agudas-(IRA).aspx).
- 50.** La definición de la OMS sobre infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) suele subdiagnosticar infecciones virales respiratorias graves en niños jordanos hospitalizados. **Khuri-Bulos N, Piya B, Shehabi A, Faouri S, Williams JV, Vermund S, Halasa NB.** (suppl 1), 04 de 10 de 2017, Open Forum Infect Dis, Vol. 4.
- 51.** **OMS.** Suicidio. Datos y cifras. [En línea] 25 de 03 de 2025. [Citado el: 15 de 08 de 2025.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- 52.** —. Salud Mental. Panorama general. [En línea] 08 de 10 de 2025. [Citado el: 15 de 10 de 2025.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- 53.** —. Mortalidad materna. Datos y cifras. [En línea] 07 de 04 de 2025. [Citado el: 31 de 08 de 2025.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
- 54.** —. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal. [En línea] 2016. [Citado el: 05 de 09 de 2025.] <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6e022337-2241-465c-b478-f06055ab31d0/content>.
- 55.** **OPS.** Estrategia para acelerar la reducción de la mortalidad materna en la Región de las Américas. basada en la atención primaria de salud. Washington : s.n., 20214.
- 56.** **OMS.** Protección financiera. [En línea] [Citado el: 15 de 08 de 2025.] https://www.who.int/health-topics/financial-protection#tab=tab_1.
- 57.** **OPS.** La protección financiera de la salud en la Región de las Américas. Métodos para medir el gasto catastrófico y empobrecedor. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Washington D.C. : s.n., 2021. ISBN: 978-92-75-32382-3.
- 58.** **WHO & The World Bank.** Global monitoring report on financial protection in health 2019. Geneva : s.n., 2020. ISBN 978-92-4-000395-8.
- 59.** —. Tracking universal health Coverage :Universal Health Coverage Global Monitoring Report 2021. 2021.
- 60.** **OPS.** La Carga de Enfermedades Cardiovasculares en la Región de las Américas, 2000-2019. Portal de Datos de NMH. [En línea] Organización Panamericana de la Salud, 2021. [Citado el: 15 de 05 de 2023.] <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-cardiovasculares>.
- 61.** **OMS.** Meta 3.1 de los ODS Mortalidad materna. [En línea] Organización Mundial de la Salud, 2024. [Citado el: 15 de 06 de 2024.] <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3-1-maternal-mortality>.



asivamosensalud.org