

The Value of Chronic Care

Reducir la brecha entre la esperanza de vida y la esperanza de vida con buena salud



Índice

Prólogo	3	Rendimiento del sistema sanitario	26	Perfiles de los países	44
Conclusiones principales	4	La calidad impulsa el rendimiento comparativo	28	Datos y metodología	83
La próxima oportunidad: Reducir la brecha en la atención de enfermedades crónicas	8	Resultados regionales: ¿Eficaz o equitativo?	29	Carga de las enfermedades crónicas	83
Cómo leer este informe	9	EE. UU. frente a Alemania: ¿Preparación para el futuro a costa de los resultados actuales?	30	Rendimiento del sistema sanitario	88
La carga de las enfermedades crónicas	11	La próxima oportunidad: de la intervención fragmentada a los itinerarios integrados	33	Análisis de factores de riesgo	91
Una brecha cada vez mayor entre la esperanza de vida y la esperanza de vida con buena salud	13	Índice de atención crónica	34	Agradecimientos	92
<i>Demencia: la atención a largo plazo en la práctica</i>	15	Los recursos por sí solos no garantizan los resultados	36		
Resultados regionales: Donde la mortalidad sigue siendo predominante	17	Resultados regionales: la edad importa	38		
<i>Corea del Sur: del riesgo conductual al metabólico</i>	20	Suiza: Superar el envejecimiento	40		
La próxima oportunidad: De la gestión a la prevención	22	Países Bajos: Líder en resiliencia	42		
<i>Diabetes: una enfermedad de entrada</i>	24	La próxima oportunidad: del rendimiento del sistema a la responsabilidad compartida	43		

Prólogo

Vivir más tiempo debería significar gozar de mejor salud, no solo de más años.

En muchos países, la brecha entre la esperanza de vida y la calidad de vida de las personas se está ampliando.

Las enfermedades crónicas —hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer y trastornos de salud mental, por citar algunas— condicionan cada vez más la forma en que cientos de millones de personas viven, trabajan y planifican su futuro.

A medida que aumenta la esperanza de vida y evolucionan los estilos de vida, el impacto de estas afecciones va en aumento. Sin embargo, estas presiones no se manifiestan de la misma manera en todas partes. Los países con poblaciones más jóvenes pueden presentar bajos niveles de enfermedades crónicas, pero se enfrentan a sistemas sanitarios más débiles que tienen dificultades para responder a medida que crecen las necesidades. En otros, una vida más larga conlleva enfermedades prolongadas, lo que aumenta la demanda incluso en sistemas de atención sanitaria bien desarrollados.

Las enfermedades crónicas pueden prolongarse durante décadas. Las personas necesitan tratamiento y seguimiento continuos, mientras que las familias asumen responsabilidades adicionales de cuidados, lo que aumenta la necesidad de resiliencia financiera durante períodos más largos de enfermedad. Los sistemas sanitarios siguen siendo fundamentales en esta respuesta, pero solo constituyen una parte de un ecosistema más amplio de prevención, tratamiento, protección y apoyo.

«*The Value of Chronic Care*» —el segundo informe de la serie «*El valor de la salud y el bienestar*» de Zurich— analiza dos cuestiones cruciales: [¿hasta qué punto están preparados los países para gestionar las enfermedades crónicas que definirán la salud en las próximas décadas?](#) y [¿cómo deben evolucionar la prevención y la protección en respuesta a ello?](#)

Tras analizar una década de datos sobre más de 200 afecciones en 38 países, el informe aúna dos perspectivas distintas: la magnitud de la carga de las enfermedades crónicas en las poblaciones y la capacidad, la calidad y la preparación de los sistemas sanitarios para hacer frente a dicha carga.

1 de cada 3

de los adultos padecen una enfermedad crónica o un problema de salud

Datos de 2023, países de la OCDE. OCDE. [Health at a Glance 2025: Indicadores de la OCDE \(2025\)](#)

Si bien el índice ofrece un punto de referencia del rendimiento relativo entre países, su objetivo es identificar los patrones, las tensiones y las oportunidades que determinan la forma en que se presta la atención a las enfermedades crónicas. Establecer una visión coherente y comparativa de estas dinámicas puede ayudar a revelar cómo se están adaptando los países, un paso esencial para construir sistemas más sólidos y lograr resultados más sostenibles.

Los datos que aquí se presentan, aunque sean de carácter numérico, reflejan a personas reales y necesidades reales: nuestra familia, nuestros amigos y nuestros compañeros de trabajo. Ahora tenemos la oportunidad de estabilizar la forma en que los sistemas gestionan nuestra salud a lo largo del tiempo. Esperamos que este informe sirva de base e inspiración para los esfuerzos destinados a ayudar a las comunidades no solo a vivir más tiempo, sino también a llevar una vida más saludable.



Alison Martin

Directora ejecutiva, Vida, Salud y Distribución Bancaria

Principales conclusiones



Las enfermedades crónicas representan una parte cada vez mayor de la carga sanitaria y económica en las economías desarrolladas, a medida que la esperanza de vida aumenta y los sistemas sanitarios tienen dificultades para adaptarse. En conjunto, son la principal causa de muerte y discapacidad, y ya representan la mayor parte del gasto sanitario. Estas enfermedades son de larga duración y, a menudo, progresivas, pero en muchos casos siguen siendo prevenibles y controlables mediante intervenciones específicas.

A medida que aumentan las repercusiones en términos de morbilidad, los sistemas sanitarios y las protecciones financieras que se diseñaron para situaciones agudas se ven ahora puestos a prueba por la gestión de afecciones crónicas. Este cambio afecta no solo a la prestación de la asistencia, sino también a la forma en que las personas mantienen sus ingresos, su resiliencia financiera y su independencia a lo largo del tiempo, lo que requiere una respuesta más amplia y coordinada que vaya más allá del mero sistema sanitario.

El [Chronic Care Index](#) aúna dos dimensiones de este reto —la magnitud de la carga de morbilidad y la eficacia de la respuesta de los sistemas sanitarios— en los 38 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Ofrece un punto de referencia para poner de relieve los ámbitos en los que el rendimiento es bueno, aquellos en los que persisten las deficiencias y aquellos en los que podrían surgir presiones en el futuro.

1. Grimshaw et al. [Estimaciones del gasto en enfermedades no transmisibles por fase de la enfermedad, sexo y grupo de edad para todos los países de la OCDE \(2025\)](#).

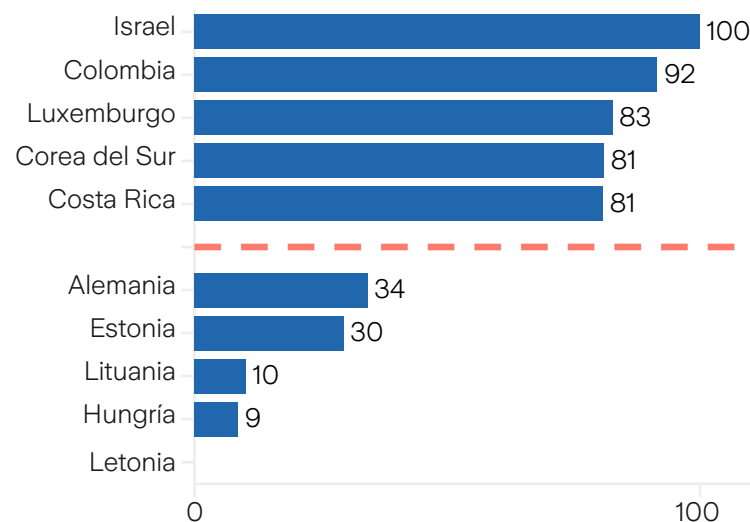
Una brecha cada vez mayor entre la esperanza de vida y la esperanza de vida con buena salud. Las enfermedades crónicas están experimentando un cambio significativo. En muchos países de la OCDE, cada vez menos personas mueren prematuramente, pero son más las que viven más tiempo con una enfermedad, a menudo durante décadas.

Esto supone dedicar más tiempo a controlar las enfermedades, una mayor presión sobre los sistemas sanitarios y los hogares, y una creciente necesidad de apoyo continuo. Además, desplaza el reto de los acontecimientos a corto plazo hacia los riesgos a largo plazo, lo que tiene implicaciones directas para los enfoques de prevención y los costes de la asistencia, así como para la estabilidad de los ingresos y la planificación financiera a largo plazo.

Véase [«La carga de las enfermedades crónicas»](#).

Puntuaciones: Carga de las enfermedades crónicas

Las puntuaciones más altas y más bajas



La calidad impulsa el rendimiento comparativo

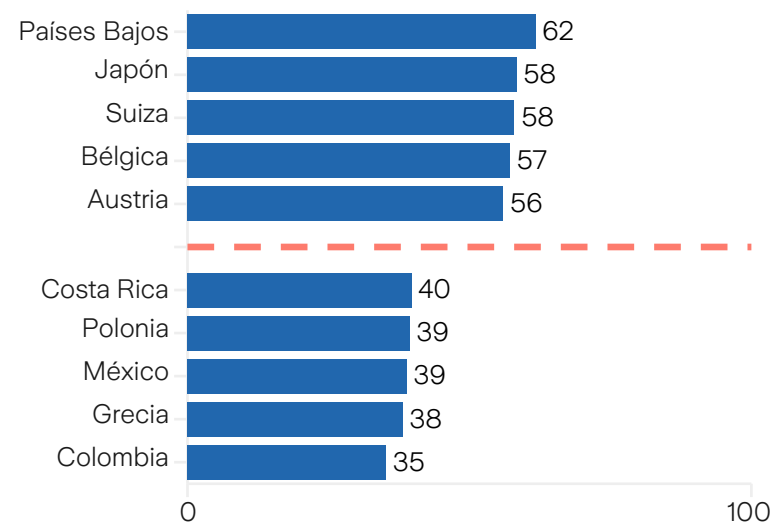
La capacidad es importante, pero no explica por completo la brecha en el rendimiento. Siguen existiendo grandes diferencias en cuanto a calidad y preparación entre los distintos países, especialmente en lo que respecta al acceso, la coordinación y la continuidad de la atención.

Esto genera un gradiente de acceso que repercute directamente en la evolución de las enfermedades: las personas que se enfrentan a barreras económicas o geográficas retrasan la búsqueda de un diagnóstico, tienen dificultades para mantener el tratamiento o dependen de una atención fragmentada. Y cuando los gastos a cargo del paciente son elevados o la protección es limitada, esto puede conducir a la inseguridad económica.

Véase [«Rendimiento del sistema sanitario»](#).

Puntuaciones: Rendimiento del sistema sanitario

Clasificaciones más altas y más bajas



Los recursos por sí solos no garantizan los resultados

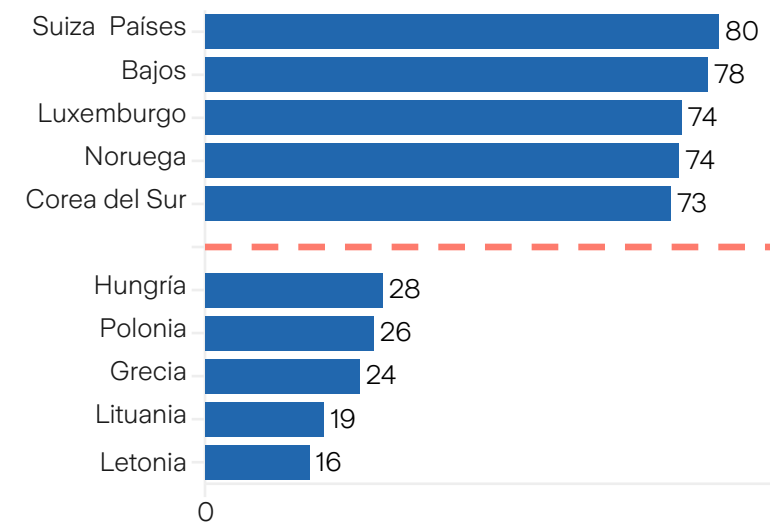
Cuando se analizan conjuntamente la carga de morbilidad y el rendimiento del sistema, se obtiene una imagen más clara de en qué medida los países están preparados para gestionar las enfermedades crónicas.

Los datos demográficos desempeñan un papel fundamental: los países con poblaciones más jóvenes se enfrentan a una presión cada vez mayor a medida que sus poblaciones envejecen, mientras que los países con poblaciones de mayor edad deben encontrar la forma de mantener un alto rendimiento ante una demanda creciente. El resultado son dos trayectorias: una de prevención y preparación, y otra de gestión.

Véase [«Chronic Care Index»](#)

Puntuaciones: Índice de atención a enfermedades crónicas

Clasificaciones más altas y más bajas



Las puntuaciones más altas indican un mejor rendimiento. Consulte [«Datos y metodología»](#) para consultar el conjunto completo de fuentes de datos, supuestos y cálculos.

Los sistemas de atención aguda se enfrentan a una realidad crónica

Estos resultados pueden deberse a una brecha estructural: sistemas diseñados para situaciones agudas que ahora se ven puestos a prueba por la gestión de enfermedades crónicas a lo largo de toda la vida.

Los países que lideran el *Chronic Care Index* —entre ellos Suiza, los Países Bajos, Luxemburgo, Noruega y Corea del Sur— combinan una carga de morbilidad relativamente baja con un sólido rendimiento del sistema sanitario, lo que sugiere una mejor gestión tanto de los factores de riesgo subyacentes como de la prestación de la atención a lo largo del tiempo.

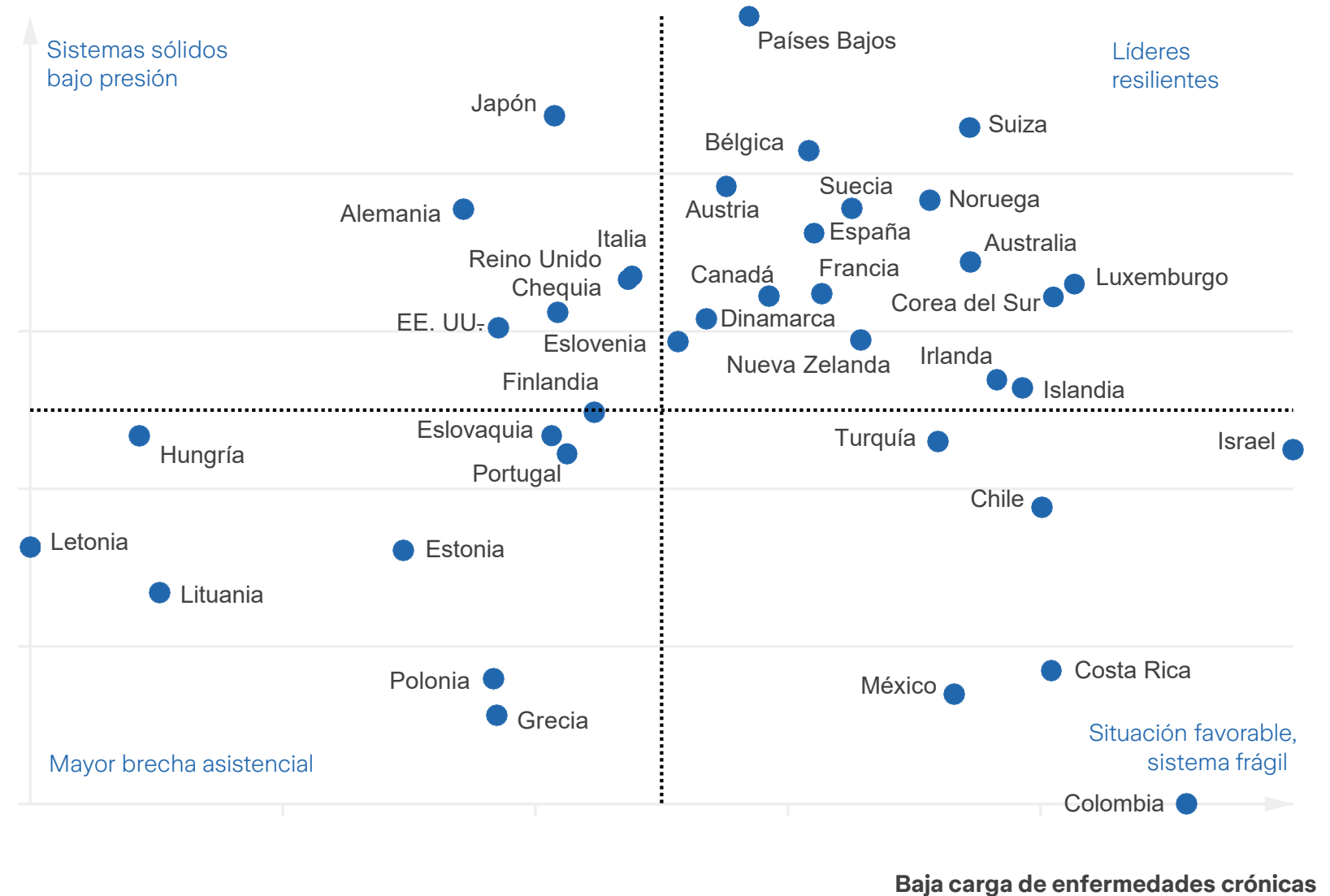
Por el contrario, los países con peor rendimiento —como Letonia, Lituania, Grecia, Polonia y Hungría— pueden enfrentarse a una amplia brecha asistencial: una mayor carga de morbilidad sin la infraestructura, la calidad y la preparación del sistema necesarias para gestionarla de forma eficaz. Y cuando un país se queda atrás en ambas dimensiones, ponerse al día puede resultar estructuralmente más difícil.

Es fundamental destacar que los resultados muestran que el rendimiento no es simplemente una función del gasto o del tamaño del sistema, ni el envejecimiento por sí solo predetermina una elevada carga de morbilidad. Para cerrar esta brecha asistencial es necesaria la coordinación entre los sistemas de salud pública, las empresas y las aseguradoras; estas últimas deben contribuir mediante una intervención más temprana para reducir el riesgo, una mayor protección de los ingresos y la resiliencia financiera, y servicios que ayuden a las personas a gestionar las ayudas a lo largo del tiempo.

Chronic Care Index

Carga de las enfermedades crónicas y puntuaciones de rendimiento del sistema sanitario (0 – 100)

Alto rendimiento del sistema sanitario



Las puntuaciones más altas indican un mejor rendimiento. Las puntuaciones de rendimiento del sistema sanitario se han reescalado aquí para visualizar mejor la posición relativa de los países. Consulte [«Datos y metodología»](#) para obtener el conjunto completo de fuentes de datos, supuestos y cálculos.

Reequilibrio del riesgo: [Corea del Sur](#) presenta una baja carga de morbilidad a pesar del rápido envejecimiento de la población, lo que refleja los avances en materia de riesgos conductuales. Sin embargo, el aumento del riesgo metabólico está desplazando el reto hacia la detección precoz y el manejo a largo plazo de las enfermedades.

Cómo afrontar el envejecimiento:
[El caso de Suiza](#) demuestra que el envejecimiento de la población no tiene por qué implicar peores resultados. Una sólida coordinación, un alto nivel de confianza y la confianza de los pacientes favorecen una gestión más coherente a lo largo del tiempo.

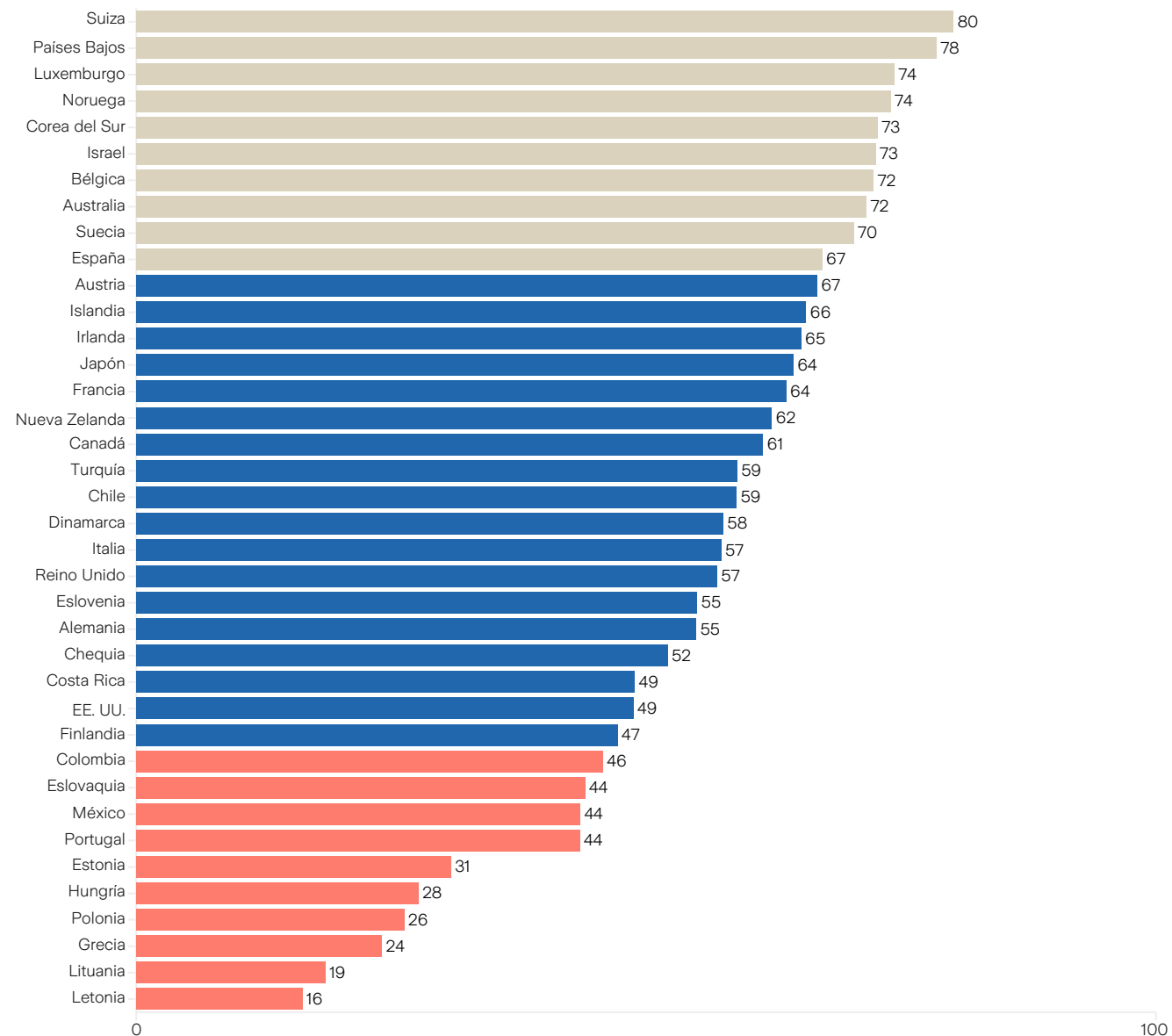
Brecha de acceso: [Los EE. UU.](#) cuenta con una de las atenciones sanitarias más avanzadas que existen, pero la población no accede a ella de manera equitativa, lo que puede provocar retrasos en el diagnóstico, un seguimiento irregular y un peor control de las enfermedades crónicas.

Diseño del sistema:
[Los Países Bajos](#) muestran cómo el diseño de la atención sanitaria puede influir en la carga de morbilidad, traduciendo unos recursos sólidos en una prestación coherente gracias a una fuerte coordinación y a un claro enfoque en la prevención y el apoyo a la reincorporación al trabajo.

Brecha de eficacia: Es más fácil acceder a la atención sanitaria en [Alemania](#), pero el mayor reto es lo que ocurre a continuación: la atención no siempre está bien coordinada a lo largo del tiempo, lo que dificulta el tratamiento coherente de las enfermedades y evita un agravamiento innecesario.

Puntuaciones: Chronic Care Index

0 – 100



Las puntuaciones más altas indican un mejor rendimiento. Consulte [«Datos y metodología»](#) para obtener el conjunto completo de fuentes de datos, supuestos y cálculos.

La próxima oportunidad:

Cerrar la brecha en la atención de las enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas se prolongan durante décadas. A medida que las personas viven más tiempo con enfermedades y discapacidades, el valor de la atención a las enfermedades crónicas residirá en la rapidez y eficacia con que los países organicen, faciliten el acceso y mantengan dicha atención, especialmente mediante la inversión en prevención, integración y responsabilidad compartida:

1. Del tratamiento a la prevención:

Aunque el tratamiento sigue siendo esencial, actuar antes puede reducir la probabilidad de que las afecciones evolucionen hacia enfermedades crónicas, lo que limita sus repercusiones en la salud, el trabajo y la estabilidad financiera. Esto es especialmente importante en el caso de afecciones que pueden agravarse con el tiempo, desde las enfermedades cardiovasculares y la diabetes hasta la demencia y los trastornos de salud mental, ya que reducen la capacidad laboral y generan costes a largo plazo.

La incidencia y la progresión pueden frenarse mediante dos tipos de intervenciones: el cambio de comportamiento centrado en factores de riesgo clave, como la alimentación y la actividad física; y la identificación y el control del riesgo metabólico mediante pruebas de detección y datos.² A medida que la población envejece, las mejoras en los riesgos conductuales no siempre coinciden con reducciones en el riesgo metabólico subyacente, lo que significa que la prevención debe centrarse cada vez más no solo en reducir la exposición, sino también en identificar, supervisar y gestionar el riesgo de forma más temprana y más sistemática a lo largo del tiempo.

Para respaldar esto, están surgiendo nuevos modelos destinados a ampliar el acceso a la evaluación de riesgos y a los exámenes de detección, que a menudo se ofrecen a través de plataformas patrocinadas por las empresas o vinculadas a las aseguradoras. Esto incluye la elaboración de perfiles de riesgo mediante herramientas digitales, programas específicos para determinadas afecciones y servicios que combinan datos, apoyo conductual y asesoramiento clínico a lo largo del tiempo. Estos modelos no sustituyen a los sistemas sanitarios, sino que amplían su alcance, lo que permite una identificación más temprana de los riesgos y un apoyo más constante para mantener el cambio de comportamiento y controlar las afecciones antes de que se agraven.

2. De las intervenciones fragmentadas a los itinerarios integrados:

La atención crónica no es un hecho aislado, sino un proceso que se prolonga durante varios años y en el que intervienen múltiples puntos de contacto: atención primaria, especialistas, empresas y otros proveedores de apoyo. En muchos casos, la falta de integración puede dejar a las personas y a las empresas sin una vía clara para acceder a la atención. Esto puede determinar si las personas reciben una atención oportuna y coherente, o si sufren retrasos, duplicidades costosas y lagunas en el apoyo.³

Ahora hay que centrarse en cómo se conectan estos servicios: ofrecer a las personas una vía clara de acceso a la atención, garantizar el flujo de información entre los proveedores y mantener un seguimiento coherente a medida que evolucionan las afecciones.

3. Del rendimiento del sistema a la responsabilidad compartida:

La magnitud y la duración de las enfermedades crónicas superan lo que cualquier persona o institución pueda gestionar por sí sola. Ya se está produciendo un cambio hacia la responsabilidad compartida entre los sistemas públicos, las empresas y las aseguradoras.

Las empresas desempeñan un papel clave a la hora de configurar el entorno laboral y llegar a la población en edad de trabajar.⁴ Al mismo tiempo, las aseguradoras son fundamentales para facilitar el acceso a la prevención, la detección precoz, la continuidad de la asistencia y el tratamiento continuado de las enfermedades, complementando a los sistemas sanitarios públicos.

2. Riley-Gibson et al. [Una revisión sistemática para determinar el efecto de las estrategias destinadas a mantener las intervenciones de prevención de enfermedades crónicas en entornos clínicos y comunitarios \(2025\)](#).

3. OCDE. [Integración de la atención para prevenir y gestionar las enfermedades crónicas](#) (2023).

4. Virtanen et al. [Eficacia de las intervenciones en el lugar de trabajo para la promoción de la salud](#) (2025).

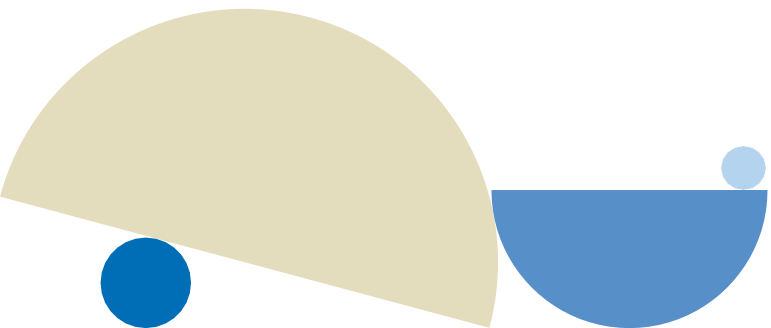
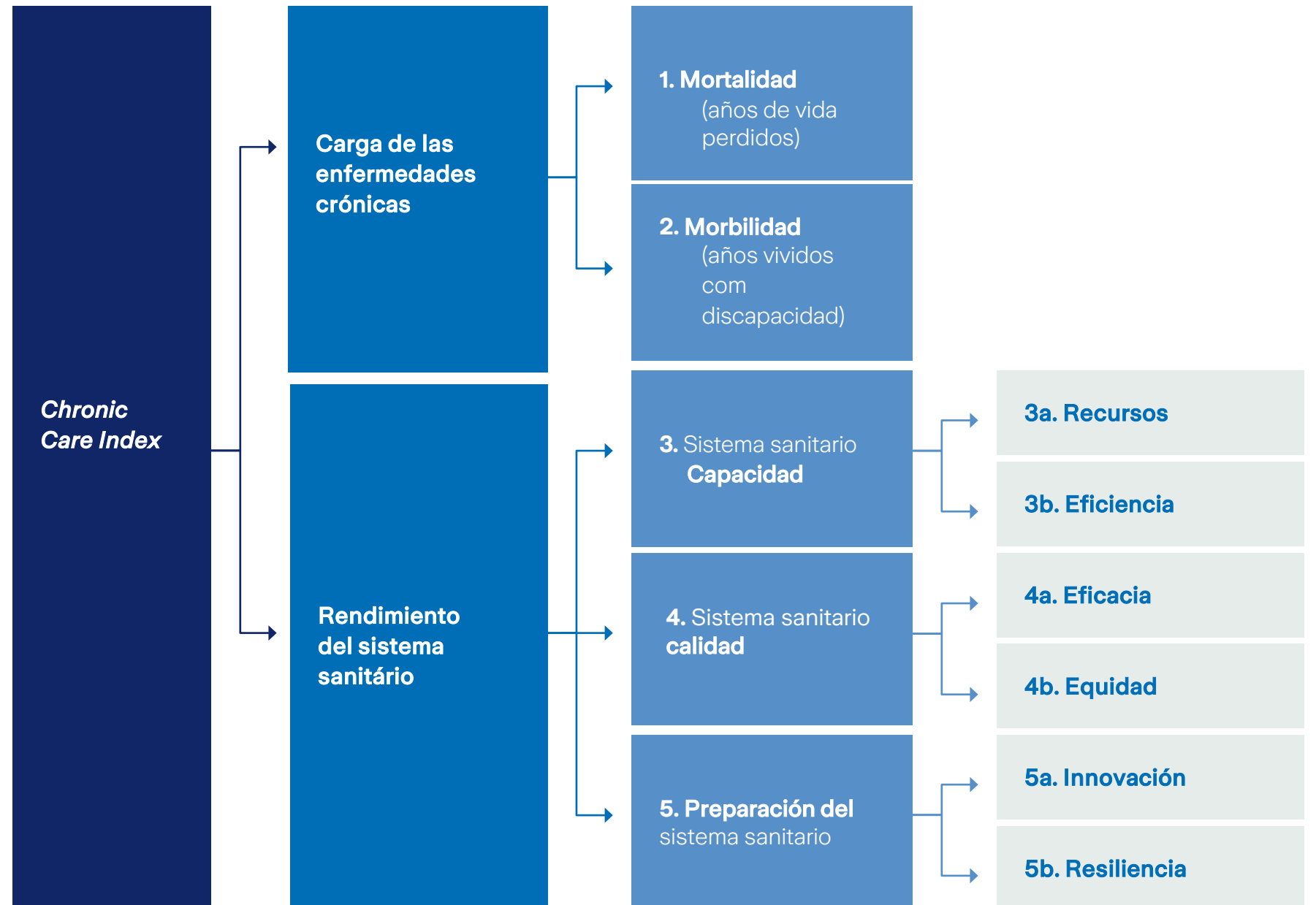
Cómo leer este informe



«The Value of Chronic Care» es un índice exhaustivo, basado en datos, que mide y clasifica el grado de preparación de los sistemas sanitarios ante la creciente carga que suponen las enfermedades crónicas.

Se evalúan dos dimensiones principales: la gravedad de la carga de las enfermedades crónicas, tanto en términos de mortalidad como de morbilidad; y el rendimiento de los sistemas sanitarios, teniendo en cuenta factores como la capacidad, la calidad y el grado de preparación. En general, las puntuaciones de las dimensiones, los pilares y los indicadores pueden oscilar entre 0 y 100: las puntuaciones más altas indican un mejor rendimiento.

El índice permite realizar una comparación directa entre los 38 países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).



¿Qué entendemos por «carga de las enfermedades crónicas»?

La definición de enfermedad crónica utilizada en este informe es amplia:⁵ Afecciones que requieren cuidados a largo plazo o tratamiento continuado, y que suponen una carga económica para los pacientes, sus familias y amigos.

La dimensión «carga de las enfermedades crónicas» del índice abarca más de 200 afecciones crónicas de más de 15 subgrupos de enfermedades, recogidas en el estudio «Carga Global de Enfermedad» (GBD), publicado en 2025 con datos hasta 2023.⁶ Esto incluye:

- **Enfermedades transmisibles y nutricionales:** el VIH/sida y determinadas infecciones de transmisión sexual; la tuberculosis; ciertas enfermedades tropicales y las carencias nutricionales.
- **Enfermedades no transmisibles,** como neoplasias (cánceres), enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades digestivas, trastornos neurológicos, trastornos mentales, trastornos por abuso de sustancias, diabetes y enfermedades renales, enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, enfermedades de los órganos sensoriales y trastornos musculoesqueléticos.

Evaluamos la carga de las enfermedades crónicas de un país a través de sus repercusiones mortales (años de vida perdidos, YLL) y no mortales (años vividos con discapacidad, YLD).⁷ Estos se combinan en una medida compuesta: los años de vida ajustados por discapacidad (DALY), una cifra única que muestra el impacto global de las enfermedades crónicas.

Para garantizar la comparabilidad entre países y períodos de tiempo, se utilizaron tasas por cada 100 000 habitantes para calcular las puntuaciones.

¿Qué entendemos por rendimiento del sistema sanitario?

La dimensión del índice relativa al rendimiento del sistema sanitario mide los recursos y las capacidades de los sistemas de atención sanitaria, desde la perspectiva del tratamiento y la gestión de las enfermedades crónicas.

Las puntuaciones de los países se calculan a partir de 30 indicadores que miden tres pilares del rendimiento:

- **Capacidad:** si un sistema sanitario puede prestar asistencia a gran escala, teniendo en cuenta tanto los recursos (por ejemplo, la disponibilidad de médicos) como los indicadores de eficiencia (por ejemplo, la duración media de la estancia hospitalaria).
- **Calidad:** si la atención es eficaz (por ejemplo, los ingresos hospitalarios evitables) y equitativa (por ejemplo, las necesidades no cubiertas).
- **Preparación:** si un sistema sanitario está preparado para responder a los retos futuros. Esto incluye indicadores de innovación (por ejemplo, el gasto en investigación médica) y de resiliencia (por ejemplo, la inversión de capital en infraestructuras sanitarias).

5. Las definiciones de «enfermedad crónica» varían. Véanse, por ejemplo: Bernell y Howard. [Elige bien tus palabras: ¿qué es una enfermedad crónica?](#) (2016); AIHW. [Enfermedades crónicas](#) (2025); CDC. [Acerca de las enfermedades crónicas](#) (2026); OCDE. [¿Funciona la asistencia sanitaria?](#) (2025); OMS. [Enfermedades no transmisibles](#) (2025).

6. [Red Colaborativa sobre la Carga Global de Morbilidad. Estudio sobre la Carga Global de Morbilidad 2023](#) (GBD 2023). Seattle, Estados Unidos: Instituto de Métricas y Evaluación Sanitaria (IHME), 2025.

7. Un YLD representa un año de vida saludable perdido debido a una discapacidad, mientras que un YLL representa un año perdido por muerte prematura.



Carga de las enfermedades crónicas

La carga de las enfermedades crónicas mide el impacto mortal y no mortal asociado a más de 200 enfermedades crónicas en los 38 países de la OCDE.

Las puntuaciones de los países se calculan a partir del total de años de vida sana perdidos (AVAD, DALY), que tienen en cuenta tanto la morbilidad (YLD) como la mortalidad (YLL).



Riesgo futuro: [Colombia](#)

ocupa el segundo puesto, con una baja carga de morbilidad que refleja en gran medida su perfil demográfico. Ya están apareciendo los primeros indicios de presión, con un aumento de la morbilidad y la mortalidad, lo que reduce el margen de maniobra de la prevención y la atención primaria para responder antes de que se acelere la demanda.

Riesgo metabólico: [Canadá](#)

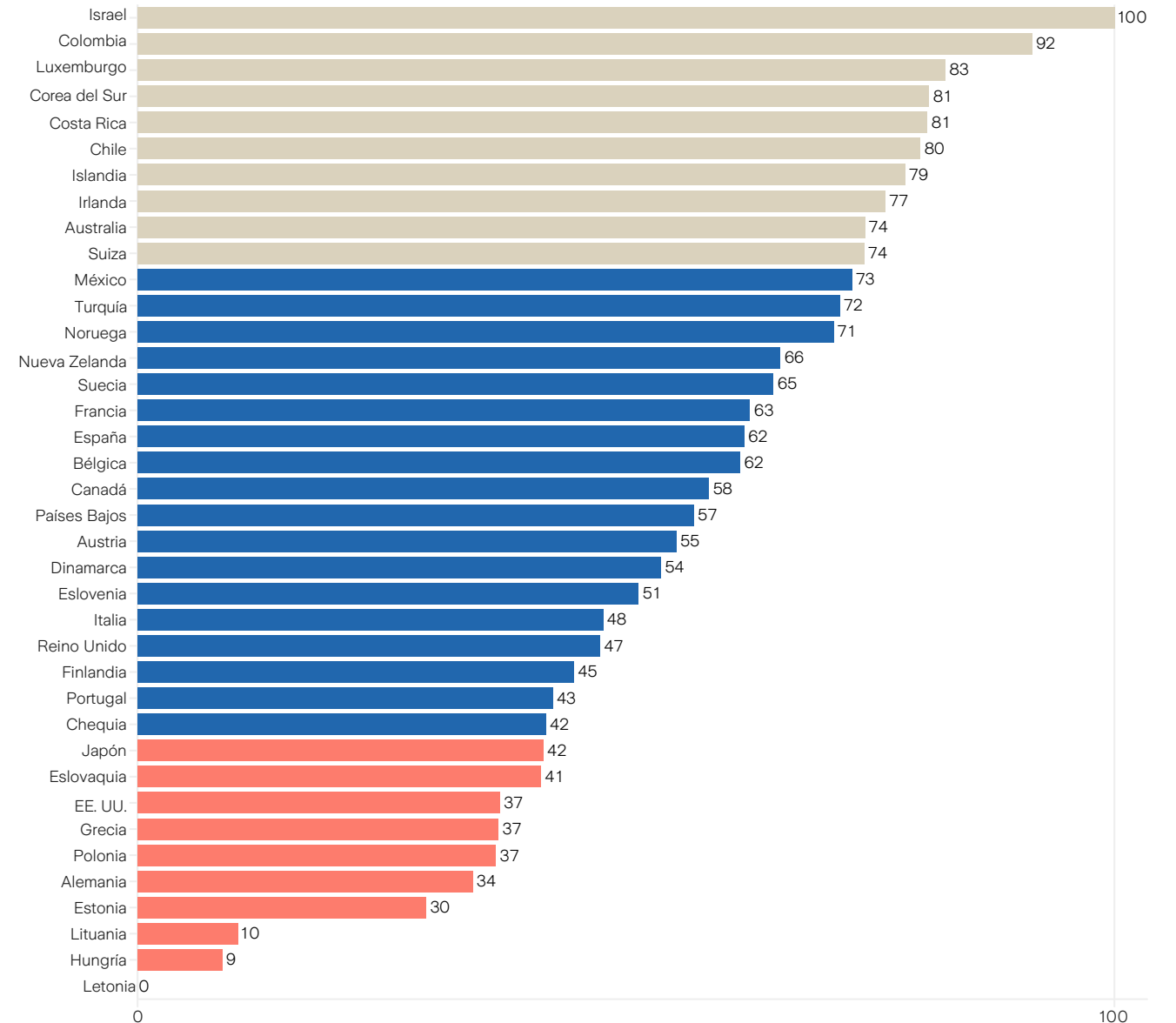
ocupa el puesto n.º 19 y es uno de los pocos países en los que se está produciendo un aumento tanto de la morbilidad como de la mortalidad. Al ser un país con una población muy envejecida, también está experimentando un cambio en su perfil de riesgo: los riesgos metabólicos están aumentando, incluso a medida que disminuyen los riesgos conductuales, lo que confiere mayor importancia al control sostenido de las enfermedades y al apoyo a lo largo del tiempo, incluso entre la población en edad laboral.

Riesgo de mortalidad: [Hungria](#)

ocupa el puesto n.º 37, y las enfermedades cardiovasculares representan casi la mitad (45 %) de los efectos sobre la mortalidad. Aunque las tasas de mortalidad han disminuido ligeramente, la exposición al riesgo sigue siendo elevada: la hipertensión arterial predomina junto con el aumento de los riesgos metabólicos, por lo que la prevención y la reducción del riesgo siguen siendo fundamentales para seguir avanzando.

Puntuaciones: Carga de las enfermedades crónicas

0-100



Las puntuaciones más altas indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [«Datos y metodología»](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

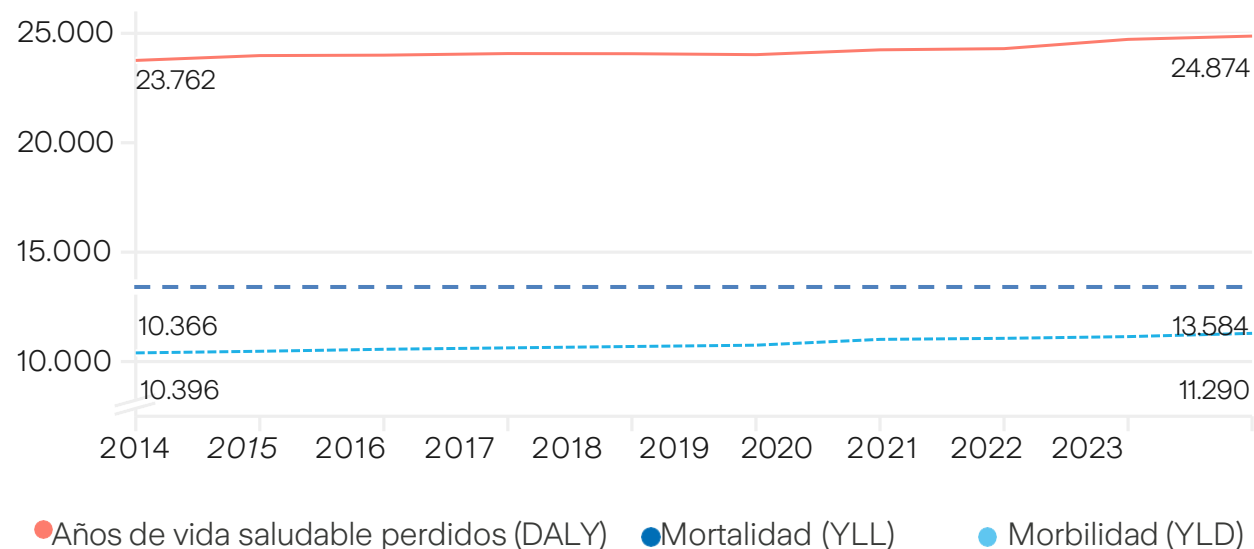
Una brecha cada vez mayor entre la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable

Las enfermedades crónicas —aquellas que persisten durante largos periodos y requieren un tratamiento continuo— suponen una carga importante para los sistemas sanitarios de los países de la OCDE. El aumento de la esperanza de vida no ha ido acompañado de mejoras equivalentes en la salud de la población.

La carga global de las enfermedades crónicas ha aumentado de forma leve pero constante durante la última década, lo que refleja cómo viven, envejecen y reciben asistencia las personas. Sin embargo, un análisis más detallado revela un cambio en la naturaleza de esta carga. Si bien tanto la mortalidad como la morbilidad contribuyen a las tendencias actuales, la morbilidad ha crecido más rápidamente con el paso del tiempo. Aunque durante la pandemia de COVID-19 se observaron repuntes en la carga, la trayectoria subyacente es anterior a esta.

Carga de las enfermedades crónicas

Promedio de DALY, YLL y YLD por cada 100 000 habitantes en los países de la OCDE, 2014-2023



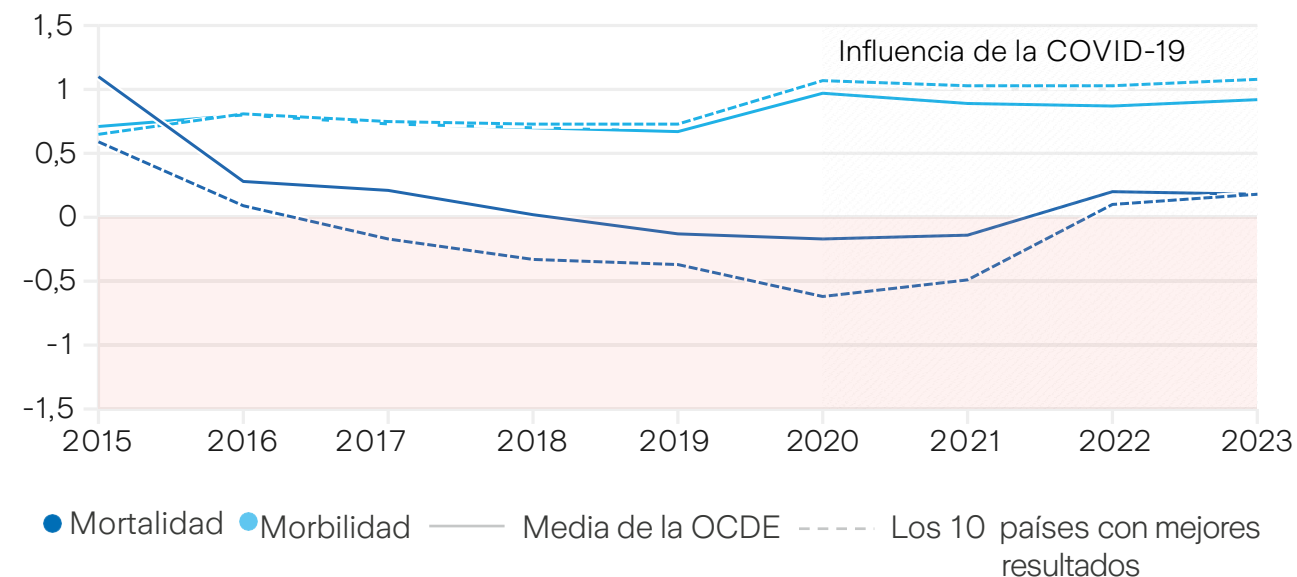
Fuente primaria: [IHME \(2025\)](#).

Consulte [«Datos y metodología»](#) para obtener el conjunto completo de fuentes de datos, hipótesis y cálculos.

Estas dinámicas son especialmente evidentes en países con una carga global de morbilidad más baja, que presentan buenos resultados en términos agregados, pero que también registran tasas de crecimiento de la morbilidad más rápidas. Es posible que las personas vivan más tiempo, pero el aumento de la esperanza de vida va acompañado de una prolongación de la enfermedad, lo que incrementa el impacto acumulado en los sistemas sanitarios, las economías y la calidad de vida. Esto también modifica la naturaleza del riesgo financiero asociado, que pasa de consistir en eventos puntuales a una exposición sostenida e incierta a lo largo del tiempo.

Una carga determinada por la morbilidad

Tasas medias de crecimiento de los impactos de la morbilidad y la mortalidad en los países de la OCDE, 2014-2023



Fuente primaria: [IHME \(2025\)](#).

Consulte [«Datos y metodología»](#) para obtener el conjunto completo de fuentes de datos, supuestos y cálculos.

¿Basado en la morbilidad o en la mortalidad?

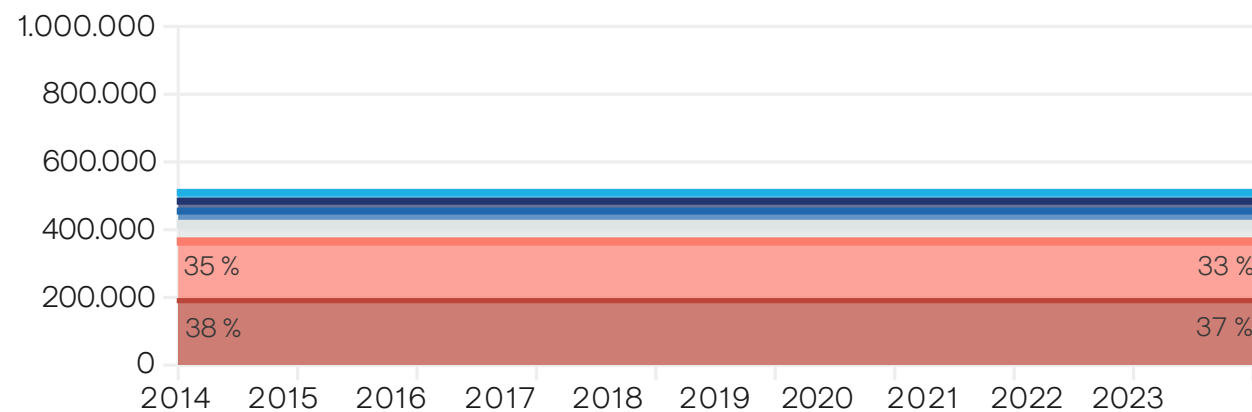
Esta tendencia se explica en parte por dos dinámicas paralelas: un ligero descenso del impacto global de las afecciones asociadas principalmente a la mortalidad y una contribución creciente de aquellas relacionadas con la morbilidad a largo plazo.

Los neoplasmas son los que más contribuyen a la carga global (el 21 % de los DALY medios por cada 100 000 habitantes en 2023), debido principalmente a la mortalidad (el 95 % de los DALY asociados). Sin embargo, estos impactos han disminuido ligeramente con el tiempo a medida que mejoran las tasas de supervivencia. Las enfermedades cardiovasculares, otra afección con elevada mortalidad (86 %) y que contribuye de manera significativa a la carga global (21 %), también han experimentado descensos sustanciales en su prevalencia y en sus efectos sobre la mortalidad y la morbilidad a lo largo del tiempo.

Por el contrario, las afecciones que requieren un tratamiento a largo plazo —en particular, los trastornos de salud mental y las enfermedades neurológicas— han aumentado en cuanto a su impacto en la morbilidad y su proporción respecto al total

Carga de mortalidad por causas principales

Promedio de años de vida perdidos (YLL) por cada 100 000 habitantes en los países de la OCDE, 2014-2023



- Enfermedades cardiovasculares
- Neoplasias
- Enfermedades respiratorias crónicas
- Trastornos neurológicos
- Diabetes y enfermedades renales
- Todas las demás causas

Fuente primaria: [IHME \(2025\)](#).

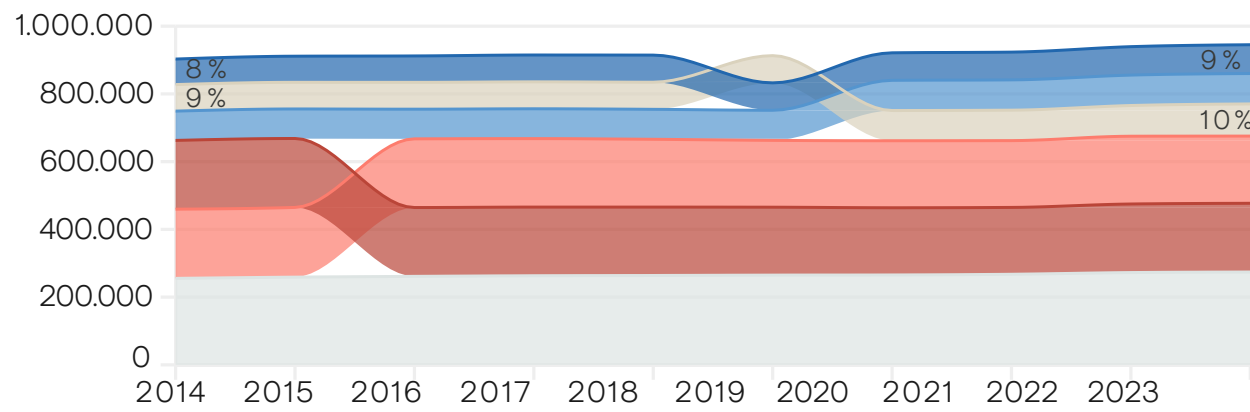
Consulte [«Datos y metodología»](#) para obtener el conjunto completo de fuentes de datos, supuestos y cálculos.

carga (un 10 % y un 9 %, respectivamente), lo que refleja una mayor prevalencia. Los trastornos musculoesqueléticos también siguen siendo un factor importante de morbilidad y de la carga global de la enfermedad (9 %). Si bien la reducción de la mortalidad refleja un avance significativo, el aumento de la morbilidad significa que estas afecciones se están convirtiendo en un problema que se prolonga durante décadas y que afecta a todas las dimensiones de la vida de una persona: su salud, sus ingresos, su independencia y la estabilidad económica de su familia.

El perfil económico de las enfermedades crónicas está cambiando en consecuencia. El riesgo financiero debe gestionarse tanto en el momento del diagnóstico como a lo largo de la enfermedad a largo plazo, y sus repercusiones ya no se limitan a la jubilación. A medida que las enfermedades crónicas se prolongan durante la vida laboral, también influyen en la planificación financiera a largo plazo, lo que aumenta la importancia tanto de la protección como de la planificación del ahorro para hacer frente a períodos prolongados de enfermedad. Sus efectos van más allá de los sistemas sanitarios, lo que exige una respuesta más amplia y coordinada entre las instituciones que determinan la salud, el trabajo y la seguridad financiera de las personas.

Carga de morbilidad por causas principales

Promedio de YLD por cada 100 000 habitantes en los países de la OCDE, 2014-2023



- Enfermedades cardiovasculares
- Neoplasias
- Trastornos mentales
- Trastornos neurológicos
- Trastornos musculoesqueléticos
- Todas las demás causas

Fuente principal: [IHME \(2025\)](#).

Consulte [«Datos y metodología»](#) para obtener el conjunto completo de fuentes de datos, supuestos y cálculos.

En portada

Demencia: los cuidados a largo plazo en la práctica

La demencia pone de relieve un aspecto concreto del reto que supone la atención crónica, caracterizado por una pérdida progresiva de la independencia a lo largo del tiempo. A medida que la enfermedad avanza, la atención pasa del tratamiento clínico a un apoyo continuado en la vida cotidiana, a menudo durante muchos años.

Esto da lugar a un modelo diferente de demanda asistencial. El apoyo se presta cada vez más fuera de los hospitales y de los entornos asistenciales formales, mediante una combinación de servicios comunitarios y cuidados informales. Las familias desempeñan un papel fundamental, ya que suelen coordinar los cuidados, gestionar las necesidades cotidianas y asumir el impacto a largo plazo en cuanto a tiempo, ingresos y bienestar.

Las intervenciones coordinadas y con múltiples componentes —que incluyen la formación de los cuidadores, la gestión de casos, los programas de apoyo estructurados y los servicios comunitarios— pueden ayudar a mantener la calidad de vida y a reducir la carga tanto para las personas afectadas como para quienes les prestan apoyo.⁸ Esto puede incluir enfoques como la formación a distancia y el apoyo digital para los cuidadores, la coordinación estructurada de la atención y el acceso a servicios que permitan a las personas permanecer en su hogar durante más tiempo sin perder el contacto con la atención sanitaria.⁹

Esto también amplía el papel de los sistemas de protección y apoyo más allá de la mera asistencia sanitaria. Los servicios que ayudan a las personas a orientarse en la atención sanitaria, acceder a la información y hacer frente a las implicaciones económicas y prácticas de las enfermedades crónicas están cobrando cada vez más importancia junto al tratamiento médico tradicional. Estos servicios se extienden al apoyo a los cuidadores y familiares, así como a la transición fuera del mercado laboral mediante servicios de protección y apoyo económico.

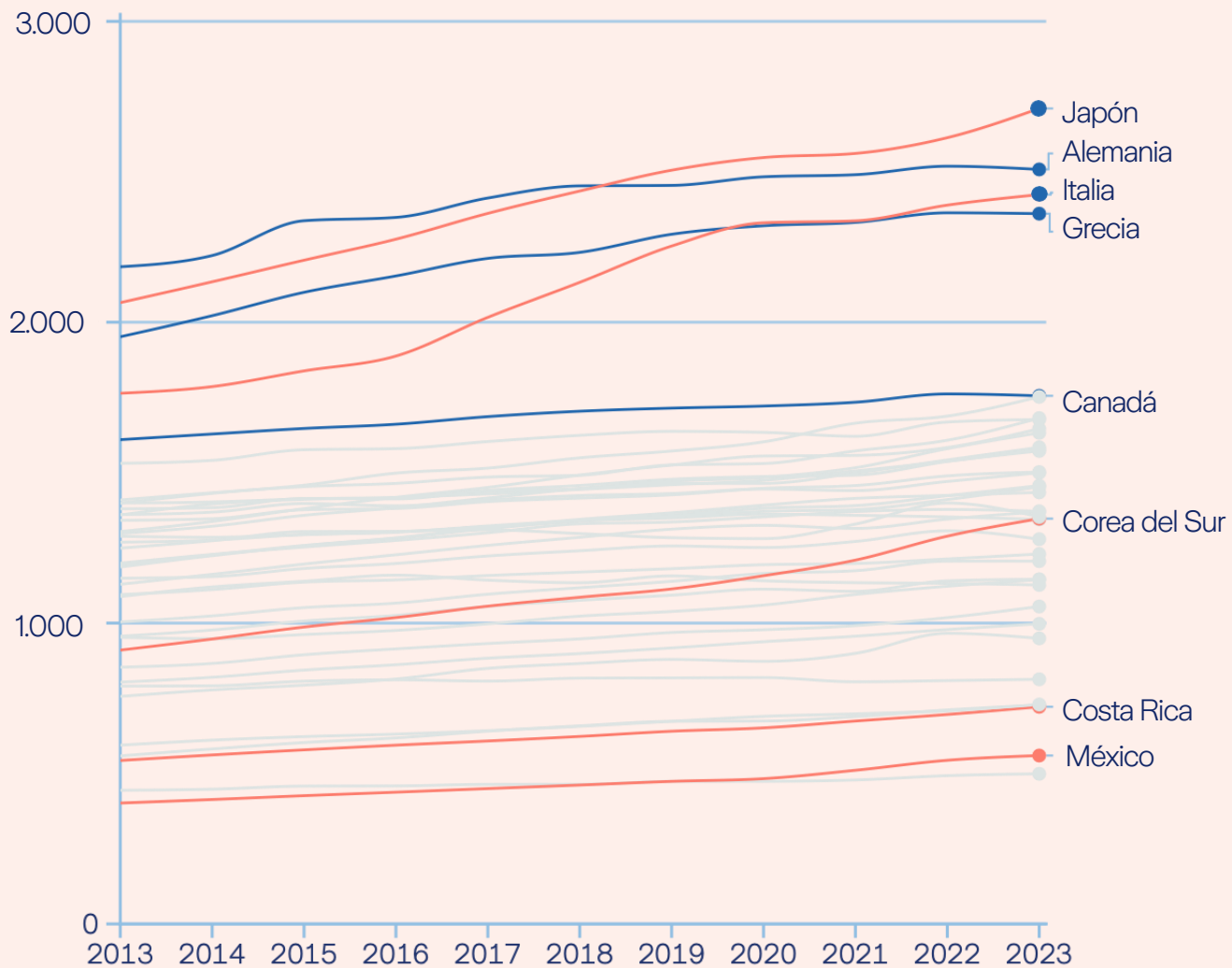
8. Encinas Monge et al. [Intervenciones para aliviar la carga de los cuidadores informales de personas mayores con demencia: una revisión exploratoria](#) (2024); Kwok et al. [Intervención multicomponente para cuidadores informales angustiados de personas con demencia](#) (2025).

9. Messina et al. [Búsqueda de ayuda por parte de los cuidadores familiares informales de personas con demencia: un estudio cualitativo con el apoyo como ejemplo concreto](#) (2022); OMS. [Apoyo a los cuidadores informales a largo plazo de personas mayores](#) (2024).



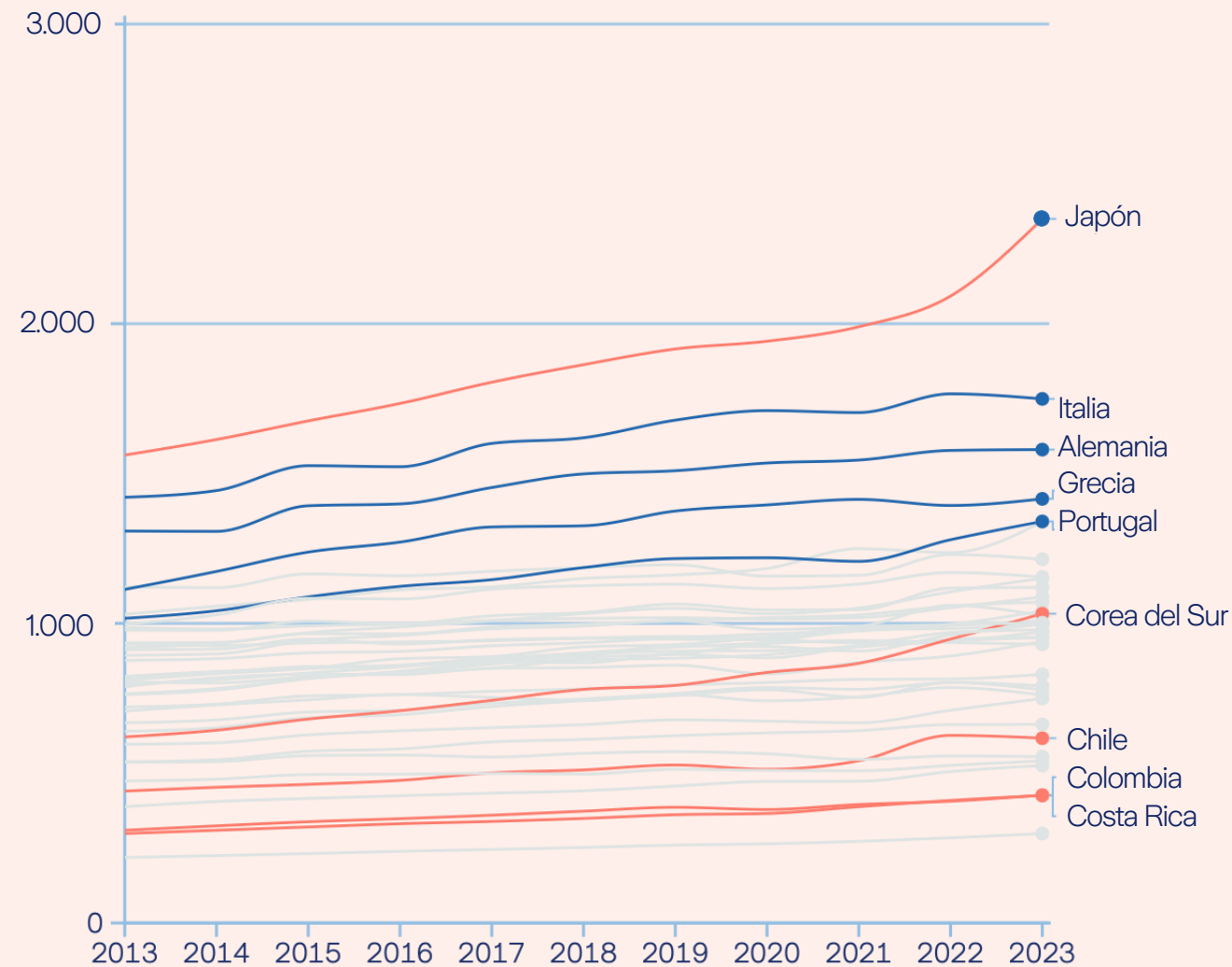
Enfermedad de Alzheimer y otras demencias: prevalencia

Tasa por cada 100 000 habitantes, por país de la OCDE, 2013-2023



Enfermedad de Alzheimer y otras demencias: años de vida con salud perdidos

AADV por cada 100 000 habitantes, por país de la OCDE, 2013-2023



● Alto crecimiento ● Alto volumen

Fuente primaria: [IHME \(2025\)](#). Consulte [Datos y metodología](#) para obtener el conjunto completo de fuentes de datos, supuestos y cálculos.

Resultados regionales: donde la mortalidad sigue siendo predominante

La tendencia hacia la morbilidad no ha sido uniforme en todas las zonas geográficas. Los patrones de la carga de morbilidad varían significativamente entre países, determinados por las diferencias en los factores de riesgo subyacentes, el rendimiento de los sistemas sanitarios y las características de la población.

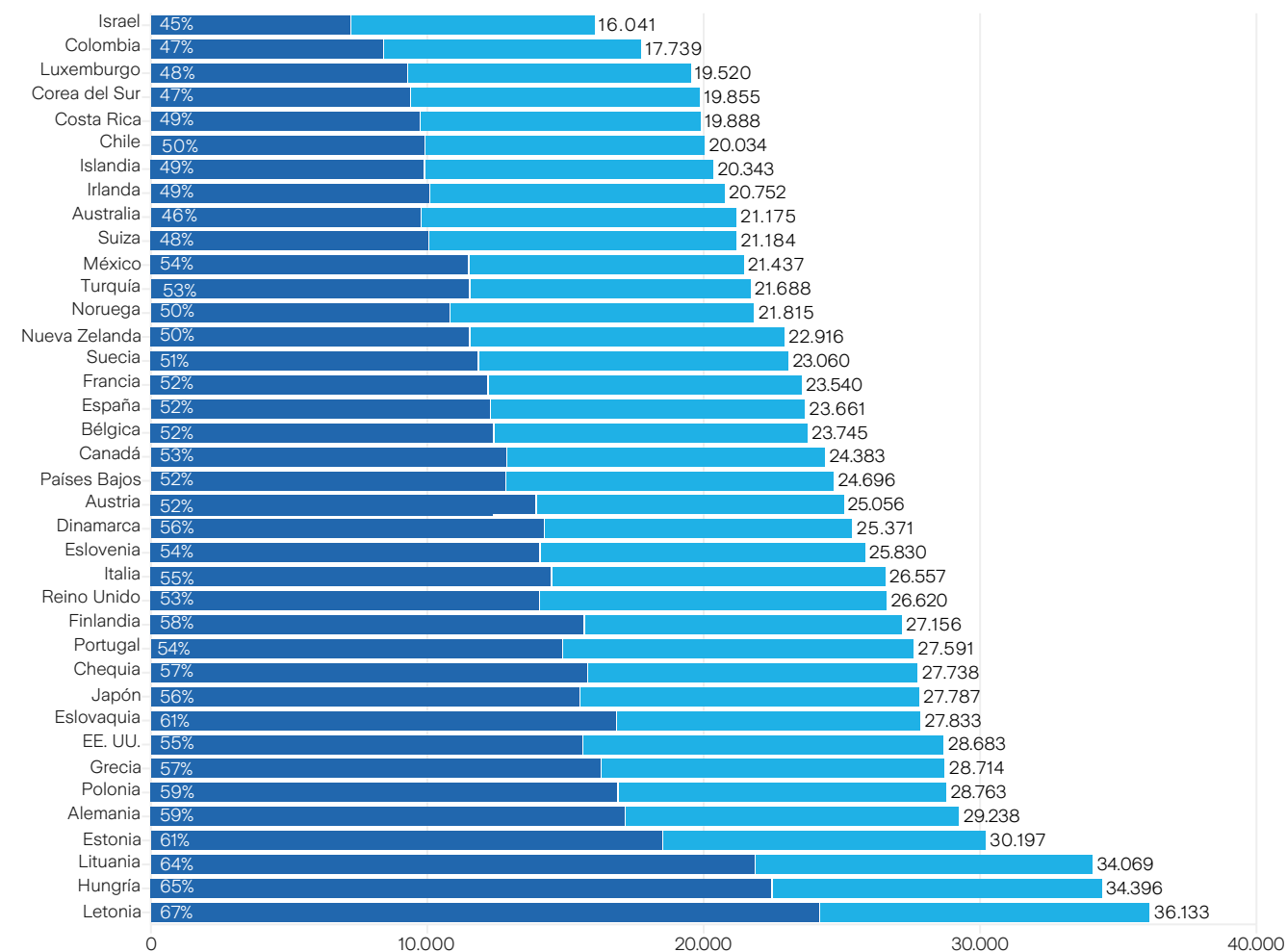
La menor carga de morbilidad —o el mejor rendimiento en el índice— se observa en dos grupos distintos de países, ambos con niveles más bajos de mortalidad:

1. **Países «más jóvenes»**, en los que es probable que la carga aún no haya alcanzado su punto máximo, como Colombia, Chile y Costa Rica.
2. **Países «envejecidos»**, como Corea del Sur, Luxemburgo y Australia, donde las puntuaciones más bajas en cuanto a la enfermedad apuntan a una intervención y prevención más eficaces de los factores de riesgo subyacentes (véase [Chronic Care Index](#)).

Sin embargo, para los países con mayor carga de morbilidad —sobre todo en Europa del Este—, el reto que plantean las enfermedades crónicas sigue siendo, ante todo, el de la mortalidad prematura. Casi dos tercios de los años de vida saludable perdidos en estos mercados siguen debiéndose a la muerte prematura por enfermedades crónicas.

Carga de las enfermedades crónicas

Promedio de YLD y YLL (%) y total por cada 100 000 habitantes, 2023



● Mortalidad (YLL) ● Morbilidad (YLD)

Fuente principal: [IHME \(2025\)](#).

Consulte la sección [«Datos y metodología»](#) para obtener una lista completa de las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

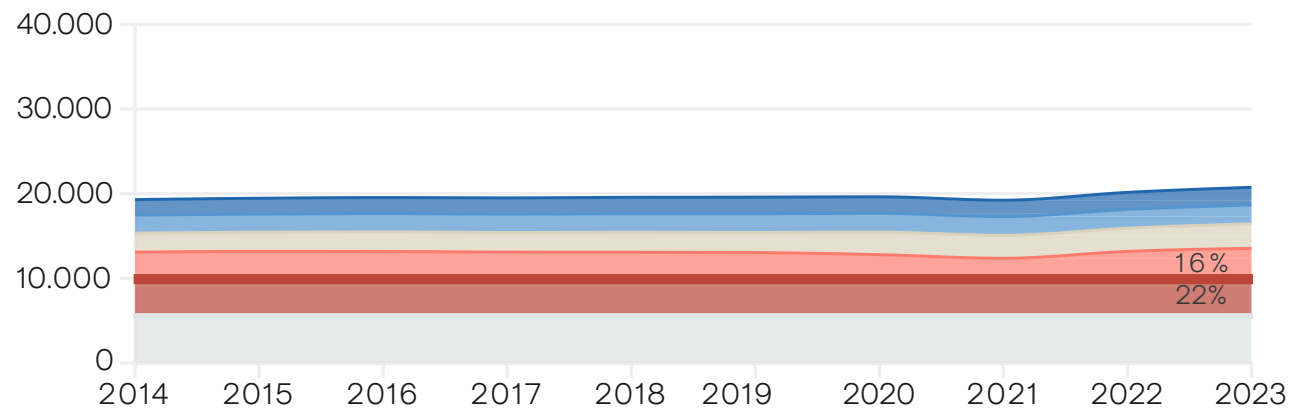
Los factores de riesgo determinan la carga

Los resultados de las enfermedades crónicas no vienen determinados únicamente por los sistemas sanitarios. Reflejan la distribución del riesgo subyacente entre las poblaciones, incluidos los factores metabólicos, conductuales y ambientales. Estos perfiles de riesgo reflejan no solo los comportamientos actuales, sino también los efectos acumulativos de la prevención, las políticas y la estructura demográfica a lo largo del tiempo.

Los países con una mayor carga de morbilidad (entre ellos Letonia, Lituania y Hungría) suelen enfrentarse a una elevada exposición simultánea a múltiples factores de riesgo, en particular la hipertensión arterial, la obesidad, una alimentación deficiente, el tabaquismo y el consumo de alcohol. Estos factores de riesgo son los principales impulsores de las causas más frecuentes de muerte prematura, sobre todo las enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer, que predominan en el perfil de casos de los países con peores resultados (y que, en conjunto, contribuyen al 54 % del total de años de vida saludable perdidos en Hungría en 2023, frente al 38 % en Irlanda, por ejemplo).

Irlanda (n.º 8): Carga total de enfermedades crónicas por causa principal

Promedio de DALY por cada 100 000 habitantes, 2014-2023



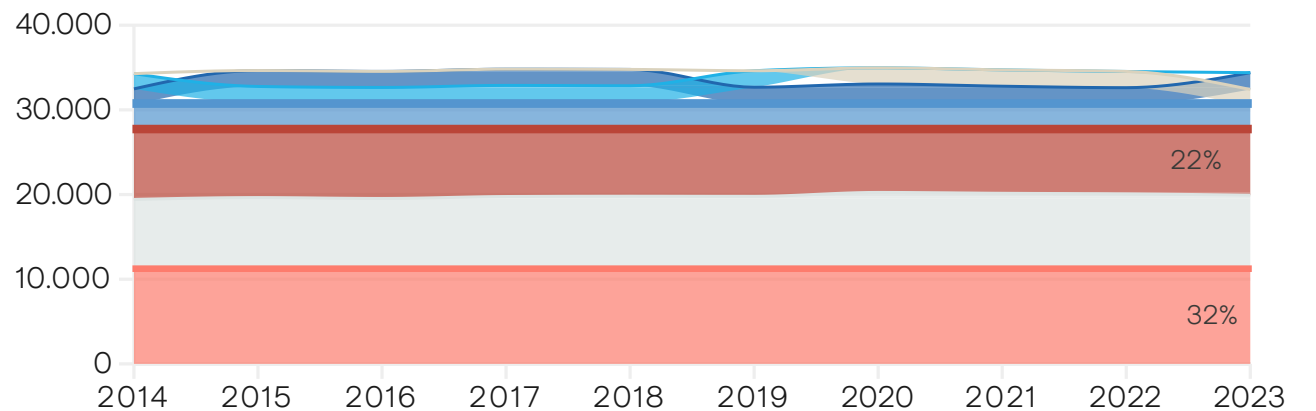
- Enfermedades cardiovasculares
- Neoplasias
- Trastornos mentales
- Trastornos musculoesqueléticos
- Trastornos neurológicos
- Todas las demás causas

Las diferencias en la exposición también ponen de manifiesto el papel que desempeñan la prevención, la detección precoz y la intervención específica a la hora de determinar los resultados. Los países con menor carga de morbilidad, por ejemplo, suelen presentar una exposición global menor, lo que refleja la idea bien establecida de que los resultados de las enfermedades crónicas no solo dependen del rendimiento de los sistemas sanitarios, sino también de la distribución de los factores de riesgo modificables dentro de las poblaciones.

La agrupación de los países según su perfil de riesgo refuerza aún más esta relación, pero también pone de relieve sus límites. En términos generales, los países se clasifican en grupos definidos por la distribución y la intensidad de los riesgos conductuales, metabólicos y ambientales, pero la correspondencia entre la exposición al riesgo y la carga de morbilidad no es uniforme. Los países con patrones de riesgo globalmente similares pueden, aun así, presentar resultados distintos. Por ejemplo, Suiza y el Reino Unido presentan un perfil de riesgo comparable, pero ocupan el décimo y el vigésimo quinto puesto, respectivamente, en cuanto a la carga de enfermedad crónica. Es probable que esta diferencia refleje no solo variaciones en la exposición al riesgo, sino también cómo esos riesgos se acumulan con el tiempo y se gestionan mediante la prevención, la detección precoz

Hungría (n.º 37): Carga total de enfermedades crónicas por causa principal

Promedio de DALY por cada 100 000 habitantes, 2014-2023



- Enfermedades cardiovasculares
- Neoplasias
- Trastornos mentales
- Trastornos musculoesqueléticos
- Trastornos neurológicos
- Todas las demás causas

la detección y la atención continuada — especialmente cuando la intervención se produce en una etapa temprana de la vida, momento en el que se pueden influir de manera más eficaz en las repercusiones a largo plazo sobre la salud, la productividad y los costes—.

Es importante destacar que no existe un único factor de riesgo predominante. La carga de las enfermedades crónicas refleja el efecto combinado de múltiples riesgos, que a menudo interactúan durante largos períodos de tiempo.

Por lo tanto, las mejoras sostenidas en los resultados dependen de que se aborde el perfil de riesgo en su totalidad —incluidos los factores conductuales, metabólicos y ambientales— y de que se adapte esa respuesta a medida que evoluciona la naturaleza del riesgo.

Características de riesgo en los grupos de países

DALY estandarizados por cada 100 000 habitantes, 2023

Factores de riesgo	Carga de riesgo múltiple alta (p. ej., 37 Hungría, 38 Letonia)	Carga alta (p. ej., 32 Grecia, 34 Alemania)	Carga de rango medio (p. ej., 26 Finlandia, 29 Japón)	Carga de rango medio a bajo (p. ej., 15 Francia, 19 Canadá)	Carga baja (p. ej., 2 Colombia, 4 Corea del Sur)	Valores atípicos (11 México, 31 EE. UU.)
Riesgos ambientales y ocupacionales						
Contaminación del aire	1.68	0.42	0.15	-1.11	-0.81	-0.3
Temperatura no óptima	1.8	0.32	-0.21	-0.68	1.05	-0.2
Otros riesgos ambientales	1.86	0.4	-0.39	-0.61	-0.79	-0.5
Riesgos ocupacionales	-0.03	0.1	0.72	1.42	-0.97	-1.2
Riesgos conductuales						
Desnutrición maternoinfantil	1.22	0.27	-1.04	-1.33	0.77	0.1
Tabaco	1.49	0.86	-0.17	-0.25	-1.17	-0.8
Consumo elevado de alcohol	1.84	0.44	-0.5	-0.56	-0.86	-0.4
Consumo de drogas	-0.22	-0.37	-0.67	-0.24	-0.51	2
Riesgos dietéticos	1.76	0.54	-0.44	-0.72	-0.92	-0.2
Violencia de pareja	-0.52	-0.93	-0.58	0.15	0.02	1.9
Violencia sexual contra niños y acoso escolar	-0.84	-0.87	-0.69	0.4	0.31	1.7
Sexo sin protección	1.05	-0.38	-0.88	-1	-0.19	1.4
Baja actividad física	1.66	0.4	0.18	-0.62	-1.23	-0.4
Riesgos metabólicos						
Glucosa plasmática en ayunas elevada	0.51	0.43	0	-0.99	-1.31	1.4
Presión arterial sistólica elevada	1.76	0.56	-0.18	-0.68	-0.88	-0.6
Índice de masa corporal elevado	1.21	0.55	-0.41	-0.93	-1.24	0.8
Disfunción renal	1.31	0.09	-0.44	-0.97	-1.03	1
Colesterol LDL elevado	1.81	0.36	-0.37	-0.65	-0.84	-0.4

Fuente principal: [IHME](#) (2025).

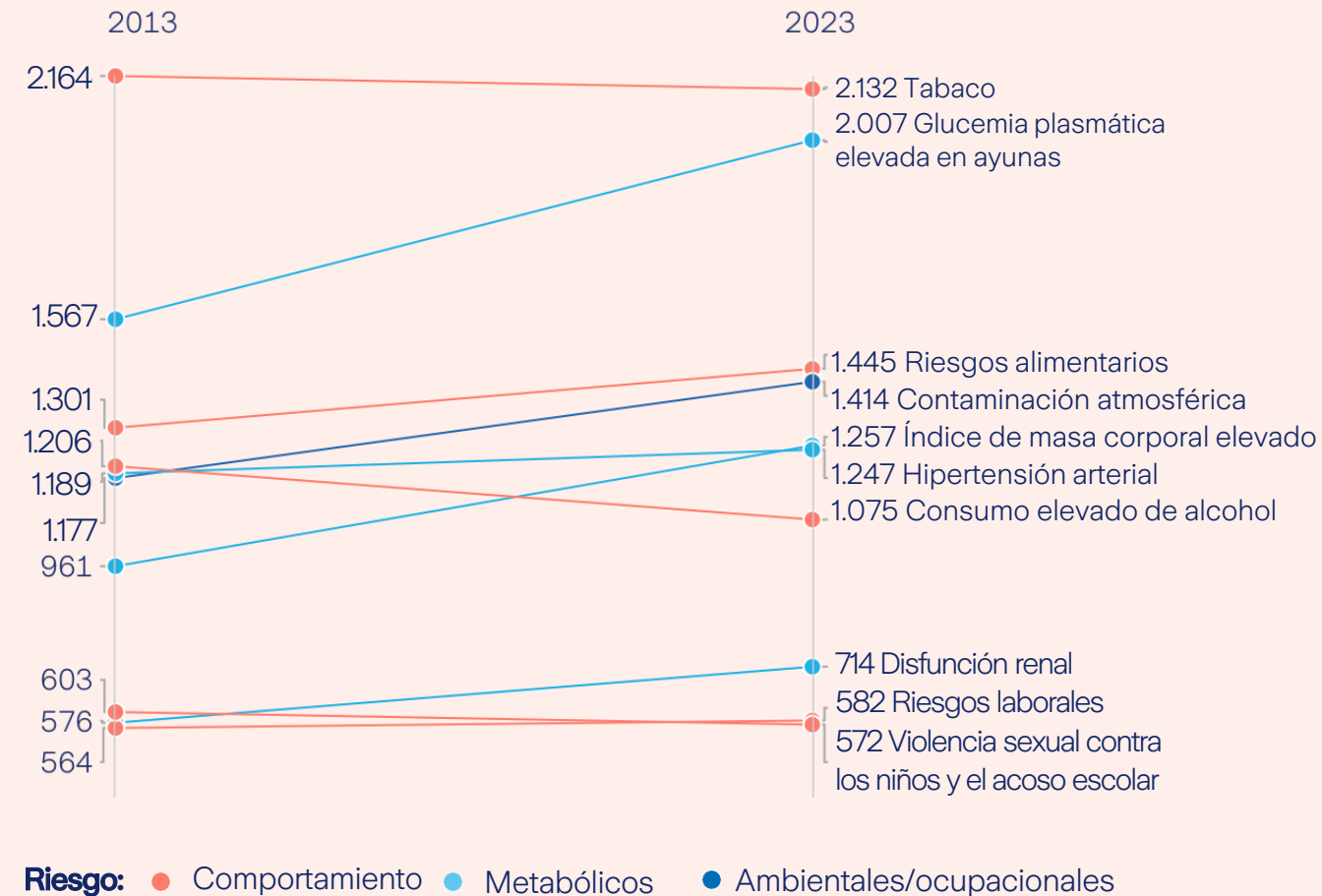
En este caso, los DALY reflejan únicamente la carga de las enfermedades crónicas. Los valores positivos indican una carga atribuible de mayor riesgo que la media. Los casos atípicos presentan un riesgo especialmente elevado debido al abuso de sustancias y a la violencia interpersonal. Consulte la sección «[Datos y metodología](#)» para obtener el conjunto completo de fuentes de datos, supuestos y cálculos.

En primer plano

Corea del Sur: del riesgo conductual al riesgo metabólico

Corea del Sur: principales factores de riesgo de años de vida ajustados por discapacidad (DALY) perdidos

AATD por cada 100 000 habitantes y clasificación general, 2013-2023



Fuente primaria: [IHME](#) (2025).

En este caso, los DALY reflejan la carga total de la enfermedad, no solo las afecciones crónicas. Consulte [«Datos y metodología»](#) para obtener el conjunto completo de fuentes de datos, supuestos y cálculos.

Los países que gestionan de forma activa los riesgos conductuales y metabólicos pueden superar las previsiones que se derivarían únicamente de la estructura demográfica.

Corea del Sur es un caso ilustrativo. Actualmente es una sociedad superenvejecida, con más del 20 % de la población de 65 años o más,¹⁰ y, sin embargo, ocupa el cuarto puesto en cuanto a [la carga de enfermedades crónicas](#). Este resultado se refuerza aún más cuando se estandariza por edad ([⇒ Resultados regionales: la edad importa](#)), donde Corea del Sur ocupa el primer puesto, lo que indica que los resultados no son simplemente producto de una demografía favorable, sino de una gestión más eficaz del riesgo a lo largo del tiempo.

En parte, esto refleja una respuesta política sostenida. [El Plan Nacional de Salud 2030 \(HP2030\)](#) de Corea del Sur establece un marco multisectorial que abarca el tabaquismo, el alcohol, la nutrición, la actividad física, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad, con el objetivo explícito de aumentar la esperanza de vida saludable.

Las medidas políticas se han centrado en los principales riesgos conductuales —en particular, el tabaco y el alcohol— mediante el endurecimiento de los controles sobre la publicidad y el envasado, la ampliación del apoyo para dejar de fumar y el refuerzo de las campañas de salud pública. Ambos siguen siendo los principales factores que contribuyen a la carga total de morbilidad (el n.º 1 y el n.º 7, respectivamente), pero también se encuentran entre los pocos factores de riesgo que han disminuido durante la última década, con una reducción estimada de sus contribuciones de 32 y 131 DALY por cada 100 000 habitantes, respectivamente.


Al mismo tiempo, los riesgos metabólicos siguen una tendencia opuesta. Los niveles elevados de glucosa plasmática en ayunas y el índice de masa corporal elevado han registrado los mayores aumentos en su contribución a la morbilidad, con un incremento de 440 y 296 DALY por cada 100 000 habitantes, respectivamente, durante el mismo periodo.

10. FMI. [Cuestiones seleccionadas de la República de Corea](#) (2025); Statista. [Envejecimiento de la población en Corea del Sur](#) (2025).

El enfoque de Corea del Sur integra la vigilancia continua y la intervención temprana para responder a este perfil de riesgo en constante evolución. Las encuestas nacionales de salud a gran escala realizan un seguimiento de los cambios en la alimentación, la actividad física y la salud metabólica, lo que permite una detección más temprana y respuestas políticas más específicas a lo largo del tiempo,¹¹ creando un ciclo de retroalimentación entre los datos y la intervención, y favoreciendo una gestión más adaptativa del riesgo de enfermedades crónicas.

Esto se complementa además con programas específicos de gestión de enfermedades crónicas, como las iniciativas nacionales para la hipertensión y la diabetes, que combinan educación, asesoramiento, apoyo nutricional y en materia de ejercicio, junto con sistemas de recordatorio para mejorar el cumplimiento terapéutico y la continuidad de la atención. Estos programas se centran en ralentizar la progresión y reducir las complicaciones, especialmente en el caso de afecciones en las que los factores de riesgo no pueden revertirse por completo.

En general, la experiencia de Corea del Sur demuestra que una mayor carga no es una consecuencia inevitable del envejecimiento. Por el contrario, los resultados reflejan la eficacia con la que los países gestionan el riesgo a lo largo del tiempo, combinando la prevención, la regulación y la gestión sostenida de las enfermedades a medida que evoluciona la naturaleza de dicho riesgo.

11.  Agencia Coreana de Control y Prevención de Enfermedades. [Utilización de resultados de la encuesta nacional de salud](#) (consultado en mayo de 2026).



La próxima oportunidad: De la gestión a la prevención

A medida que la morbilidad sigue aumentando, la brecha entre la esperanza de vida y la esperanza de vida con buena salud se va ampliando, lo que está transformando la forma en que se vive la enfermedad y cómo debe gestionarse. Las enfermedades crónicas no son solo un problema de salud, sino también económico: los países con una mayor carga se enfrentan a un aumento de los costes sanitarios, una menor participación en el mercado laboral y una mayor presión financiera sobre los hogares y los sistemas públicos.

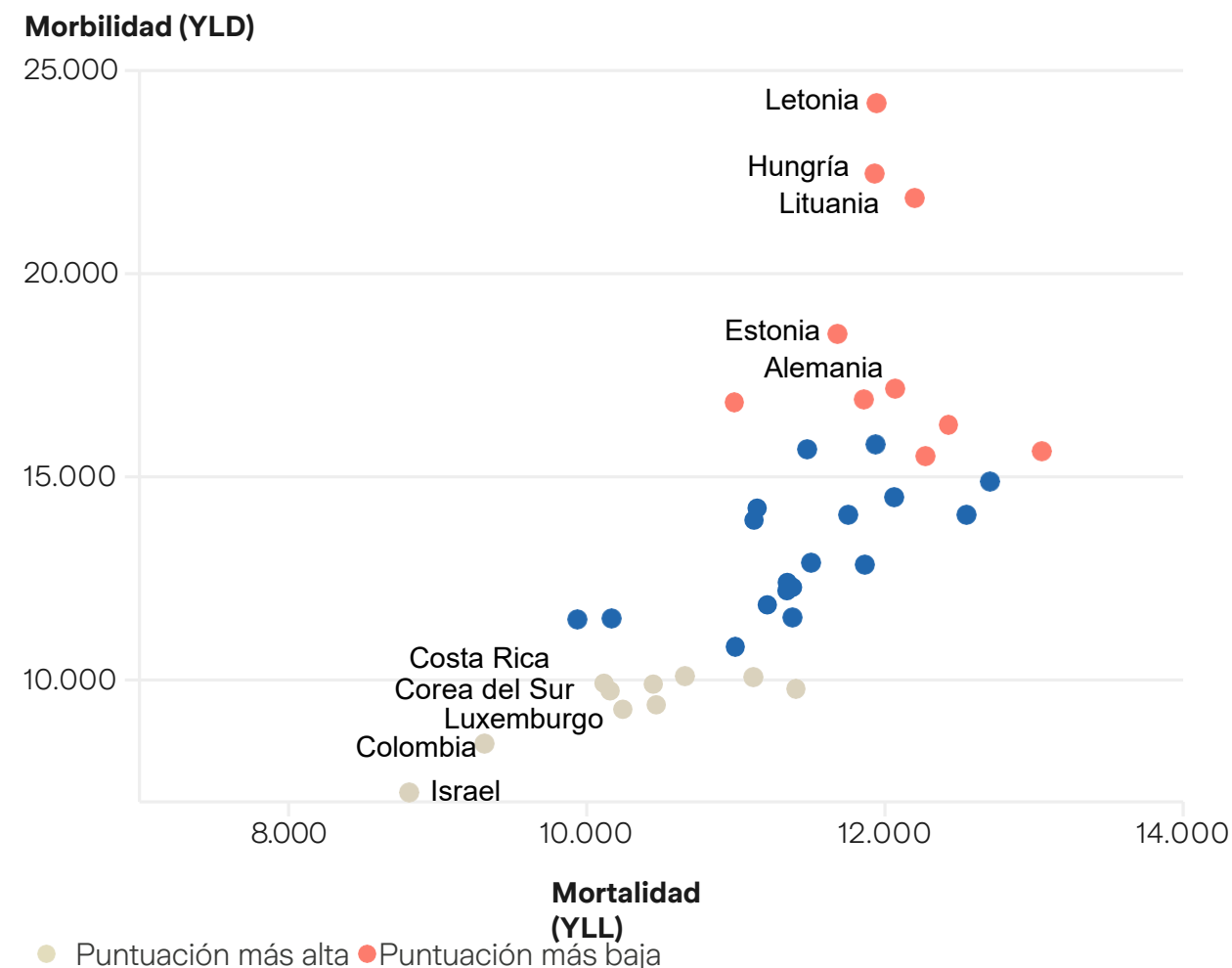
Comprender dónde recae la carga —ya sea en la mortalidad prematura o en la morbilidad prolongada— es fundamental para adaptar las estrategias de prevención, los sistemas de atención y la protección financiera a las realidades a las que se enfrentan las personas, desde las necesidades agudas hasta los ingresos a largo plazo, la discapacidad y los riesgos relacionados con los cuidados.

En los países con mayor carga de morbilidad, algunas enfermedades crónicas siguen persistiendo de formas que los países con mejores resultados han logrado prevenir o retrasar. La reducción de la mortalidad en estos entornos depende no solo de la capacidad de tratamiento, sino también de abordar los factores de riesgo subyacentes, incluidos los factores conductuales, como la alimentación y la actividad física, las exposiciones ambientales y los determinantes sociales más amplios.

En los países con menor carga de morbilidad, el aumento de la morbilidad probablemente implique el tratamiento a largo plazo de afecciones complejas, a menudo superpuestas, y no solo de episodios agudos. La comorbilidad es habitual, y las personas padecen múltiples afecciones simultáneamente. Junto con un perfil de afecciones cambiante, esto intensifica la complejidad clínica y las necesidades de recursos, y exige una inversión sostenida en el tratamiento a largo plazo de las enfermedades, el apoyo a la salud mental y la atención relacionada con la edad.

En ambos contextos existe una palanca fundamental: la prevención. Sin un reequilibrio fundamental de la inversión hacia la prevención en las fases iniciales —intervenciones conductuales, cribados, diagnóstico precoz y apoyo sostenido al estilo de vida—, el coste de las enfermedades crónicas y la morbilidad prolongada seguirá aumentando para los hogares, las empresas y los sistemas de protección.

Carga de las enfermedades crónicas en términos de mortalidad y morbilidad
Años de vida perdidos (YLL) y años de vida ajustados por discapacidad (YLD) por cada 100 000 habitantes



Consulte [«Datos y metodología»](#) para obtener el conjunto completo de fuentes de datos, hipótesis y cálculos.

La prevención sigue sin recibir la atención que merece en muchos sistemas. A menudo se centra en las vacunas y los exámenes de detección, mientras que las intervenciones más amplias relacionadas con el estilo de vida —donde reside gran parte del riesgo de padecer enfermedades crónicas— quedan al margen de la atención sanitaria formal. En el Reino Unido, por ejemplo, solo el 5 % del gasto sanitario se destina a medidas preventivas.¹² La formación médica dedica muy poco tiempo a la nutrición y al estilo de vida, a pesar de su importancia en las enfermedades crónicas que acaparan la mayor parte del gasto sanitario.¹³

La prevención tampoco se distribuye de manera uniforme: las personas más expuestas al riesgo suelen ser las más difíciles de alcanzar, sobre todo en entornos que refuerzan las elecciones poco saludables mediante la disponibilidad y la comercialización de alimentos de mala calidad, el trabajo y los estilos de vida sedentarios, y el acceso limitado a alternativas más saludables. El resultado es un sistema que es extraordinariamente eficaz a la hora de atender a las personas una vez que están enfermas, pero que se centra mucho menos en ayudarlas a mantenerse sanas.

Las intervenciones conductuales, como las mejoras en la nutrición y la actividad física, siguen siendo fundamentales para reducir la incidencia de las enfermedades crónicas.¹⁴ Sin embargo, el riesgo también refleja la exposición a largo plazo, el envejecimiento y el estado de salud previo, lo que significa que las mejoras en los riesgos conductuales, como el tabaco y el alcohol, no van necesariamente acompañadas de reducciones en el riesgo metabólico subyacente.


Por lo tanto, la prevención no puede basarse únicamente en la reducción de la exposición actual. Depende de intervenciones conductuales sostenidas, combinadas con una identificación precoz, un seguimiento y una gestión continua del riesgo metabólico. Esto incluye un acceso constante a pruebas de detección y apoyo que se mantenga a lo largo del tiempo, en lugar de ofrecerse como intervenciones puntuales.

12. Oficina Nacional de Estadística. [Gasto sanitario, Cuentas Sanitarias del Reino Unido: 2023 y 2024](#) (2025).

13. Crowley et al. [La nutrición en la información médica: una revisión sistemática](#) (2019); Albin et al. [There and Back Again una perspectiva de cuarenta años sobre la formación de los médicos en nutrición](#) (2024).

14. Riley-Gibson et al. [Una revisión sistemática para determinar el efecto de las estrategias destinadas a mantener las intervenciones de prevención de enfermedades crónicas en entornos clínicos y comunitarios](#) (2025).

Para reducir esta brecha es necesario actuar en una fase más temprana del proceso, donde se puede influir de forma más eficaz en los resultados. Es aquí donde el papel de las empresas y de los ecosistemas de apoyo cobra mayor relevancia: las iniciativas de salud en el lugar de trabajo, los exámenes preventivos y las intervenciones específicas pueden mejorar la detección precoz y facilitar el seguimiento continuo, especialmente cuando las enfermedades crónicas son un factor determinante de las bajas de larga duración y la salida de la población activa. Cada vez más, los empleadores y las aseguradoras están integrando la prevención en los marcos de prestaciones para los empleados, combinando herramientas digitales, apoyo conductual y acceso a atención especializada para permitir una intervención más temprana y sostenida.



Solo en el Reino Unido, más de **2 millones** de personas se encuentran económicamente inactivas debido a problemas de salud crónicos, y otras **300.000** abandonan la población activa cada año.

Fuentes: Gov.UK. [«Keep Britain Working: Informe final»](#) (2026); The Health Foundation. [Hacia una población activa más saludable](#) (2024).

En primer plano

La diabetes: una enfermedad puerta de entrada

La diabetes mellitus (diabetes)¹⁵ es un caso especialmente ilustrativo de cómo está evolucionando la carga de las enfermedades crónicas: aumento de la prevalencia, aparición más temprana en algunos casos y mayor duración a lo largo de un conjunto de afecciones interrelacionadas y progresivas. Afecta entre el 11 % (Israel e Islandia) y el 28 % (Japón) de la población de los países de la OCDE, pero su impacto va mucho más allá de sus efectos directos.

La diabetes actúa como un multiplicador del riesgo para la salud. Está estrechamente relacionada con un conjunto de factores de riesgo cardiometabólicos interrelacionados —entre los que se incluyen la hiperglucemia en ayunas, la obesidad, la hipertensión arterial y una alimentación deficiente— que son comunes a múltiples enfermedades crónicas. Como consecuencia, las personas con riesgo de padecer diabetes suelen correr también el riesgo de sufrir afecciones relacionadas, desde enfermedades cardiovasculares y renales hasta complicaciones neurológicas. Por lo tanto, un único diagnóstico puede desencadenar una cascada de problemas de salud secundarios, lo que aumenta tanto la complejidad como la duración de la atención sanitaria.



Las mejoras en el tratamiento hacen que cada vez más personas vivan más tiempo con diabetes, a menudo durante varias décadas. Si bien esto refleja un avance clínico significativo, también aumenta el número de años dedicados a controlar la enfermedad y sus complicaciones.

Los elevados costes de las terapias emergentes —incluida la nueva generación de medicamentos para la pérdida de peso y la diabetes basados en el GLP-1— limitan actualmente el acceso generalizado en muchos mercados, aunque una mayor disponibilidad, incluidas alternativas de menor coste a medida que expiran las patentes, podría influir en los resultados y en las complicaciones posteriores con el paso del tiempo.

Por lo tanto, un diagnóstico de diabetes puede condicionar la salud, la vida laboral y la situación económica durante muchos años, lo que hace que la diabetes resulte desproporcionadamente costosa en relación con su prevalencia, debido a su impacto en la participación en el mercado laboral, la estabilidad de los ingresos y la seguridad financiera a largo plazo.

A pesar de que las vías de riesgo están bien establecidas, la prevención sigue siendo desigual. Muchos de los factores de riesgo clave de la diabetes vienen determinados por condiciones ambientales, sociales y de comportamiento que pueden resultar difíciles de modificar únicamente mediante la acción individual.

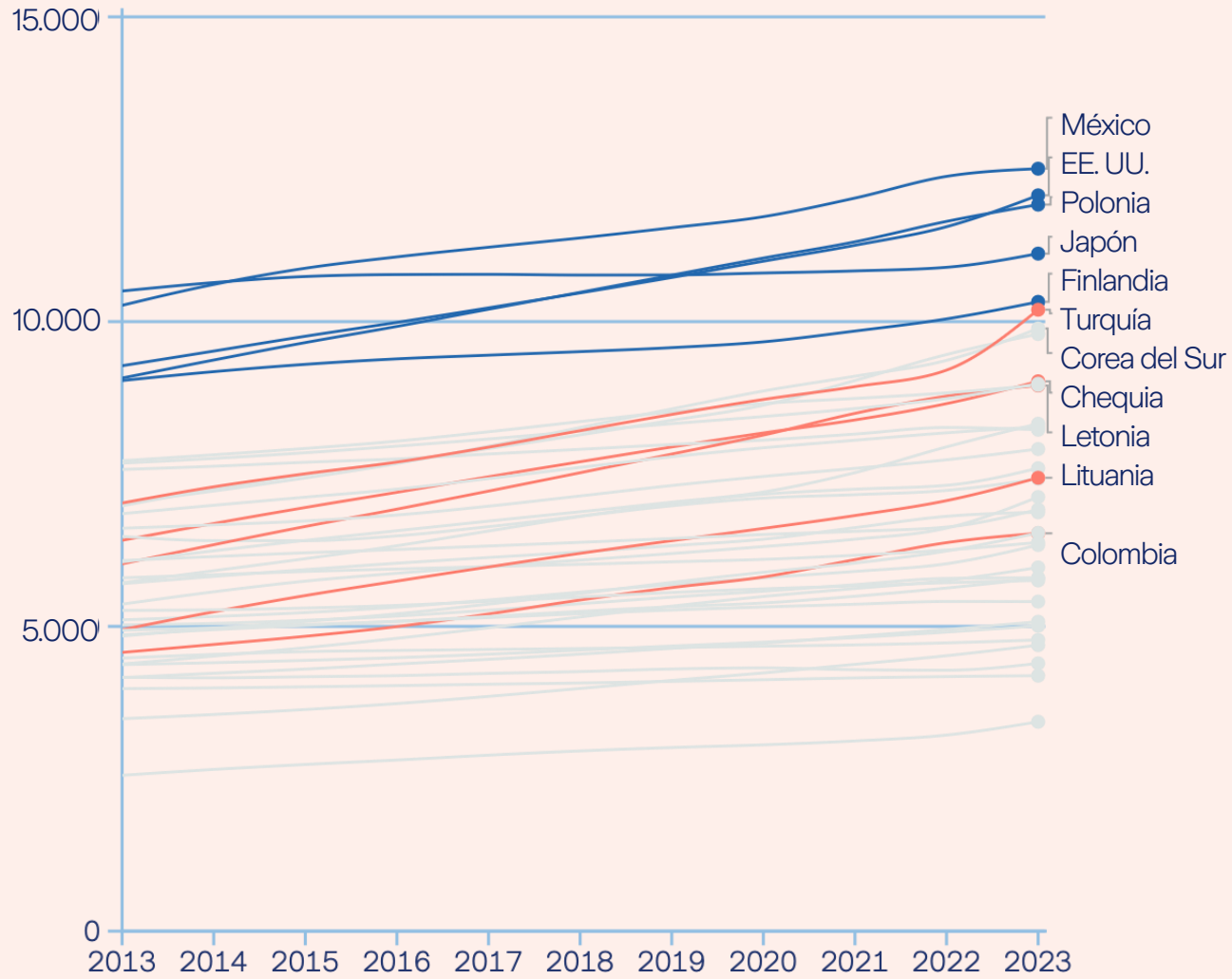
Esto está impulsando un mayor énfasis en la intervención coordinada y oportuna, la gestión proactiva de la enfermedad y formas de protección financiera que reflejen la naturaleza a largo plazo del riesgo de enfermedad crónica. Esto incluye intervenciones más específicas y adaptadas a cada afección, en las que el cribado precoz y el seguimiento continuo, el asesoramiento y el apoyo conductual puedan reducir la progresión y las complicaciones a lo largo del tiempo, contribuyendo a limitar la duración y el coste.

El reto no consiste solo en tratar las enfermedades individuales, sino en gestionar el sistema más amplio de factores de riesgo y las necesidades de cuidados a largo plazo que las sustentan, y en garantizar que los mecanismos de prevención, protección y apoyo evolucionen al ritmo de esta realidad cambiante.

15. Enfermedad crónica en la que el organismo no puede producir suficiente insulina o no puede utilizar eficazmente la insulina que produce, lo que abarca tanto el tipo 1 como el tipo 2.

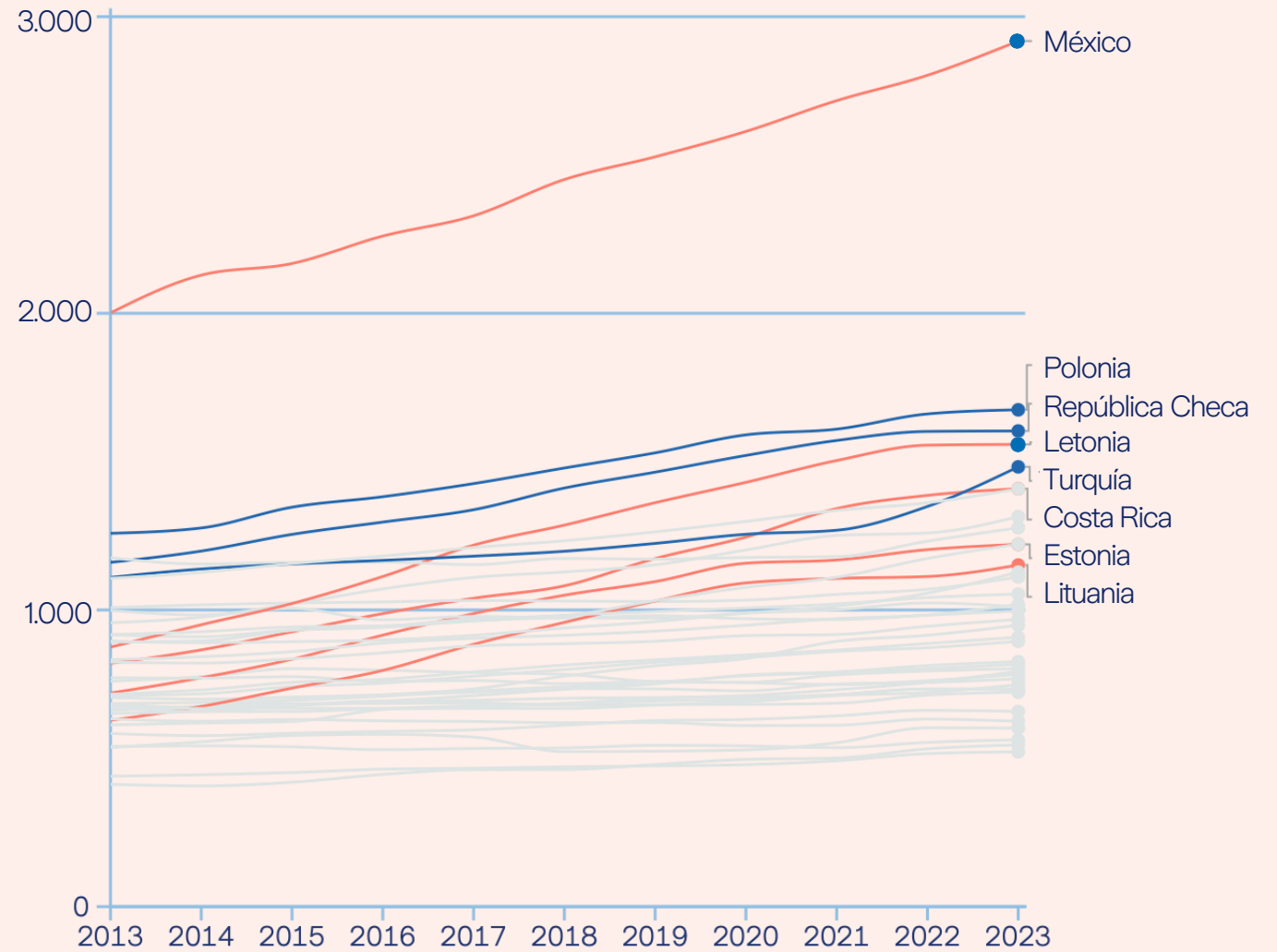
Diabetes mellitus: prevalencia

Tasa por cada 100 000 habitantes, 2013-2023



Diabetes mellitus: Años de vida saludable perdidos

DALY por cada 100 000 habitantes, por país, 2013-2023



● Alto crecimiento ● Alto volumen

Fuente primaria: [IHME \(2025\)](#). Consulte [«Datos y metodología»](#) para obtener el conjunto completo de fuentes de datos, supuestos y cálculos.



Rendimiento del sistema sanitario

El rendimiento del sistema sanitario mide los recursos y las capacidades de los sistemas de atención sanitaria en los 38 países de la OCDE, desde la perspectiva del tratamiento y la gestión de las enfermedades crónicas.

Las puntuaciones de los países se calculan a partir de 30 indicadores que miden tres dimensiones clave: Capacidad (recursos y eficiencia); Calidad (eficacia y equidad); y Preparación (innovación y resiliencia).



Continuidad: España ocupa el puesto n.º 9, impulsada por una sólida calidad (n.º 4). Los altos niveles de confianza, la coordinación de la atención y la confianza de los pacientes apuntan a un sistema más accesible y coherente a lo largo del tiempo, respaldado por la atención primaria y la cobertura universal.¹⁶

16. Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud.
[España: análisis del sistema sanitario 2024 \(2024\).](#)

Alcance: El Reino Unido ocupa el puesto n.º 12, respaldado por un alto nivel de Preparación (n.º 3), pero limitado por una Capacidad media (n.º 15) y una Calidad inferior (n.º 22). Las deficiencias en el acceso y los ingresos hospitalarios evitables sugieren que la atención no llega de forma sistemática a las personas con la suficiente antelación, aunque las reformas están trasladando los servicios a entornos de proximidad y ampliando la atención primaria y comunitaria.¹⁷

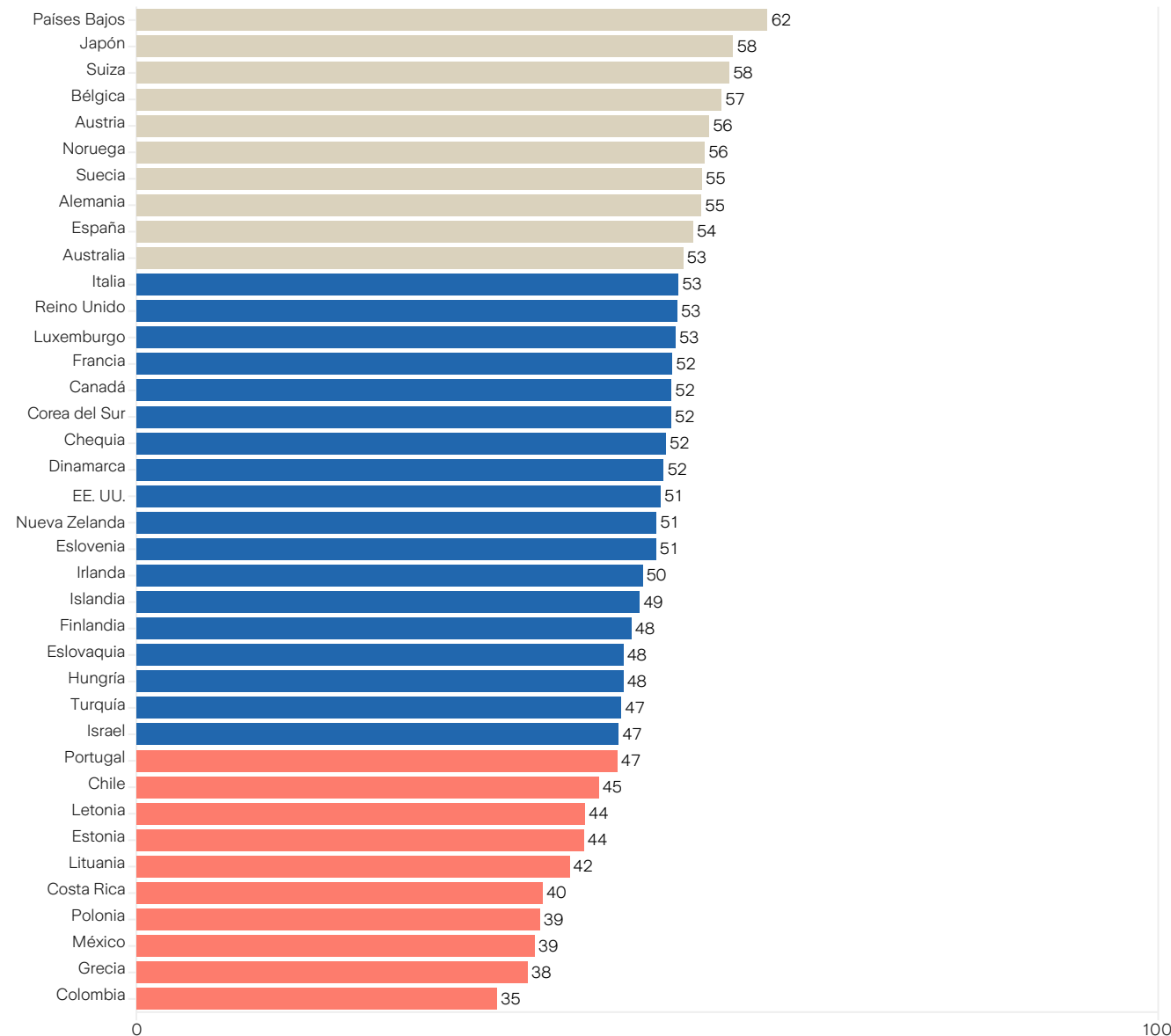
17. Departamento de Sanidad y Asistencia Social.
[El primer ministro inaugura una nueva era para el NHS con una atención más accesible en los barrios \(2025\).](#)

Capacidad: Portugal ocupa el puesto n.º 29, con una capacidad muy baja (n.º 35) a pesar de contar con una calidad relativamente alta (n.º 12) y una equidad (n.º 7). La prestación de servicios sigue viéndose limitada por la eficiencia y la capacidad de atención a largo plazo, incluso aunque las reformas estén reorganizando los servicios en Unidades Sanitarias Locales integradas que combinan la atención primaria, hospitalaria y comunitaria para mejorar la coordinación a largo plazo.¹⁸

18. Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud.
[Portugal: resumen del sistema sanitario 2024 \(2025\).](#)

Puntuaciones: Rendimiento del sistema sanitario

0 – 100



Las puntuaciones más altas indican un mejor rendimiento. Consulte [Datos y metodología](#) para obtener el conjunto completo de fuentes de datos, supuestos y cálculos.

La calidad impulsa el rendimiento comparativo

En los países de la OCDE, el rendimiento de los sistemas sanitarios varía considerablemente. Resulta tentador atribuir estas diferencias a las disparidades en los recursos —menos camas, menos profesionales sanitarios, menor gasto—, pero los resultados apuntan a un panorama más matizado.

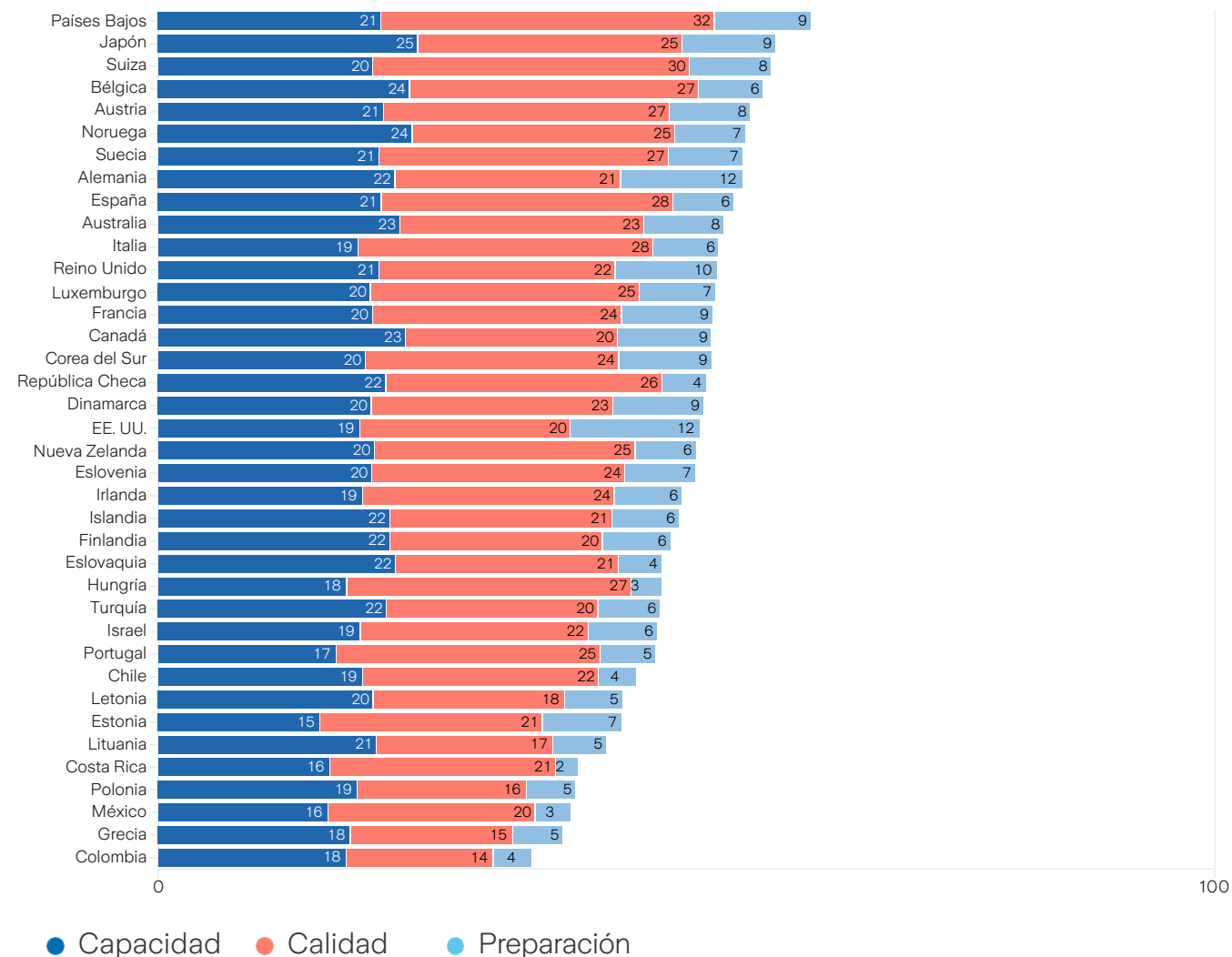
La capacidad es importante, pero no explica por completo la diferencia en el rendimiento. Las puntuaciones de capacidad están más agrupadas que las de otras dimensiones (con una diferencia de 22 puntos en las puntuaciones no ponderadas), lo que sugiere que muchos de los sistemas incluidos en este análisis funcionan con una gama de recursos bastante similar.

Por el contrario, la calidad y la preparación muestran una mayor variación (41 y 67 puntos, respectivamente). Por lo tanto, las mayores diferencias entre países no residen tanto en la cantidad de atención que los sistemas pueden proporcionar, sino más bien en la calidad con la que se presta dicha atención —y en si llega a la población de forma constante y equitativa a lo largo del tiempo—.

Varios países europeos, junto con Japón, ocupan los primeros puestos de la clasificación, al combinar unas puntuaciones sólidas en «Capacidad» con un mejor rendimiento en «Calidad» y «Preparación». En el otro extremo del espectro, algunos países con una carga de morbilidad subyacente comparativamente baja —entre ellos Colombia y Costa Rica— registran, no obstante, un rendimiento del sistema más débil, lo que sugiere que los resultados de las enfermedades pueden estar determinados en mayor medida por factores demográficos o epidemiológicos que por el rendimiento del sistema por sí solo.

Puntuaciones de rendimiento del sistema sanitario por pilar

Puntuaciones generales (0 – 100)



Fuente principal: [IHME \(2025\)](#).

Consulte [Datos y metodología](#) para obtener el conjunto completo de fuentes de datos, hipótesis y cálculos.

Resultados regionales:

¿Eficaz o equitativo?

El pilar de «Calidad» del índice reviste especial importancia en el caso de las enfermedades crónicas. Estas enfermedades no son episódicas. Los resultados dependen de la continuidad, la intervención temprana, la coordinación entre los profesionales sanitarios y la capacidad del paciente para controlar su enfermedad a lo largo del tiempo.

La brecha entre países en materia de calidad refleja dos subpilares distintos, pero estrechamente relacionados: la eficacia y la equidad.

En algunos países, como [Estados Unidos](#), [Canadá](#) y [Costa Rica](#), la principal limitación radica en la equidad. La atención existe —e incluso puede ser de gran calidad en algunos casos—, pero no es accesible de forma sistemática. En el caso de las enfermedades crónicas, esto podría dar lugar a retrasos en el diagnóstico, un seguimiento irregular y mayores tasas de deterioro evitable.

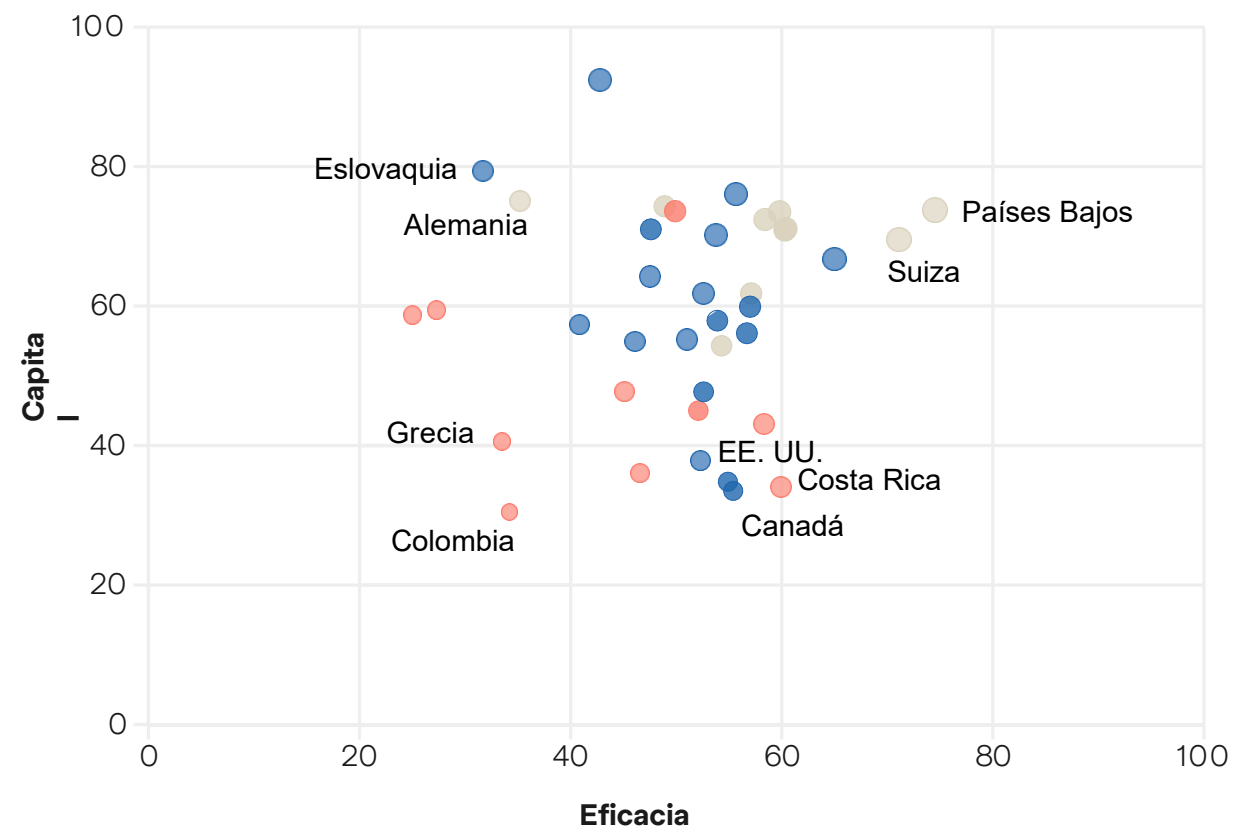
En otros países, entre ellos [Alemania](#) y [Eslovaquia](#), la limitación radica más claramente en la eficacia. Se trata de sistemas que llegan a un amplio número de pacientes, pero que quizá no eviten un empeoramiento evitable, lo que puede traducirse en exacerbaciones repetidas, hospitalizaciones innecesarias y un manejo menos eficaz de la enfermedad a largo plazo.

Las mayores deficiencias en la atención se producen cuando tanto la eficacia como la equidad son deficientes. En países como [Colombia](#) y [Grecia](#), el acceso limitado y la prestación irregular de la atención se combinan, lo que aumenta el riesgo de una progresión no controlada de la enfermedad y de una carga a largo plazo.

La gestión de las enfermedades crónicas no es simplemente una cuestión de aumentar los recursos destinados al sistema. Estados Unidos gasta más, innova más y obtiene una puntuación elevada en cuanto a la experiencia de los pacientes; sin embargo, los años de vida saludable perdidos a causa de las enfermedades crónicas han aumentado en más de un 10 % durante la última década. La tarea más importante —y posiblemente más difícil— consiste en mejorar la forma en que se presta la asistencia, garantizando que sea eficaz a la hora de controlar las enfermedades a lo largo del tiempo y que sea accesible para toda la población.

Rendimiento del sistema sanitario: equidad frente a eficacia

Puntuaciones (0 – 100)



Rendimiento del sistema sanitario: ● Puntuación más alta (Azul) ● Puntuación más alta (Rosado)

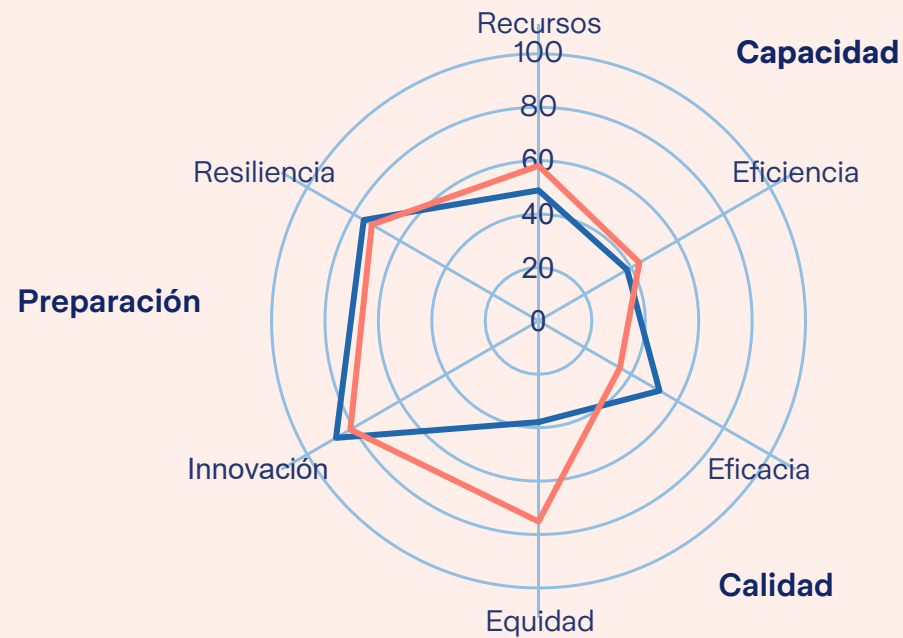
La equidad y la eficacia son dos subpilares de la calidad en el rendimiento del sistema sanitario. Las puntuaciones más altas indican un mejor rendimiento. Las puntuaciones (0-100) de los tres pilares (capacidad, calidad y preparación) se calculan individualmente y, a continuación, se combinan utilizando datos ponderados para obtener la puntuación global del rendimiento del sistema sanitario. Consulte [Datos y metodología](#) para ver el conjunto completo de fuentes de datos, supuestos y cálculos.

En primer plano

EE. UU. frente a Alemania: ¿Preparación para el futuro a costa de la prestación actual?

Rendimiento del sistema sanitario según capacidad, calidad y preparación

Puntuaciones (0 – 100)



● EE. UU. (n.º 19) ● Alemania (n.º 8)

Las puntuaciones más altas indican un mejor rendimiento. Consulte [Datos y metodología](#) para ver el conjunto completo de fuentes de datos, supuestos y cálculos.

La fortaleza en un pilar no compensa la debilidad en otro.

La mayor economía del mundo y la mayor economía de Europa tienen mucho en común sobre el papel. Ambas destinan grandes recursos a la asistencia sanitaria. Ambas se sitúan entre las dos primeras del mundo en cuanto a preparación, invirtiendo más en innovación del sistema sanitario, I+D y capacidad que casi cualquier otro país. Ambas soportan una elevada carga de enfermedades crónicas, situándose en el cuartil inferior (Alemania en el puesto 34 y EE. UU. en el 31).

Pero más allá de estas similitudes, los resultados revelan dos modelos fundamentalmente diferentes de rendimiento más débil: en cuanto a la eficacia con la que esa capacidad se traduce en una atención accesible y coherente.

El sistema estadounidense demuestra una gran capacidad para quienes forman parte de él, pero tiene un alcance limitado fuera de él. Ocupa los primeros puestos, o se sitúa cerca de ellos, en los indicadores de preparación, innovación y eficacia según la valoración de los pacientes —entre las que se incluyen la confianza, la coordinación asistencial, la confianza en el autocontrol y la atención centrada en la persona—. Para quienes pueden acceder al sistema, el rendimiento se encuentra entre los más sólidos de la OCDE.

Sin embargo, esta capacidad está distribuida de forma desigual. La equidad se sitúa cerca del último puesto (n.º 33), junto con una eficiencia débil (n.º 31), como parte de una capacidad relativamente baja (n.º 29). A pesar de contar con el mayor nivel de gasto sanitario, indicadores como la disponibilidad de personal sanitario y las infraestructuras siguen siendo comparativamente débiles. El resultado es un sistema capaz de prestar una atención excepcional, pero que lo hace de forma desigual.

En comparación, Alemania ha creado un sistema que llega a toda su población. Ocupa un lugar destacado en cuanto a preparación y equidad, y es comparativamente más sólida en cuanto a capacidad. La infraestructura existe. La financiación está garantizada. El acceso es amplio.

Sin embargo, la calidad general se ve lastrada por una menor eficacia (n.º 33). Alemania cuenta con la infraestructura necesaria para gestionar las enfermedades crónicas, pero esto no parece traducirse de forma sistemática en resultados óptimos. Los pacientes acceden fácilmente al sistema; sin embargo, el hecho de que la atención se preste de forma coordinada y eficaz varía considerablemente.

En EE. UU., la brecha se da entre la capacidad y el acceso. En Alemania, se da entre el acceso y la eficacia. Pero, ¿qué sistema se traduce en resultados más consistentes?

Durante la última década, la carga de morbilidad de Alemania se ha mantenido prácticamente estable (un crecimiento total del 5 % en los DALY entre 2014 y 2023), lo que sugiere que su sistema está conteniendo la demanda incluso en aquellos ámbitos en los que los resultados podrían mejorar.

En cambio, en EE. UU. la carga de las enfermedades crónicas ha aumentado más rápidamente (un 12 %), a pesar de los mayores niveles de gasto e innovación. Esto se debe, en parte, a un repunte de las enfermedades conductuales y relacionadas con el consumo de sustancias, condicionadas por factores que quedan fuera del alcance de la prestación sanitaria tradicional.

Estas dos experiencias demuestran que los altos niveles de inversión e innovación por sí solos no pueden resolver un problema de diseño: un sistema orientado hacia episodios en lugar de hacia trayectorias, hacia el tratamiento en lugar de hacia la gestión. Lo que diferencia a los sistemas de mayor rendimiento es la capacidad de traducir la capacidad y las competencias en una atención que sea a la vez eficaz y accesible de forma constante a lo largo del tiempo.





La brecha en el acceso

Para las personas que padecen una enfermedad crónica —y para las familias, los empleadores y los sistemas que les prestan apoyo— lo más importante es poder acceder a la atención que necesitan, cuando la necesitan, sin que ello suponga una carga económica.

El acceso no viene determinado únicamente por la disponibilidad, sino también por la asequibilidad y la ubicación geográfica. Estos retos se reflejan en puntuaciones de calidad más bajas, que reflejan mayores niveles de necesidades médicas no cubiertas (especialmente entre los grupos con menores ingresos), junto con unos costes efectivos de la atención más elevados y una menor disponibilidad de profesionales sanitarios en las zonas desatendidas.

El resultado es un gradiente de acceso que influye directamente en la evolución de la enfermedad. Las personas con mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas suelen ser las que menos acceso tienen a una atención sanitaria continuada. Cuando existen barreras, las personas retrasan la búsqueda de un diagnóstico, tienen dificultades para seguir el tratamiento o dependen de una atención fragmentada, mientras que las personas con mayores recursos económicos o sociales tienen más probabilidades de recibir servicios preventivos, un diagnóstico precoz, una atención continuada y un apoyo coordinado. Una persona que padece diabetes puede tener acceso a un médico de cabecera, un endocrinólogo, un dietista y una plataforma de salud digital, mientras que otra depende de un centro de salud público desbordado con una lista de espera de seis semanas.

La dimensión económica acentúa esta brecha. Las enfermedades crónicas rara vez suponen un gasto puntual. Su tratamiento suele prolongarse durante décadas e implica medicación continua, atención especializada y pruebas diagnósticas, además de, en algunos casos, una reducción de la capacidad de generar ingresos. Cuando los gastos a cargo del paciente son elevados o la cobertura es limitada, esto puede dar lugar a una situación de inseguridad económica.

La próxima oportunidad:

De la intervención fragmentada a los itinerarios integrados

En esencia, el reto de la atención a las enfermedades crónicas tiene que ver tanto con la orientación como con la disponibilidad. Las enfermedades crónicas, que actualmente representan la mayor carga sanitaria y económica, no pueden gestionarse mediante intervenciones aisladas o pagos puntuales. Requieren un apoyo que refleje cómo se desarrollan estas enfermedades: a lo largo de años y, a menudo, décadas.

Para las personas que viven con enfermedades crónicas, la cuestión no es solo si existen los servicios, sino si pueden desplazarse por el sistema de forma coherente —desde el diagnóstico, pasando por el tratamiento, hasta el seguimiento continuo—. En muchos sistemas, este recorrido está fragmentado, con múltiples proveedores, puntos de acceso y estructuras de financiación que están mal conectadas.

Esta fragmentación se acentúa a medida que evoluciona la enfermedad. Un único diagnóstico puede dar lugar a una cadena de necesidades asistenciales —que abarca el tratamiento, la intervención de especialistas y el apoyo a largo plazo—, a menudo en diferentes ámbitos del sistema. Gestionar esta trayectoria de forma eficaz requiere coordinación, no solo acceso.

Pocos sistemas de atención están organizados de forma coherente en torno a una gestión sostenida y a largo plazo: se diseñaron para curar a las personas, no para acompañarlas a lo largo de 30 o 40 años de enfermedad y discapacidad. En el caso de las enfermedades crónicas, cuya progresión es gradual y cuya atención es continua, esto crea un desajuste entre el diseño de los sistemas y las necesidades de atención.

La asistencia está evolucionando en respuesta a ello. La protección financiera se complementa cada vez más con servicios que mejoran el acceso, la coordinación y la orientación a lo largo del tiempo. En algunos casos, esto se está abordando mediante plataformas integradas que aúnen el acceso a la atención sanitaria, el apoyo de expertos y

servicios sanitarios en un único punto de acceso para los empleados. Estos abarcan desde la atención virtual, las segundas opiniones médicas y las vías de acceso a especialistas hasta el apoyo preventivo, como pruebas de detección, asesoramiento dietético y herramientas digitales que facilitan la monitorización a distancia y el seguimiento continuo.

Para las personas, esto empieza a transformar la experiencia de la atención sanitaria: se pasa de tener que lidiar con servicios inconexos a acceder a itinerarios más coordinados, a menudo a través de un único punto de entrada respaldado por aseguradoras, empresas o proveedores de plataformas. Para las empresas, esto aborda una carencia persistente —no una falta de oferta, sino una falta de integración—, ya que no existe una «puerta de entrada» clara a través de la cual los empleados puedan acceder a la atención sanitaria y gestionarla.

Mejorar la atención de las enfermedades crónicas requiere no solo una ampliación, sino también un rediseño: conectar y racionalizar los servicios para apoyar a las personas a lo largo del tiempo.¹⁹

19. OCDE. [Integración de la atención para prevenir y gestionar las enfermedades crónicas](#) (2023).



Chronic Care Index



El *Chronic Care Index* combina las puntuaciones relativas a la carga de las enfermedades crónicas y al rendimiento del sistema sanitario en un único marco analítico, premiando a aquellos que combinan una baja carga con sistemas sólidos.

Líder en resiliencia: ➔ [Australia](#)

ocupa el octavo puesto, gracias a una mortalidad relativamente baja combinada con un sólido rendimiento del sistema. A medida que aumenta la morbilidad, los resultados dependen cada vez más de la capacidad de los sistemas para mantener la atención a lo largo del tiempo, con un giro hacia modelos integrados y multidisciplinares centrados en la gestión de la multimorbilidad y en el mantenimiento de la funcionalidad y la independencia.²⁰

20. Departamento de Salud, Discapacidad y Envejecimiento del Gobierno de Australia. [Marco Estratégico Nacional para las Enfermedades Crónicas](#) (2026); Departamento de Salud, Discapacidad y Envejecimiento del Gobierno de Australia. [Programa de Subvenciones para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Atención Integrada](#) (2026).

Rendimiento sostenido:

➔ [Francia](#) ocupa el puesto n.º 15, gracias a una combinación de una carga de morbilidad moderada y un sistema relativamente eficaz. Las reformas están reforzando la atención primaria, trasladando la toma de decisiones a nivel local y modificando la financiación de los prestadores para fomentar la integración, pero la escasez de personal y la fragmentación de la prestación de servicios siguen limitando la continuidad de la atención a lo largo del tiempo.²¹

21. Or et al. [Francia: análisis del sistema sanitario 2023](#) (2023).

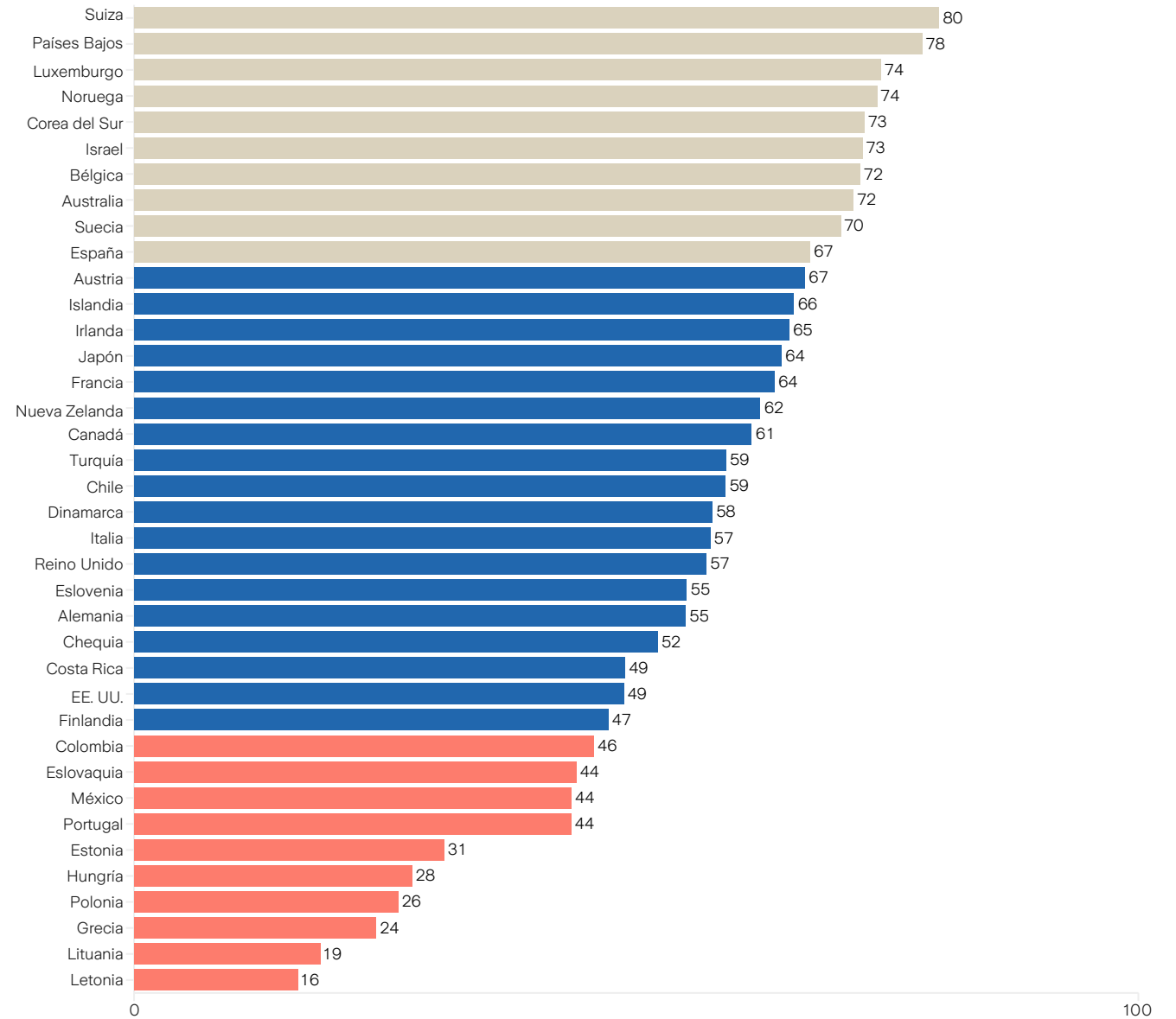
Situación favorable, sistema frágil: ➔ [México](#)

ocupa el puesto n.º 31, al combinar una carga de morbilidad relativamente baja con un rendimiento del sistema más débil. Las recientes reformas están ampliando el acceso, centrándose en los servicios gratuitos, los medicamentos, las infraestructuras y la dotación de personal, pero la continuidad y la capacidad desiguales hacen que el sistema esté menos preparado para absorber la creciente demanda a medida que la población envejece, especialmente en el caso de aquellos que se encuentran fuera de las estructuras de empleo formal.²²

22. Unger-Saldaña et al. [Mejora del rendimiento del sistema sanitario en México](#) (2023); Gobierno de México. [Programa Institucional de Servicios de Salud del IMSS-Bienestar 2023–2024: Avances y resultados, enero de 2023 – junio de 2024](#) (2024).

Puntuaciones: *Chronic Care Index*

0–100



Las puntuaciones más altas indican un mejor rendimiento. Consulte [«Datos y metodología»](#) para ver el conjunto completo de datos, supuestos y cálculos.

Los recursos por sí solos no garantizan los resultados

Lo realmente importante no es la carga de las enfermedades crónicas ni el rendimiento del sistema sanitario por separado, sino la relación entre ambos.

Los países que encabezan el *Chronic Care Index* —Suiza, los Países Bajos, Luxemburgo, Noruega y Corea del Sur— obtienen buenos resultados en ambas dimensiones, o combinan un rendimiento excepcional en una de ellas con resultados sólidos en la otra.

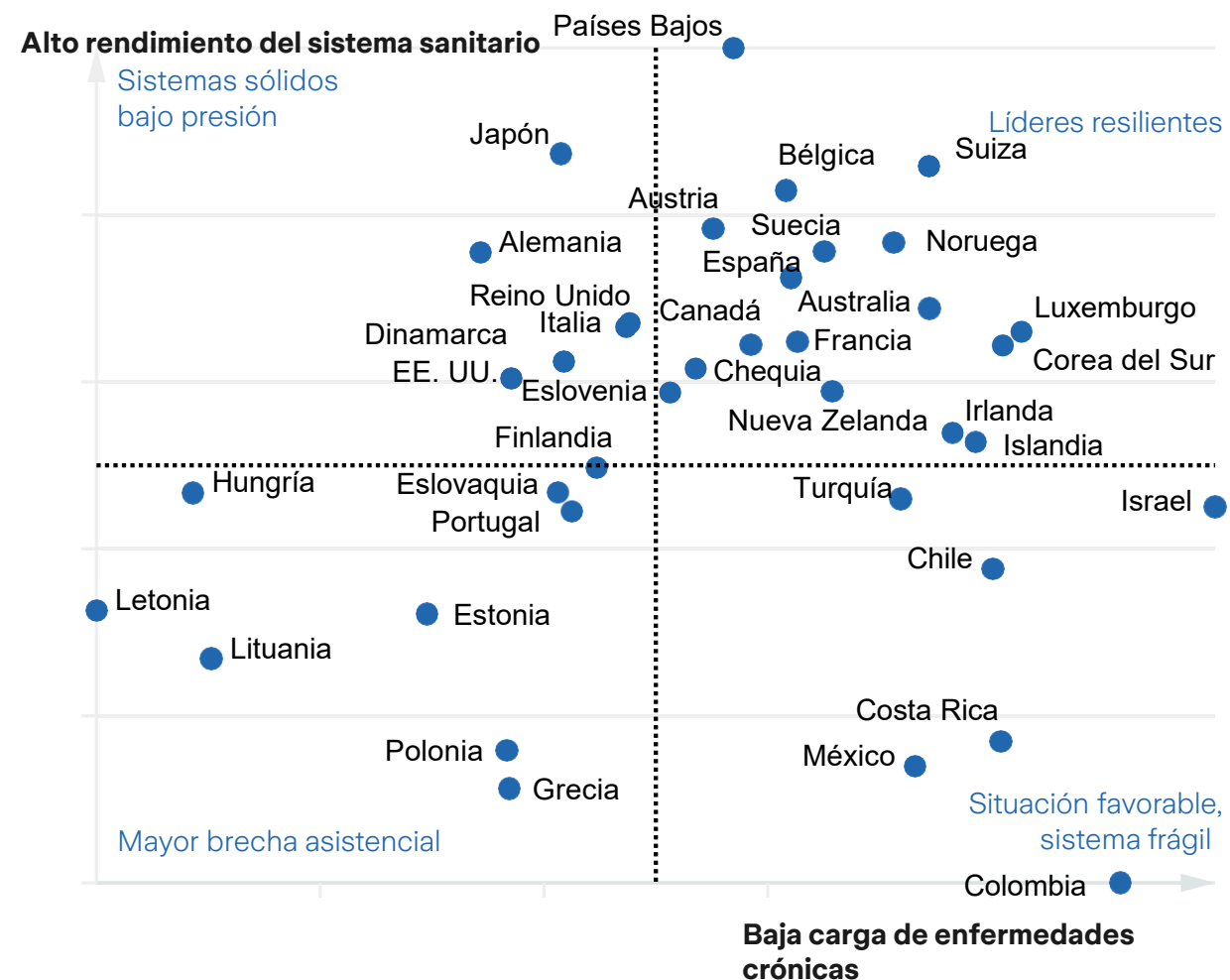
Al analizar estas dos dimensiones conjuntamente se revelan cuatro perfiles, que no solo muestran quién obtiene buenos resultados, sino que también señalan por qué —y dónde es más probable que aumente la presión en el futuro—:

- **Líderes resilientes:** Estos países encabezan el índice general, beneficiándose tanto de una carga de enfermedades crónicas relativamente baja como de un sistema sanitario bien equipado, con resultados que apuntan a una prevención y una atención más eficaces.
- **Sistemas sólidos bajo presión:** países con sistemas eficaces que gestionan niveles más elevados de carga de morbilidad, lo que pone de manifiesto los límites del tratamiento sin avances suficientes en materia de prevención y reducción de riesgos.
- **Situación favorable, sistema frágil:** países con una carga relativamente baja, pero con un rendimiento del sistema más débil, lo que a menudo refleja una ventaja demográfica o epidemiológica que podría no ser sostenible.
- **Mayor brecha asistencial:** países que soportan una elevada carga de morbilidad, pero carecen de la infraestructura, la calidad y la preparación del sistema para gestionarla de forma eficaz.

Es importante destacar que, una vez que un país se queda atrás en ambas dimensiones, ponerse al día se vuelve estructuralmente más difícil, ya que las brechas en materia de prevención, acceso y coordinación se refuerzan entre sí.

Índice de atención a enfermedades crónicas

Carga de las enfermedades crónicas y puntuaciones de rendimiento del sistema sanitario (0 – 100)



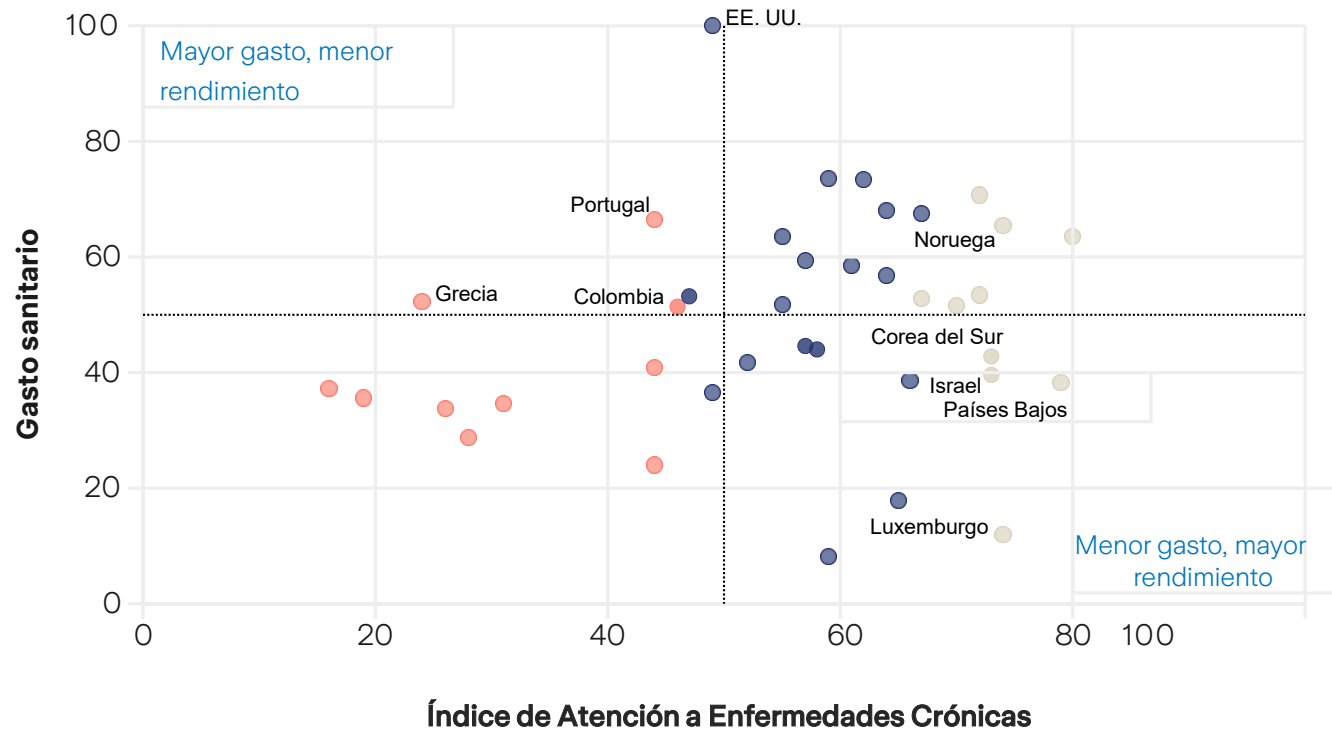
Las puntuaciones más altas indican un mejor rendimiento. Las puntuaciones de rendimiento del sistema sanitario se han reescalado aquí para visualizar mejor la posición relativa de los países. Consulte la sección [«Datos y metodología»](#) para obtener el conjunto completo de fuentes de datos, supuestos y cálculos.

Cabe destacar que, aunque los recursos económicos ayudan claramente, no garantizan un buen rendimiento. Algunas de las economías más ricas se sitúan en la parte media de la clasificación, mientras que países más pequeños o menos ricos obtienen mejores resultados que ellas.

Un mayor gasto en sanidad y cuidados de larga duración suele asociarse con puntuaciones generales más altas. Sin embargo, la relación dista mucho de ser constante: países con niveles de gasto muy similares pueden presentar resultados muy distintos. Por ejemplo, Portugal y Noruega obtienen puntuaciones similares en cuanto a

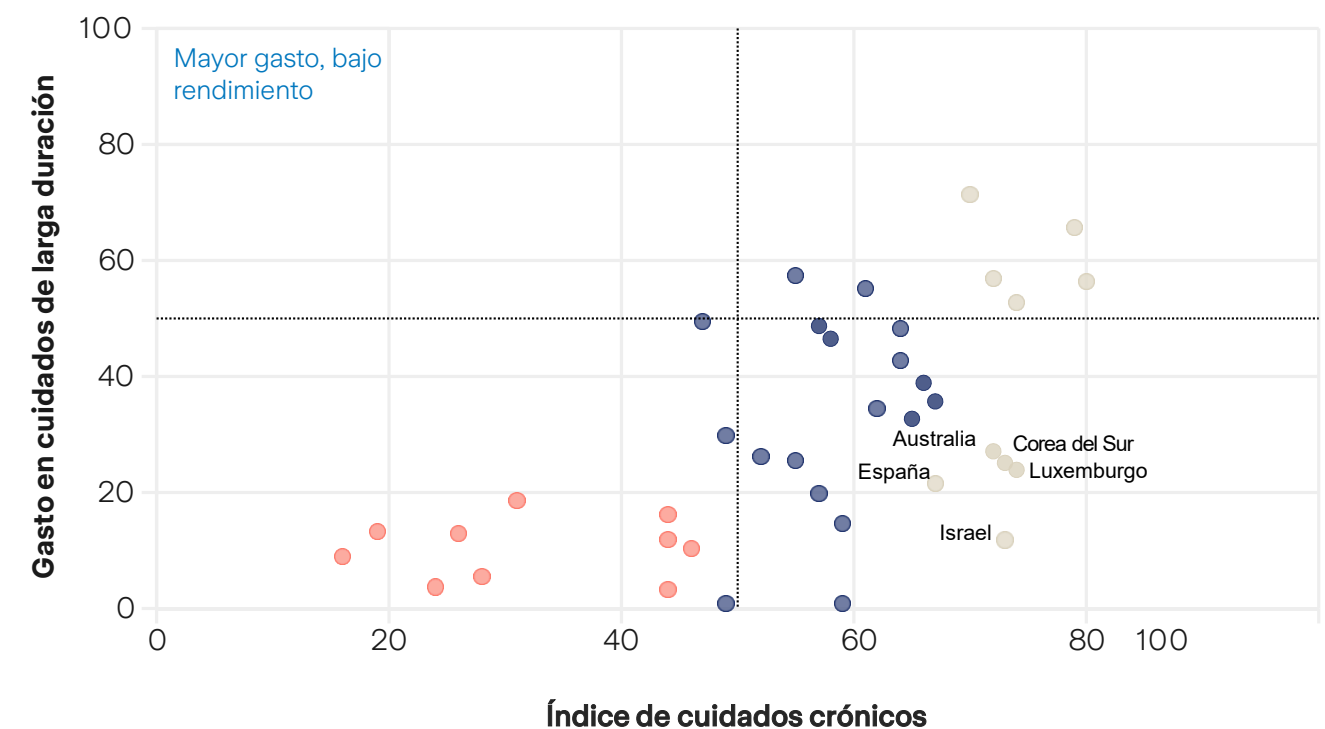
Un mayor gasto no garantiza mejores resultados

Puntuaciones (0-100) para el indicador 3a.8 «Gasto total en salud como porcentaje del PIB (%)», el indicador 3a.9 «Gasto total en cuidados de larga duración como porcentaje del PIB (%)» y el Índice de Atención a Enfermedades Crónicas global en los países de la OCDE, 2014-2023



gasto sanitario, pero se sitúan en distintos niveles cuando se combinan la carga de morbilidad y el rendimiento general del sistema sanitario. Del mismo modo, países como Luxemburgo y Corea del Sur presentan niveles de gasto moderados en ambos indicadores, pero obtienen resultados relativamente sólidos en el índice compuesto.

Esto confirma aún más la importancia de cómo se distribuyen los recursos, y no solo de cuántos están disponibles.



Chronic Care Index:

- Puntuación más alta
- Puntuación más baja

Las puntuaciones más altas indican un mejor rendimiento. Consulte [«Datos y metodología»](#) para ver el conjunto completo de fuentes de datos, supuestos y cálculos.

Resultados regionales: la edad importa

Estas puntuaciones miden la situación actual de un país, pero no reflejan plenamente hacia dónde se dirige.

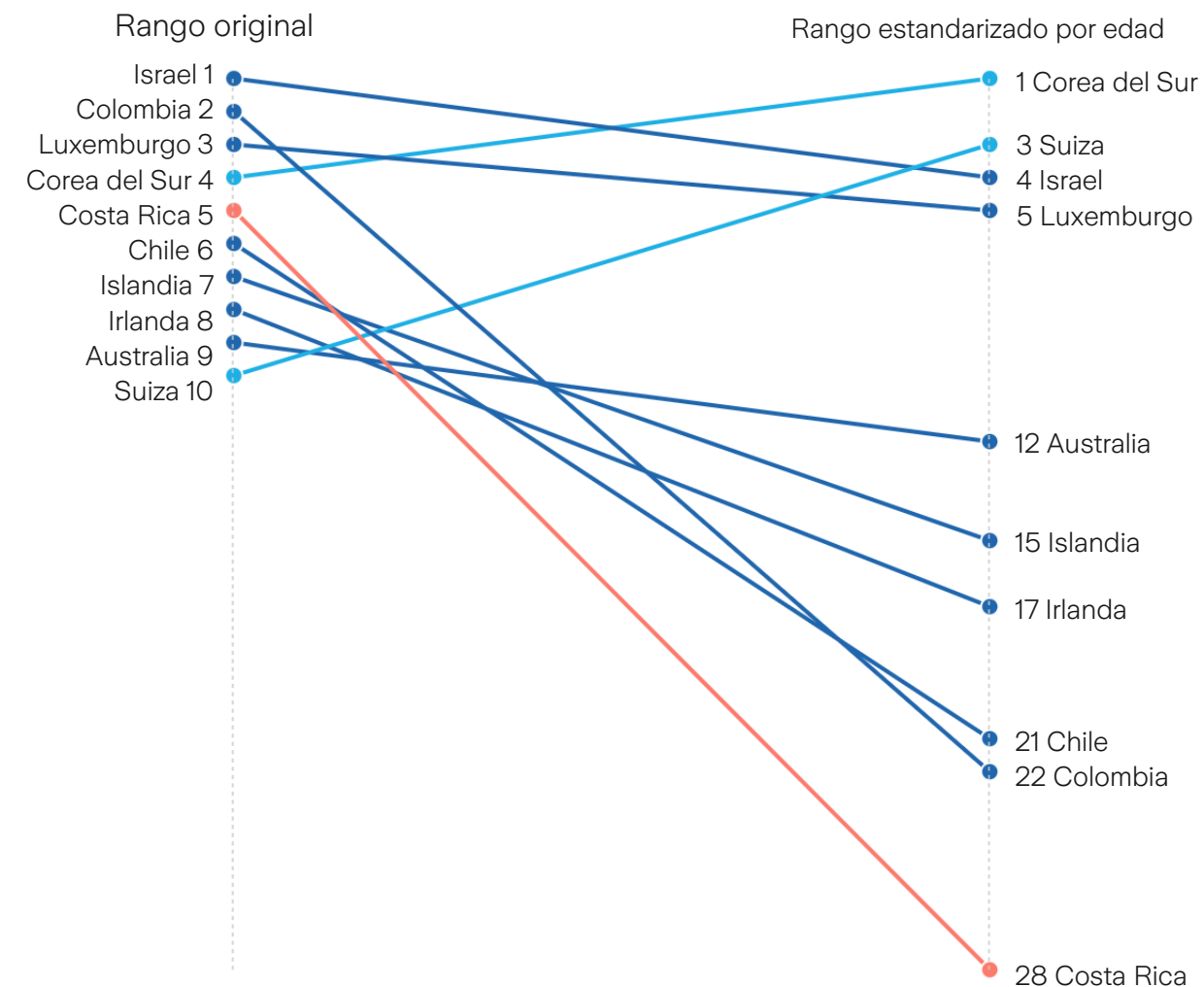
La edad es la variable que convierte una instantánea en una trayectoria. Las enfermedades crónicas se concentran en las poblaciones de mayor edad, lo que significa que los países con poblaciones más jóvenes, en igualdad de condiciones, registrarán una menor carga, independientemente del rendimiento subyacente del sistema o de la eficacia de la prevención.

Colombia ilustra claramente esta dinámica. Ocupa uno de los primeros puestos en la clasificación de la carga de enfermedades crónicas, pero registra la puntuación más baja en cuanto al rendimiento del sistema sanitario. Cuando los datos se ajustan por edad, Colombia desciende significativamente en la clasificación de la carga, lo que indica que su posición actual refleja una ventaja demográfica más que la solidez del sistema.

A medida que la población envejece y los factores de riesgo se intensifican, es posible que esa situación cambie. Países como Costa Rica y Chile muestran patrones similares: una carga relativamente baja en la actualidad, combinada con sistemas que podrían estar menos preparados para absorber la demanda futura. La capacidad del sistema sanitario, a diferencia de la carga de morbilidad, no se adapta rápidamente; requiere una inversión sostenida a lo largo del tiempo.

Carga de las enfermedades crónicas: clasificación estandarizada por edad

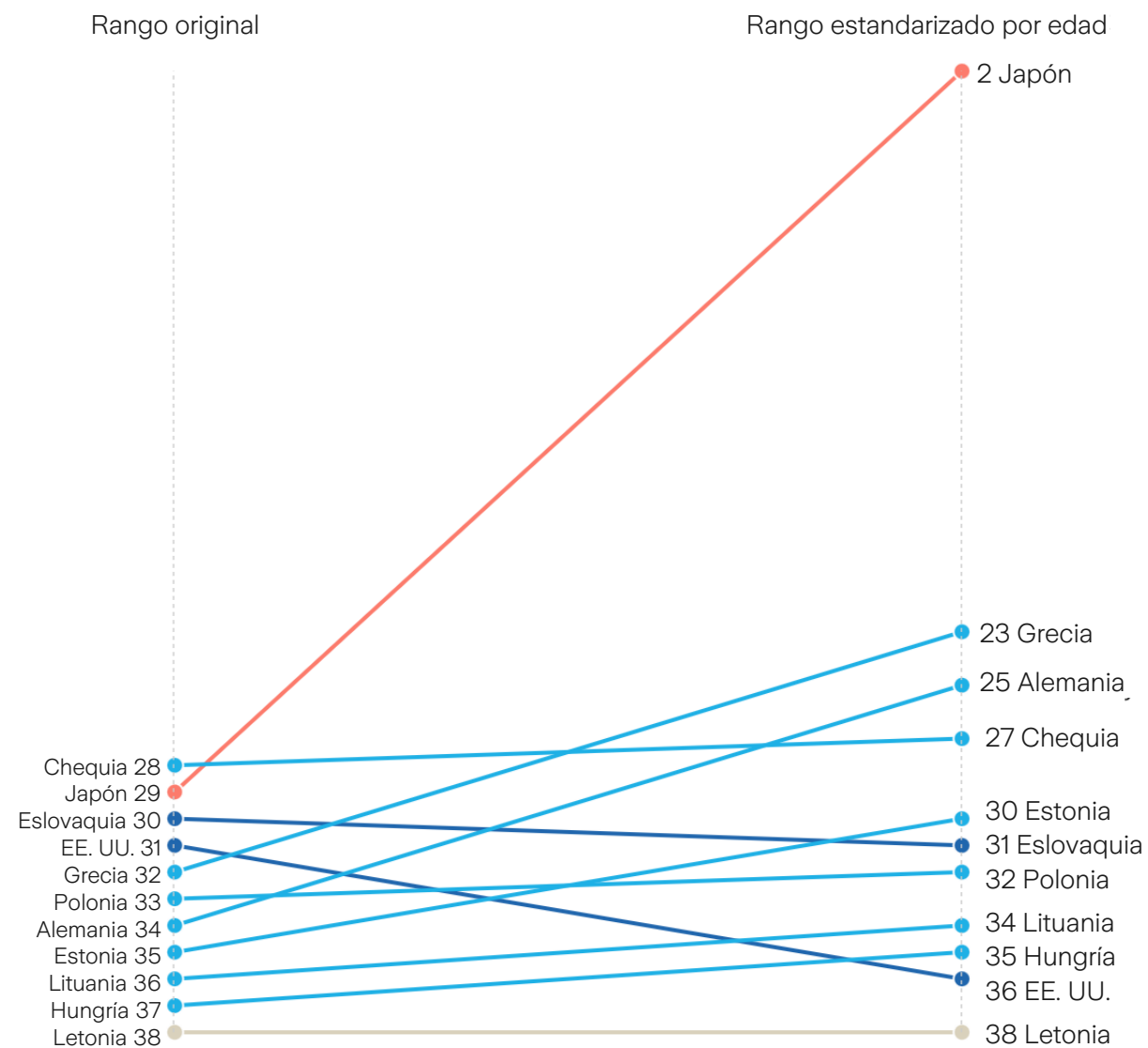
Países con mejor clasificación



Consulte [«Datos y metodología»](#) para obtener el conjunto completo de fuentes de datos, supuestos y cálculos.

Carga de las enfermedades crónicas: clasificación estandarizada por edad

Países con las clasificaciones más bajas



Consulte [«Datos y metodología»](#) para obtener el conjunto completo de fuentes de datos, supuestos y cálculos.

Japón representa el caso contrario. Obtiene buenos resultados en cuanto al rendimiento del sistema sanitario, pero obtiene una puntuación más baja en la carga de las enfermedades crónicas debido a su perfil demográfico avanzado, con una mayor proporción de la población en grupos de edad de mayor riesgo. Cuando se ajusta por edad, su clasificación mejora considerablemente, lo que indica que los resultados se deben más al envejecimiento de la población que a una debilidad subyacente del sistema.

Esto demuestra que, si bien la presión demográfica aumenta la carga, es el rendimiento del sistema el que determina la eficacia con la que se gestiona.

Esta interacción da lugar a dos versiones distintas del reto que supone la atención a las enfermedades crónicas:

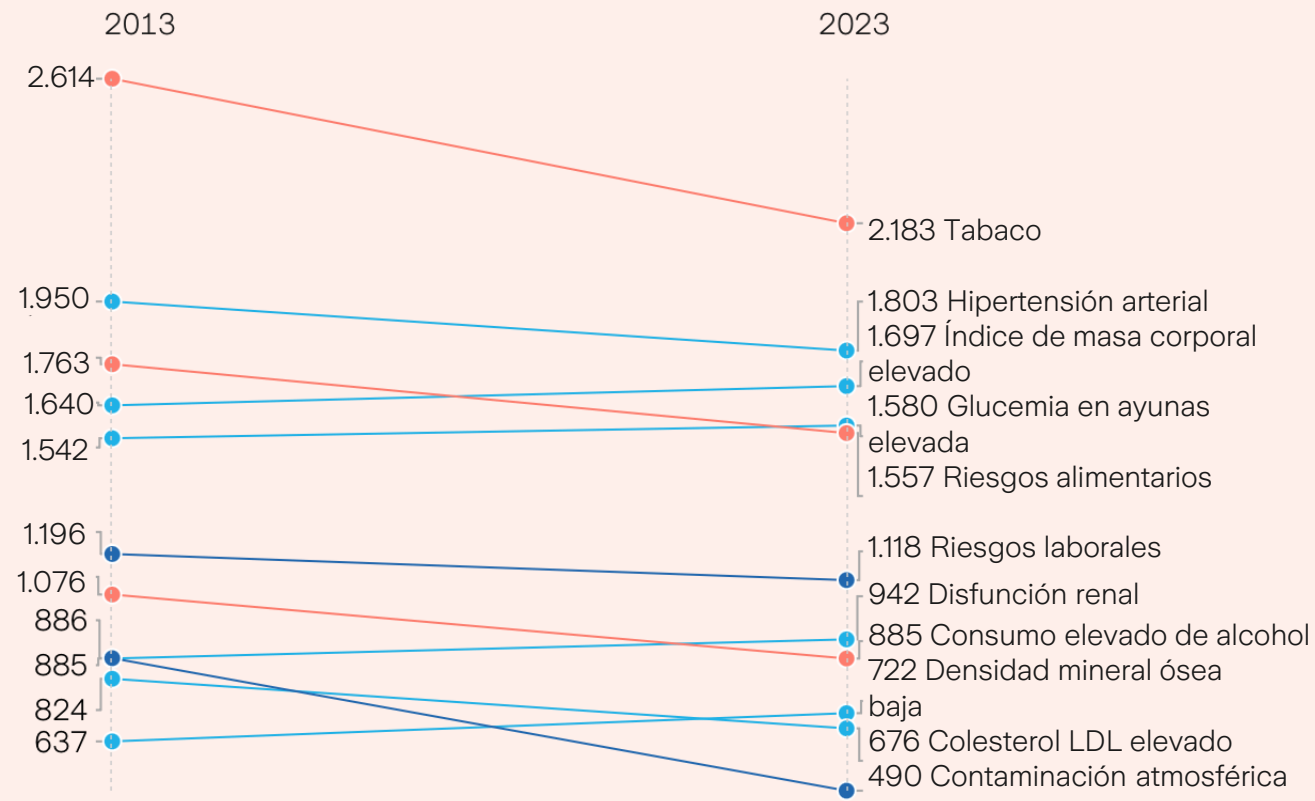
- **Poblaciones ya envejecidas:** Los países de Europa Occidental y Asia Oriental se enfrentan hoy en día a altos niveles de enfermedades crónicas. Su reto consiste en mantener el rendimiento del sistema —es decir, conservar la capacidad, la calidad y la preparación para atender a grandes poblaciones que conviven con múltiples enfermedades crónicas durante largos periodos—.
- **Poblaciones aún jóvenes:** Los países que se encuentran en una fase más temprana de la transición demográfica se enfrentan a un reto diferente: prepararse para la carga que se avecina. Existe una ventana de oportunidad para invertir en prevención, capacidad del sistema y cuidados a largo plazo, pero esa ventana se está cerrando.

Por lo tanto, la posición de un país en el *Chronic Care Index* debe entenderse como un punto de partida, no como un resultado fijo. Los países con una carga baja en la actualidad pueden enfrentarse a aumentos rápidos a medida que la población envejece, mientras que aquellos con una carga mayor pueden estabilizar los resultados si sus sistemas son capaces de gestionar las enfermedades crónicas —y los factores de riesgo relacionados— de forma eficaz a lo largo del tiempo.

Suiza: Superando el envejecimiento

Suiza: principales factores de riesgo de años de vida saludable perdidos

Evolución de los DALY por cada 100 000 habitantes y clasificación general, 2013-2023



Riesgo: ● Comportamental ● Metabólico ● Ambiental/laboral

Fuente primaria: [IHME](#) (2025).

En este caso, los DALY reflejan la carga total de la enfermedad, no solo las enfermedades crónicas.

Los resultados de las enfermedades crónicas no solo vienen determinados por el riesgo subyacente, sino también por la eficacia con la que los sistemas responden a ese perfil de riesgo a lo largo del tiempo. Suiza ilustra claramente esta interacción.

Ocupa el primer puesto en la clasificación general del *Chronic Care Index*, ya que combina una carga de morbilidad relativamente baja-moderada con uno de los mejores rendimientos de los sistemas sanitarios de toda la OCDE. Su rendimiento en cuanto a la carga de morbilidad se refuerza aún más cuando se ajusta por edad: Suiza pasa del décimo al tercer puesto, lo que indica que los resultados se consiguen a pesar de que el perfil de la población es de edad avanzada.

Al igual que en otros países con menor carga de morbilidad, el perfil de riesgo subyacente está cambiando. Varios riesgos conductuales importantes han disminuido durante la última década —sobre todo el tabaquismo, los riesgos alimentarios y el consumo de alcohol—, con reducciones de 431, 206 y 191 DALY por cada 100 000 habitantes, respectivamente. Al mismo tiempo, los riesgos metabólicos han ganado importancia relativa, aunque de forma más gradual que en otros países: el índice de masa corporal elevado (+57), la glucosa plasmática en ayunas elevada (+38) y la disfunción renal (+57) han aumentado, mientras que la hipertensión arterial ha disminuido (-146).

Este patrón refleja una transición más amplia en las enfermedades crónicas. A medida que disminuyen los riesgos conductuales, una mayor parte de la carga se debe a la exposición metabólica a largo plazo, en la que la progresión de la enfermedad depende de un control sostenido a lo largo del tiempo.

Lo que distingue a Suiza es la forma en que se gestiona este riesgo en constante evolución. A pesar de tener una capacidad solo media (puesto 20) y una eficiencia baja (puesto 38), ocupa el segundo puesto en calidad, con un rendimiento especialmente destacado en los aspectos de la atención más relevantes para las enfermedades crónicas: continuidad, coordinación y participación del paciente. Ocupa el primer puesto en coordinación de la atención, atención centrada en la persona, calidad de la atención primaria y confianza, y se encuentra entre los países con mayor confianza de los pacientes en la gestión de su propia salud.

Estos factores son fundamentales a medida que aumentan los riesgos metabólicos. Si bien los riesgos conductuales a menudo pueden abordarse directamente mediante intervenciones políticas, la gestión del riesgo metabólico depende tanto de un cambio conductual continuado como de una atención sostenida —seguimiento continuo, adherencia al tratamiento y coordinación entre múltiples profesionales sanitarios—. El sistema suizo parece estar mejor equipado para prestar este tipo de atención de forma coherente, limitando la progresión y previniendo el agravamiento incluso cuando aumenta el riesgo subyacente.

La prevención en este contexto se ve, por tanto, reforzada mediante el contacto regular con el sistema sanitario, respaldado por un acceso basado en el seguro y servicios complementarios que amplían el cribado, la atención especializada y el tratamiento a largo plazo más allá de los episodios agudos.

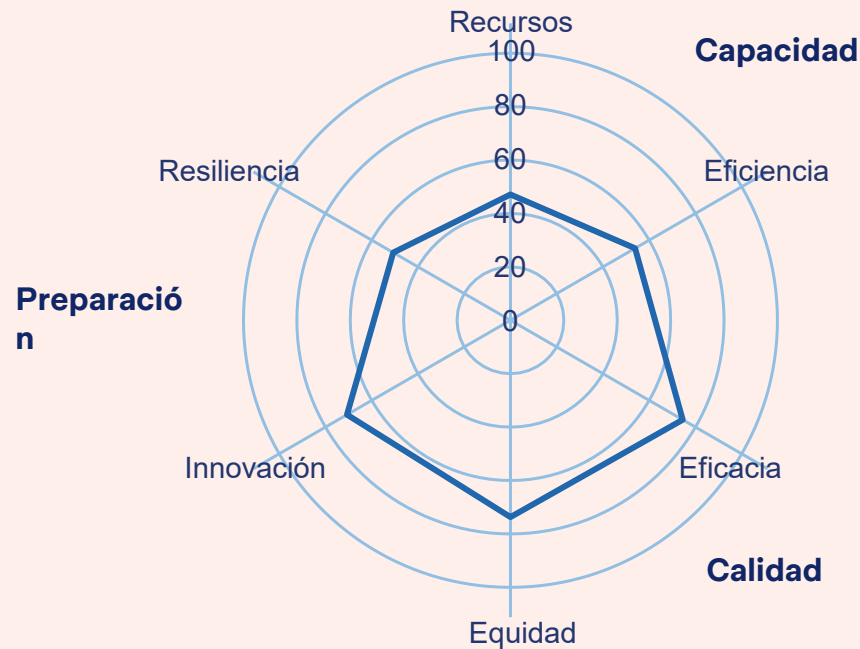
La experiencia de Suiza demuestra que, incluso cuando los perfiles de riesgo evolucionan hacia afecciones más complejas y de larga duración, los sistemas que prestan una atención coherente, coordinada y de confianza pueden contener el impacto de ese cambio a lo largo del tiempo.



Países Bajos: un referente en resiliencia

Países Bajos: Rendimiento del sistema sanitario en cuanto a capacidad, calidad y preparación

Puntuaciones (0 – 100)



Las puntuaciones más altas indican un mejor rendimiento. [E](#) Consulte la sección «Datos y metodología» para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Los Países Bajos ofrecen una visión de lo que significa el éxito según los datos, donde el diseño del sistema —y no solo el gasto en él— determina el rendimiento de la atención a las enfermedades crónicas.

Ocupan el primer puesto en la clasificación general en cuanto al [rendimiento del sistema sanitario](#), pero lo que distingue a los Países Bajos no es la magnitud del gasto ni la infraestructura —ocupan el puesto 13 en capacidad y el 28 en gasto sanitario—, sino los resultados que consiguen con estos recursos.

En cuanto a la carga de morbilidad, ocupa el puesto 20 —en la mitad de la tabla—, con un impacto general que crece modestamente (un aumento del 8 % en los DALY entre 2014 y 2023). Sin embargo, registra la puntuación más alta en eficacia, incluyendo una de las tasas más bajas de ingresos hospitalarios evitables. Esto contribuye a que obtenga la puntuación más alta en calidad de la OCDE, y los pacientes manifiestan uno de los niveles más altos de confianza en el sistema sanitario. Al igual que Suiza, también presenta el mayor nivel de confianza en la gestión de la propia salud, factores que pueden traducirse en una experiencia asistencial más clara y accesible para los pacientes que padecen enfermedades crónicas.

El sistema neerlandés también incorpora un incentivo estructural del que carecen la mayoría de los países de la OCDE: los empleadores están obligados a pagar a los empleados durante un máximo de dos años de baja por enfermedad y deben elaborar planes estructurados de reincorporación al trabajo. Esto genera un claro incentivo financiero y operativo para una intervención temprana y una rehabilitación activa, y es un factor que puede contribuir a obtener mejores resultados, junto con los hábitos de salud de la población en general y el diseño del sistema.

La próxima oportunidad: Del rendimiento del sistema a la responsabilidad compartida

La responsabilidad ante el reto que plantean las enfermedades crónicas no puede recaer en un único actor. Las personas no pueden gestionarlo por sí solas. Los gobiernos no pueden financiarlo todo. Los sistemas sanitarios no pueden prestarlo todo. Las empresas no pueden asumir toda la carga.

En cambio, se está produciendo un cambio hacia la responsabilidad compartida entre instituciones, visible en iniciativas como el [programa Keep Britain Working del Reino Unido](#) y el modelo de obligación de los empleadores de los Países Bajos. Los empleadores se sitúan cada vez más en primera línea de la promoción y la gestión de la salud.

Las señales de alerta suelen manifestarse por primera vez en el lugar de trabajo, a través del absentismo, la disminución del rendimiento o los cambios de comportamiento. Esto convierte a los sistemas laborales, el compromiso de los empleadores y las prestaciones de los empleados en un elemento clave de la respuesta a los cuidados crónicos, especialmente en el caso de afecciones que se desarrollan y persisten durante largos periodos.²³ Ayudar a las personas a permanecer en el trabajo, o a reincorporarse de forma estructurada, no solo es una prioridad económica, sino que puede constituir un resultado sanitario en sí mismo.

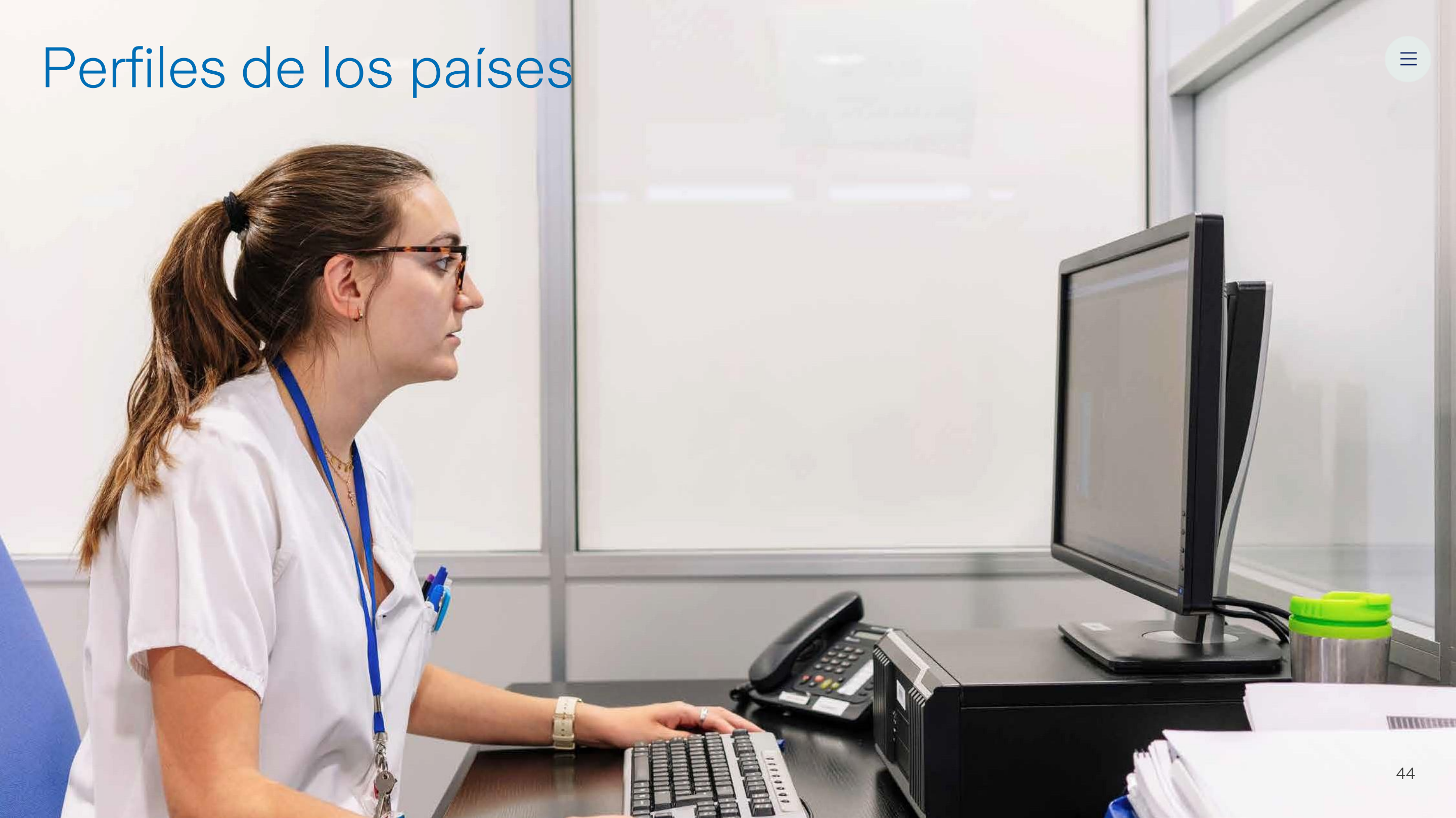
Aquí es donde la protección colectiva y los servicios sanitarios pueden actuar como enlace práctico entre la prevención, el acceso y la recuperación. Las aseguradoras se sitúan cada vez más junto a las empresas y los proveedores en el proceso de atención de enfermedades crónicas, utilizando datos longitudinales, la infraestructura de prestaciones y las colaboraciones en materia de servicios para facilitar una intervención más temprana y una atención más coordinada a lo largo del tiempo. Por ejemplo, los modelos en mercados como el del Reino Unido y España combinan el acceso a conocimientos especializados, el apoyo a distancia y los servicios de orientación junto con la protección básica. Los beneficios pueden ser muy amplios: las personas obtienen mejores resultados de salud, las empresas conservan una plantilla productiva y los gobiernos se enfrentan a una menor presión sobre el sistema de bienestar a largo plazo.

El reto de la atención crónica se desarrollará a lo largo de décadas, pero la dirección ya está clara: de la cura a la prevención, de los episodios de atención al manejo continuo, y de la prestación aislada al apoyo coordinado entre sistemas. Los países mejor posicionados para gestionar este futuro son aquellos que se adapten pronto, antes de que se amplíe la brecha entre la demanda y la capacidad del sistema.

23. Virtanen et al. [Eficacia de las intervenciones en el lugar de trabajo para la promoción de la salud \(2025\)](#); Tsai et al. [Traslado de los programas de prevención de la diabetes al lugar de trabajo \(2024\)](#).



Perfiles de los países



Chronic Care Index

Puesto: 8

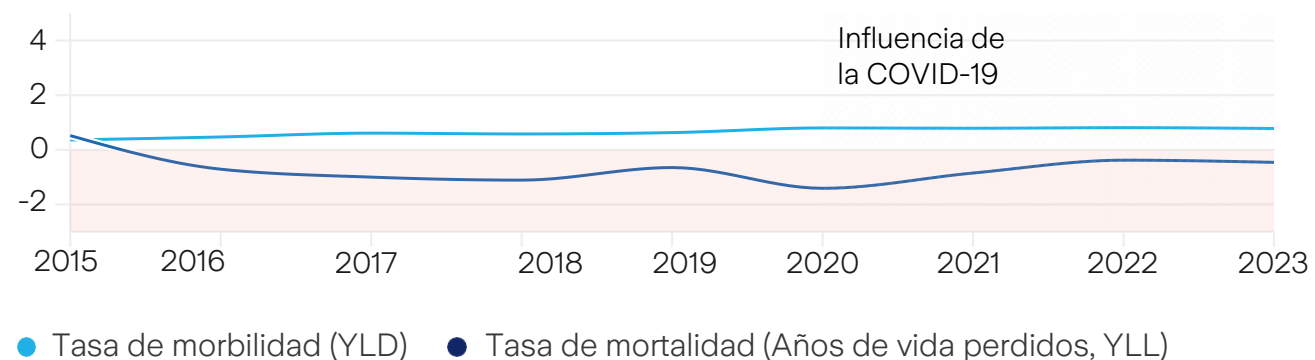


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 9



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



● Tasa de morbilidad (YLD) ● Tasa de mortalidad (Años de vida perdidos, YLL)

Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 10



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Australia



Australia se sitúa entre los 10 primeros, gracias a una combinación de baja mortalidad, morbilidad en aumento y un buen rendimiento del sistema. La calidad respalda los resultados, aunque persisten las desigualdades y las limitaciones en la atención a largo plazo.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 39

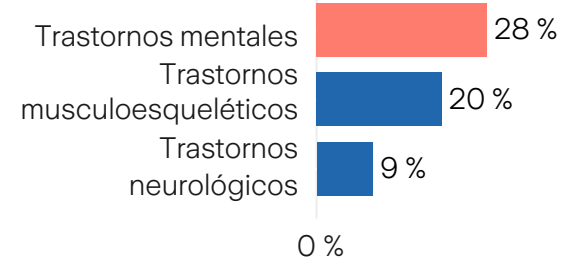
Puesto: 21

Mortalidad

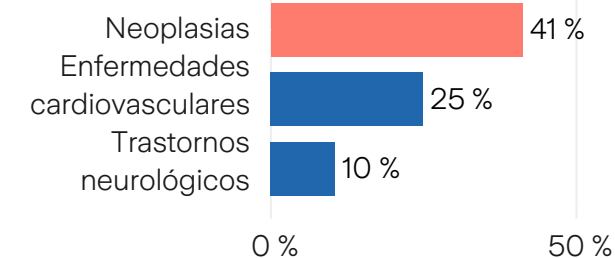
Puntuación: 85

Puesto: 6

Por mejor condición

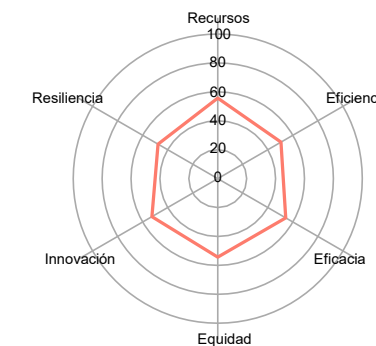


Por condición principal



Rendimiento por pilar, puntuaciones

Capacidad:	54	Calidad:	54	Preparación:	50
Recursos:	56	Eficacia:	54	Innovación:	53
Eficiencia:	51	Equidad:	54	Resiliencia:	48



Chronic Care Index

Puesto: 11

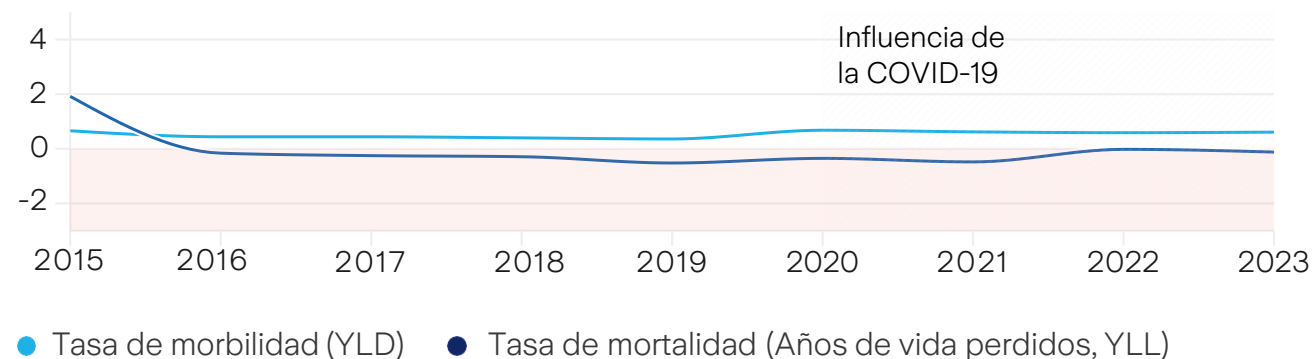


Carga de las enfermedades crónicas

Puesto: 21



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



● Tasa de morbilidad (YLD) ● Tasa de mortalidad (Años de vida perdidos, YLL)

Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 5



Austria



Austria se sitúa en la franja media-alta, gracias al buen rendimiento del sistema, especialmente en cuanto a la calidad. Una carga moderada y una eficiencia más débil contribuyen a las presiones sobre la capacidad.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 45

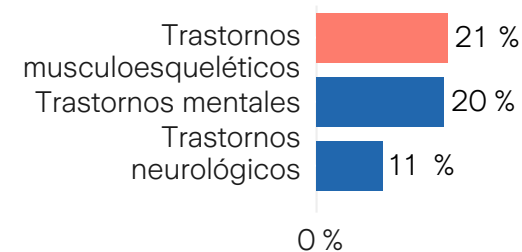
Puesto: 14

Mortalidad

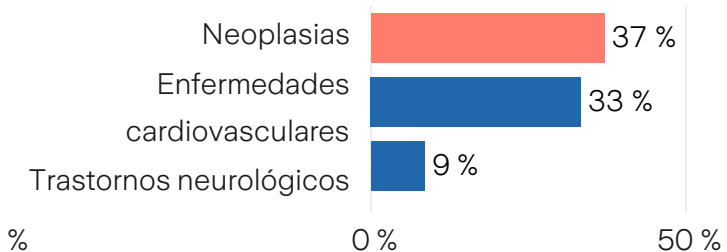
Puntuación: 60

Puesto: 21

Por mejor condición

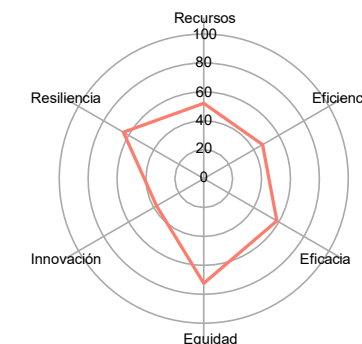


Por afección principal



Rendimiento por pilar, puntuaciones

Capacidad: 50	Calidad: 64	Preparación: 51
Recursos: 52	Eficacia: 72	Innovación: 38
Eficiencia: 47	Equidad: 72	Resiliencia: 64



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Chronic Care Index

Puesto: 7

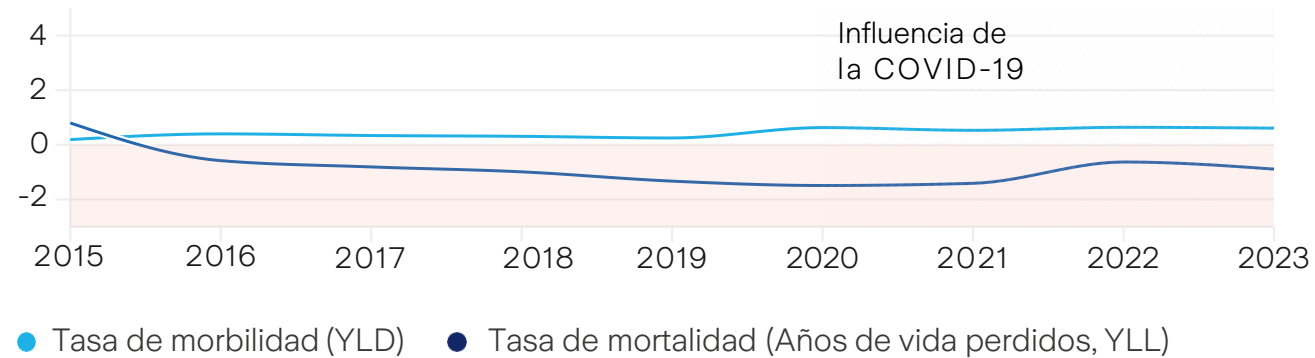


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 18



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 4



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Bélgica

Bélgica se sitúa entre los 10 primeros, con una carga moderada y un buen rendimiento del sistema. La calidad y la capacidad respaldan los resultados, aunque las puntuaciones en resiliencia e innovación son más bajas.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 40

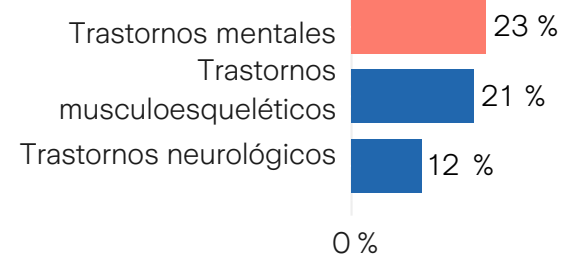
Puesto: 18

Mortalidad

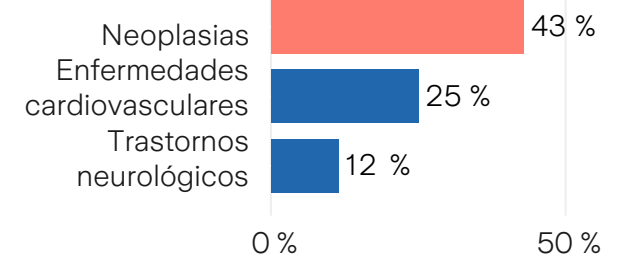
Puntuación: 70

Puesto: 18

Por mejor condición



Por condición principal



Resultados por pilar, puntuaciones

Capacidad:	56	Calidad:	64	Preparación:	41
Recursos:	62	Eficacia:	60	Innovación:	38
Eficiencia:	46	Equidad:	71	Resiliencia:	43



Chronic Care Index

Puesto: 17

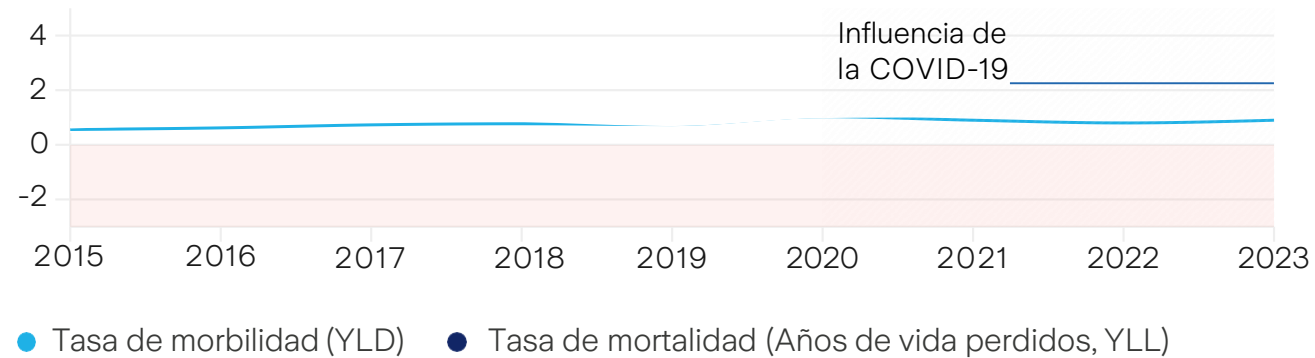


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 19



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 15



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Canadá



Canadá se sitúa en la mitad de la tabla, pero presenta un aumento tanto en la morbilidad como en la mortalidad. Su alto nivel de preparación compensa en parte la menor calidad, que incluye desigualdades en materia de equidad.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 37

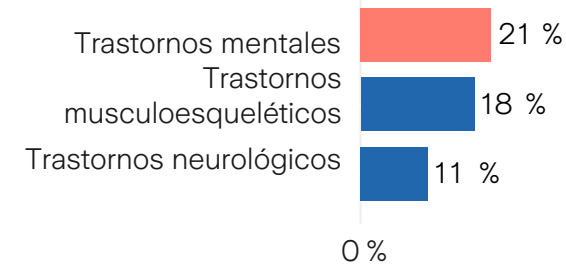
Puesto: 23

Mortalidad

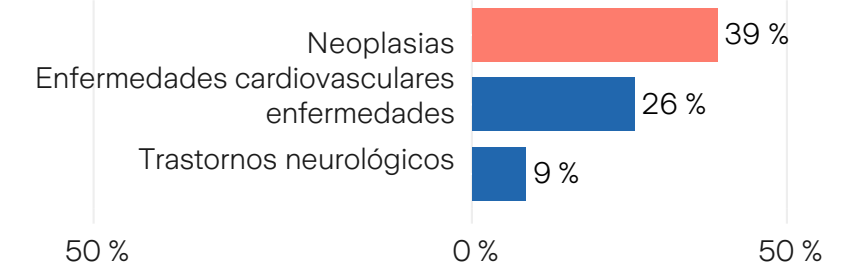
Puntuación: 67

Puesto: 20

Por mejor condición

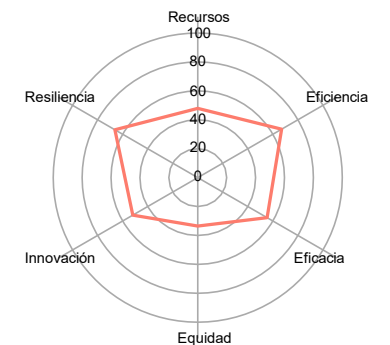


Por condición principal



Rendimiento por pilar, puntuaciones

Capacidad: 55	Calidad: 55	Preparación: 47	59
Recursos: 48	Eficacia: 34	Innovación: 52	
Eficiencia: 67	Equidad: 67	Resiliencia: 66	



Chronic Care Index

Puesto: 19

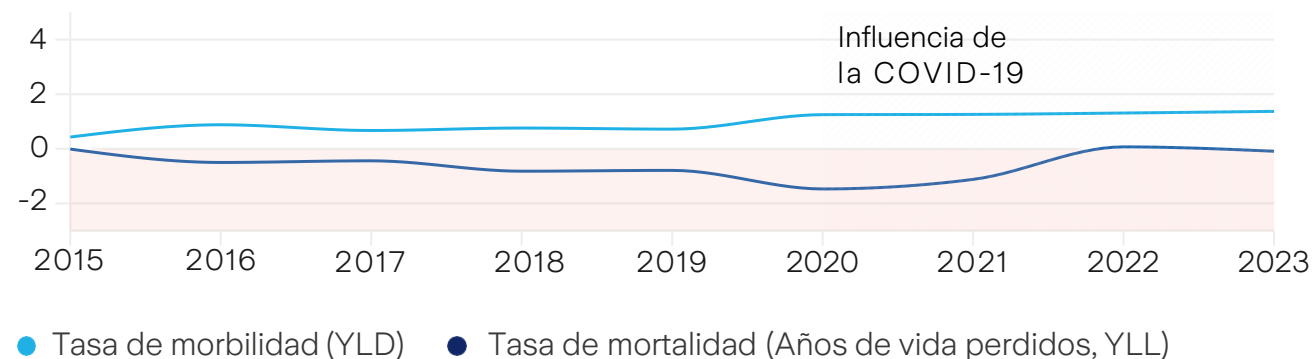


Carga de las enfermedades crónicas

Puesto: 6



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 30



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Chile



Chile se sitúa en la mitad de la tabla, combinando una baja mortalidad con una morbilidad en aumento y un rendimiento del sistema más débil. Un menor nivel de preparación y calidad limita la capacidad a largo plazo.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 69

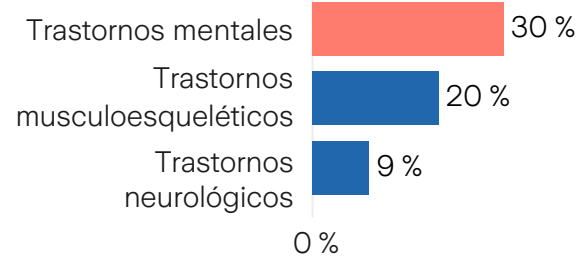
Puesto: 4

Mortalidad

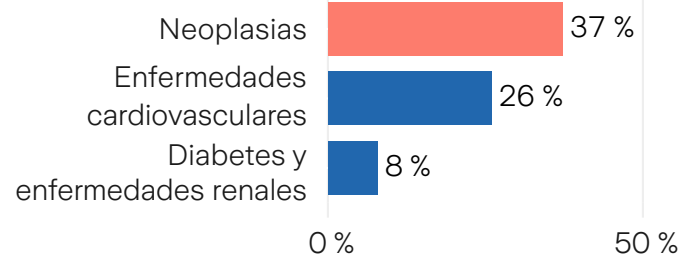
Puntuación: 84

Puesto: 8

Por mejor condición

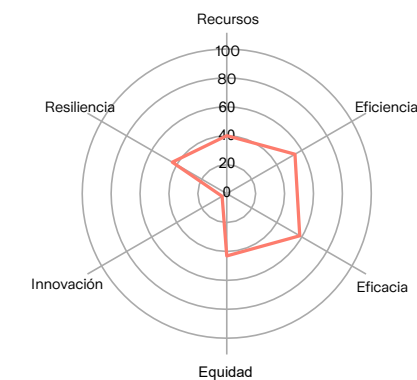


Por condición principal



Rendimiento por pilar, puntuaciones

Capacidad:	46	Calidad:	53	Preparación:	24
Recursos:	40	Eficacia:	58	Innovación:	4
Eficiencia:	55	Equidad:	43	Resiliencia:	43



Chronic Care Index

Puesto: 29

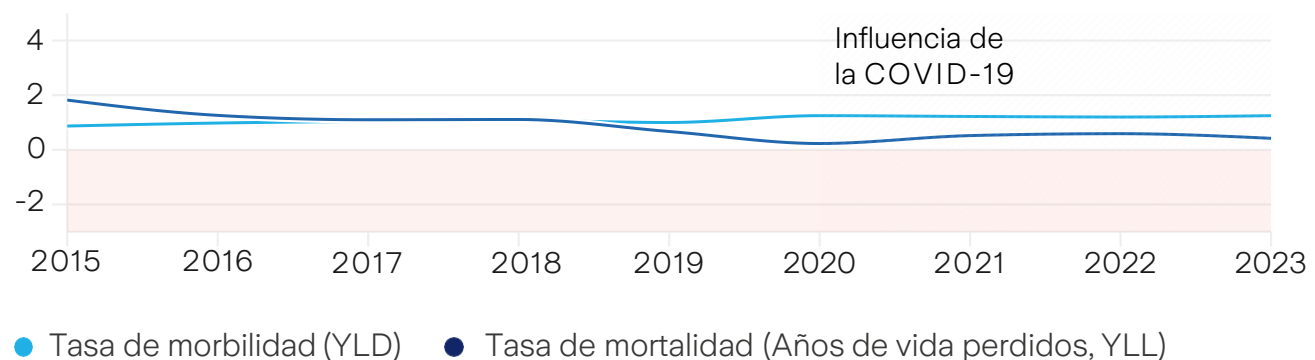


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 2



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 38



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Colombia



Colombia se sitúa en la franja media-baja, al combinar una baja carga de enfermedad con el rendimiento más débil del sistema. La baja calidad y el escaso nivel de preparación limitan los resultados, a pesar de que la eficiencia respalda la capacidad.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 88

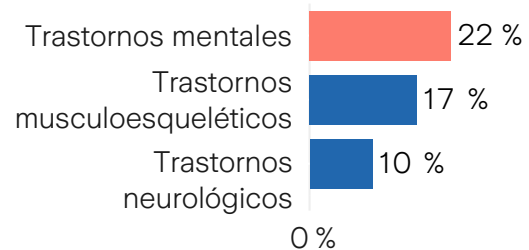
Clasificación: 2

Mortalidad

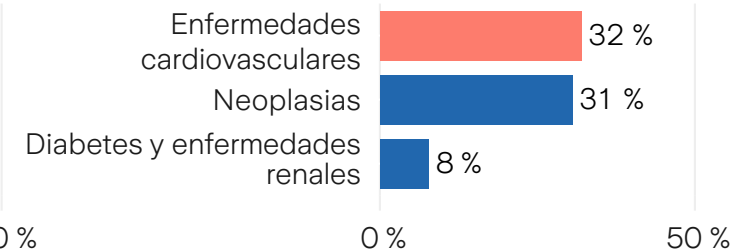
Puntuación: 93

Puesto: 2

Por mejor condición



Por condición principal



Rendimiento por pilar, puntuaciones

Capacidad: 42	Calidad: 33	Preparación: 24
Recursos: 26	Eficacia: 34	Innovación: 1
Eficiencia: 68	Equidad: 30	Resiliencia: 46



Chronic Care Index

Puesto: 26

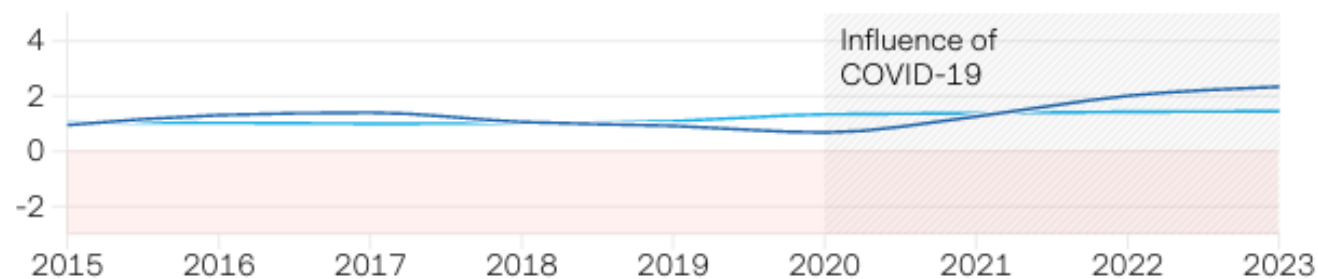


Carga de las enfermedades crónicas

Puesto: 5



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



● Tasa de morbilidad (YLD) ● Tasa de mortalidad (Años de vida perdidos, YLL)

Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 34



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Costa Rica



Costa Rica se sitúa en el nivel medio-bajo, lo que combina una baja carga de morbilidad con un rendimiento deficiente del sistema. Un nivel más bajo de preparación y equidad limita la capacidad a pesar de una mayor eficacia.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 68

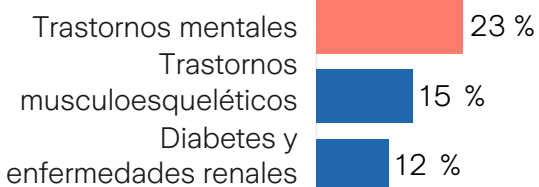
Puesto: 5

Mortalidad

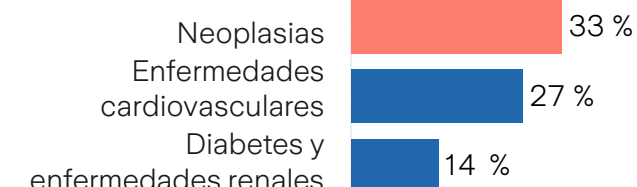
Puntuación: 85

Puesto: 5

Por mejor condición



Por afección principal



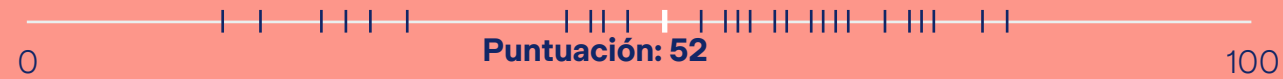
Rendimiento por pilar, puntuaciones

Capacidad: 38	Calidad: 60	Preparación: 14	Innovación: 9
Recursos: 32	Eficacia: 34	Resiliencia: 19	
Eficiencia: 49	Equidad: 34		



Chronic Care Index

Puesto: 25

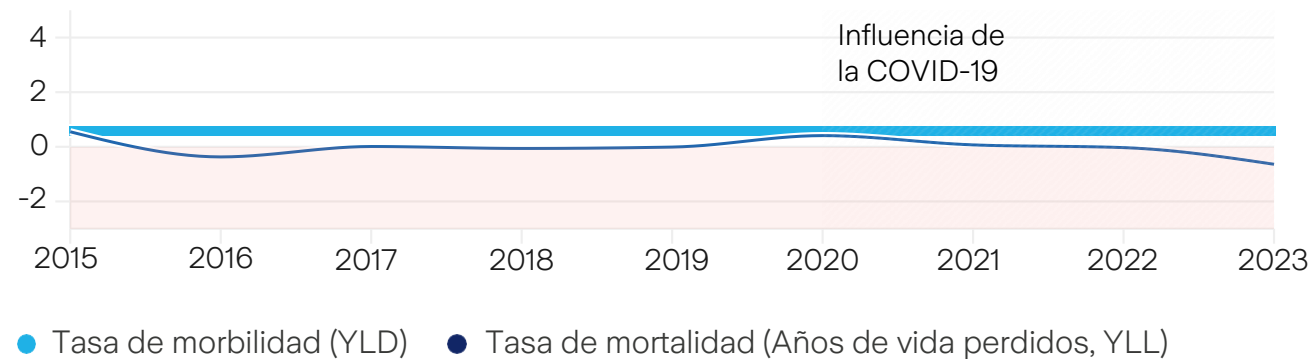


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 28



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 17



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Chequia



Chequia se sitúa en la franja media-baja, combinando una carga elevada con un rendimiento moderado del sistema. La alta calidad favorece el acceso, mientras que la menor preparación refleja puntuaciones más bajas en innovación y resiliencia.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 26

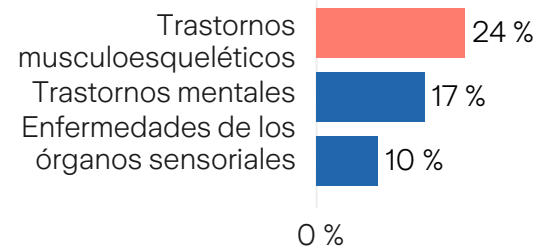
Puesto: 29

Mortalidad

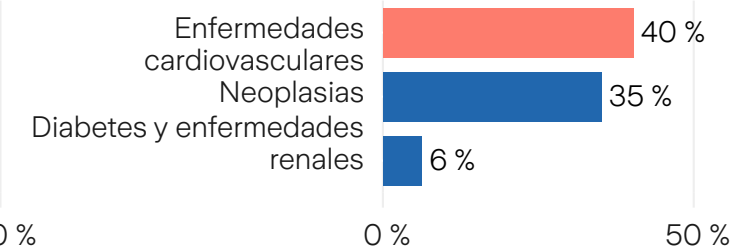
Puntuación: 49

Puesto: 30

Por mejor condición

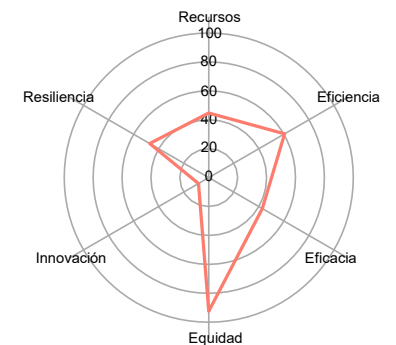


Por condición principal



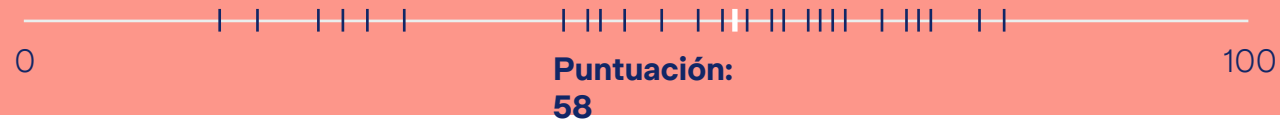
Resultados por pilar, puntuaciones

Capacidad: 51	Calidad: 61	Preparación: 28
Recursos: 45	Eficacia: 43	Innovación: 8
Eficiencia: 61	Equidad: 92	Resiliencia: 47



Chronic Care Index

Puesto: 20

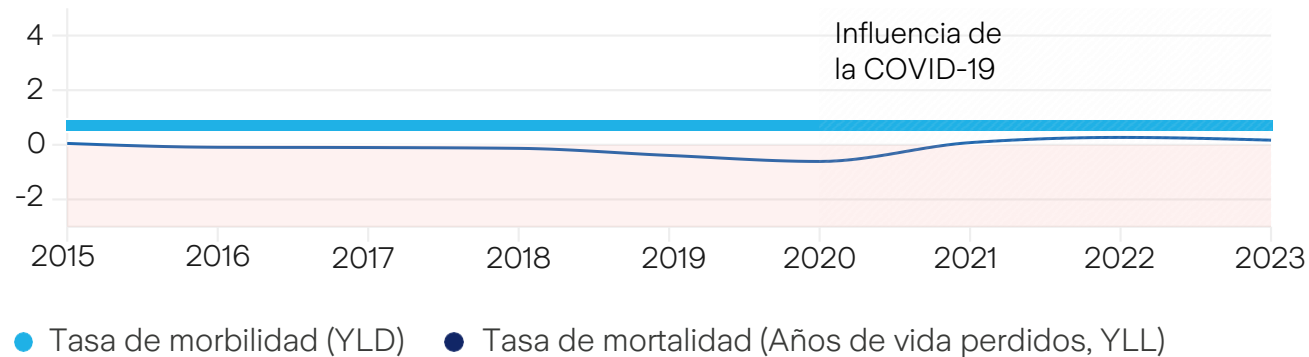


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 22



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 18



Dinamarca



Dinamarca se sitúa en la mitad de la tabla, combinando una carga moderada con un rendimiento medio. Su alto nivel de preparación respalda su capacidad futura, mientras que la calidad y la capacidad presentan resultados más dispares.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 45

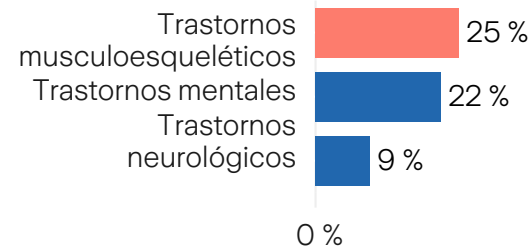
Puesto: 15

Mortalidad

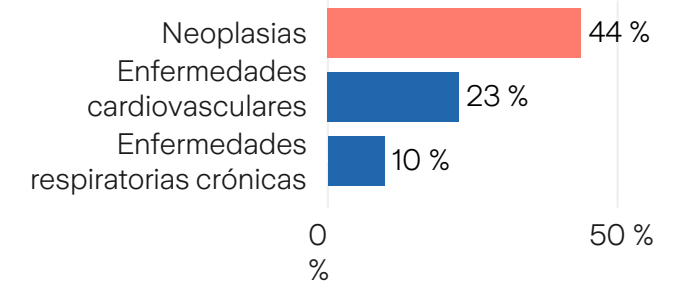
Puntuación: 59

Puesto: 24

Por mejor estado



Por mejor condición



Rendimiento por pilar, puntuaciones

Capacidad: 47	Calidad: 47	Preparación: 54	57
Recursos: 46	Eficacia: 64	Innovación: 60	
Eficiencia: 50	Equidad: 64	Resiliencia: 55	



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Chronic Care Index

Puesto: 33

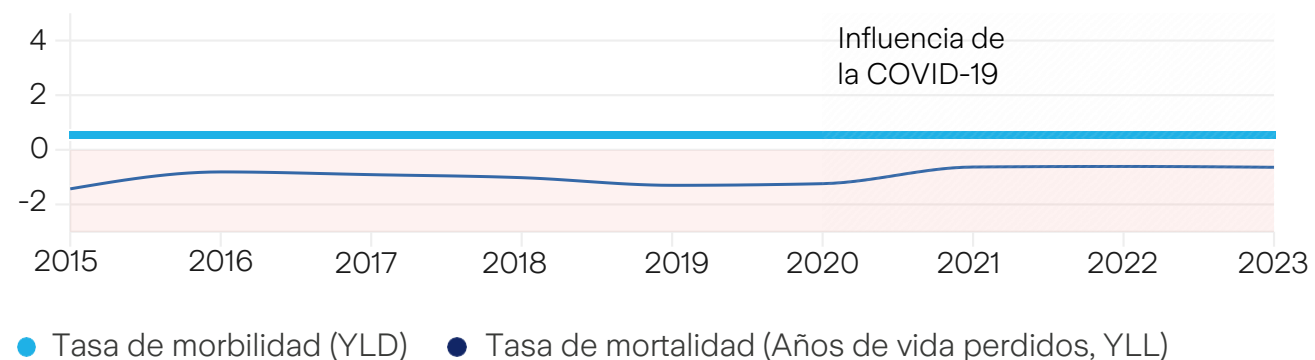


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 35



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 32



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Estonia

Estonia se sitúa en el nivel inferior, al combinar una mayor carga con un rendimiento más débil del sistema. La menor capacidad y calidad limitan la prestación de la asistencia, aunque la preparación se ve respaldada por las puntuaciones de resiliencia.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 32

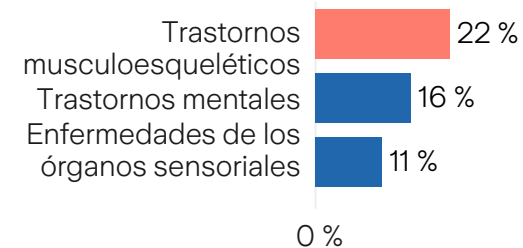
Puesto: 24

Mortalidad

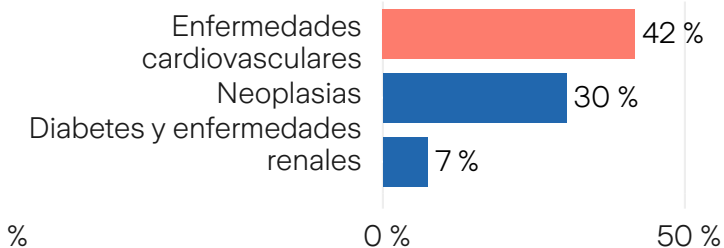
Puntuación: 33

Puesto: 35

Por mejor condición



Por condición principal



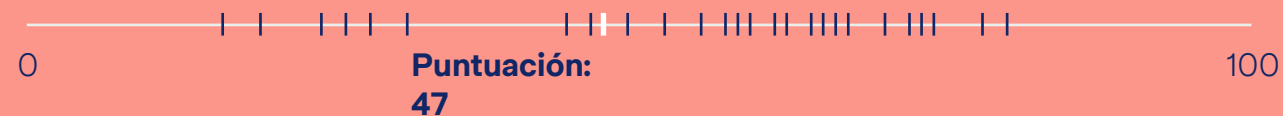
Rendimiento por pilar, puntuaciones

Capacidad: 36	Calidad: 49	Preparación: 50
Recursos: 39	Eficacia: 52	Innovación: 21
Eficiencia: 31	Equidad: 45	Resiliencia: 78



Chronic Care Index

Puesto: 28

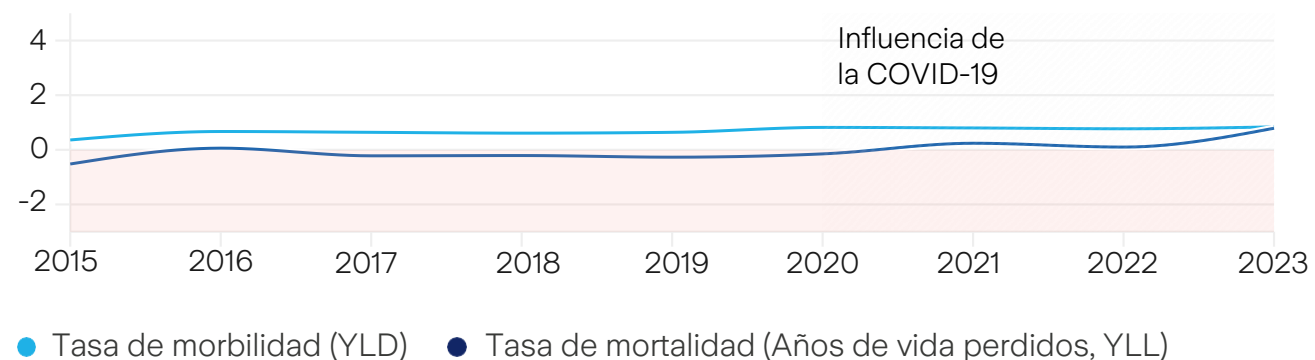


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 26



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 24



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Finlandia



Finlandia se sitúa en la franja media-baja, combinando una carga moderada con un rendimiento del sistema en la franja media. Una gran capacidad respalda la prestación de servicios, aunque una calidad más débil, especialmente en materia de equidad, limita los resultados.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 37

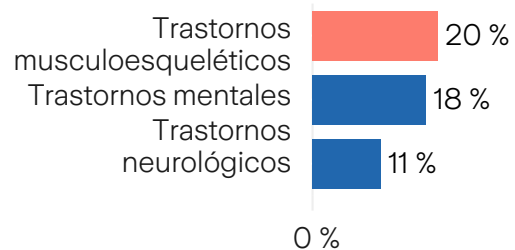
Puesto: 22

Mortalidad

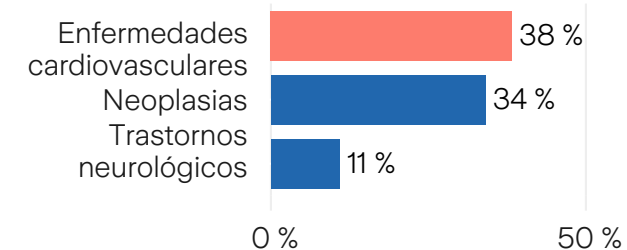
Puntuación: 50

Puesto: 29

Por mejor condición



Por condición principal



Rendimiento por pilar, puntuaciones

Capacidad:	52	Calidad:	47	Preparación:	43
Recursos:	55	Eficacia:	55	Innovación:	36
Eficiencia:	47	Equidad:	35	Resiliencia:	49



Chronic Care Index

Puesto: 15

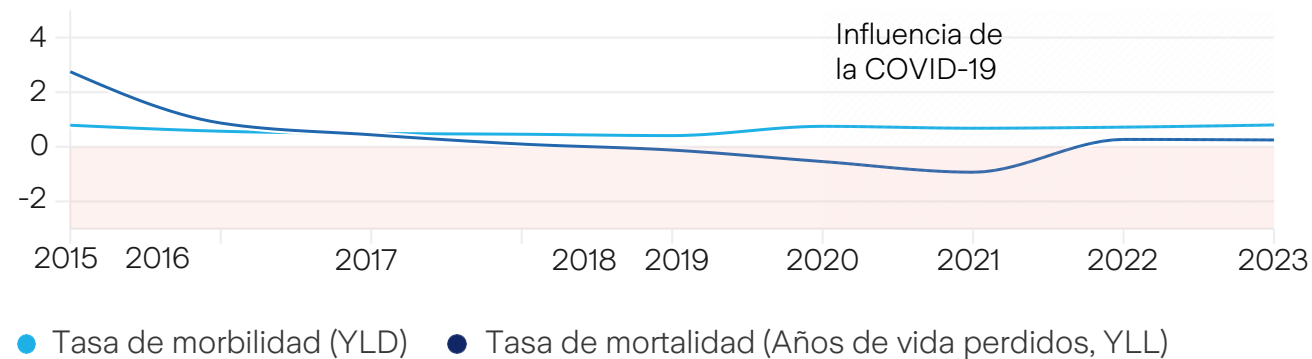


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 16



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 14



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Francia



Francia se sitúa en la franja media-alta, combinando una carga moderada con un rendimiento relativamente sólido del sistema. Las buenas puntuaciones en preparación y recursos compensan la menor eficiencia.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 40

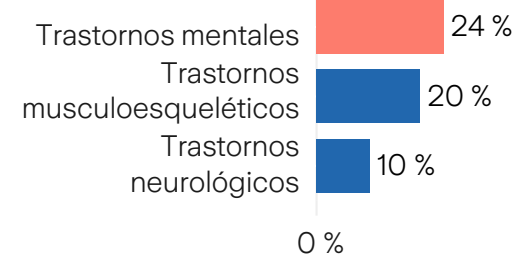
Puesto: 17

Mortalidad

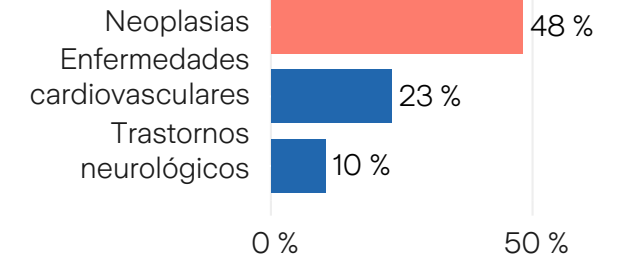
Puntuación: 71

Puesto: 16

Por mejor condición



Por condición principal



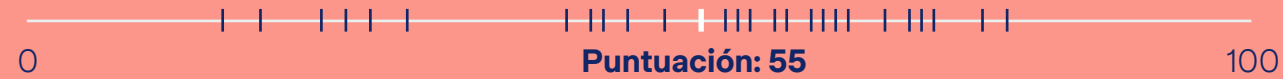
Resultados por pilar, puntuaciones

Capacidad: 48	Calidad: 55	Preparación: 57
Recursos: 54	Eficacia: 54	Innovación: 59
Eficiencia: 38	Equidad: 58	Resiliencia: 55



Chronic Care Index

Puesto: 24

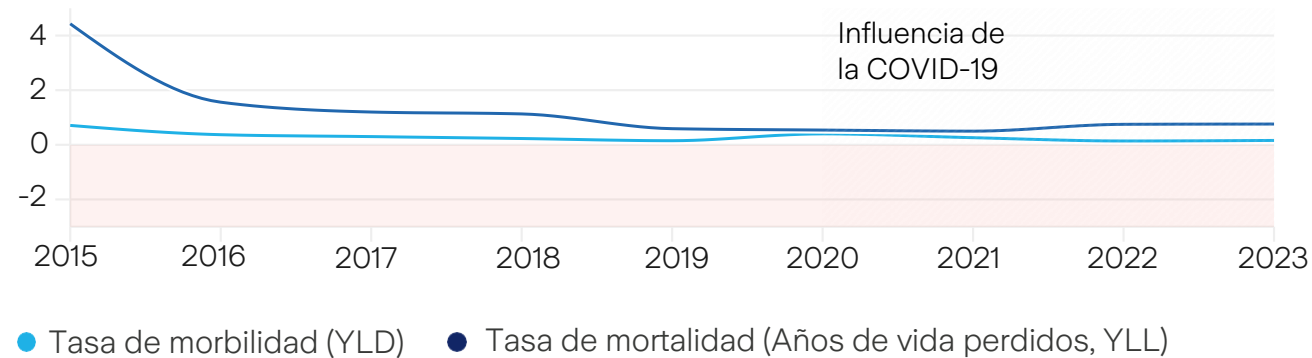


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 34



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 8



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Alemania



Alemania se sitúa en la franja media-baja, combinando una carga elevada con un buen rendimiento del sistema. Un alto nivel de preparación y capacidad respalda el sistema, aunque una eficacia más limitada restringe los resultados.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 23

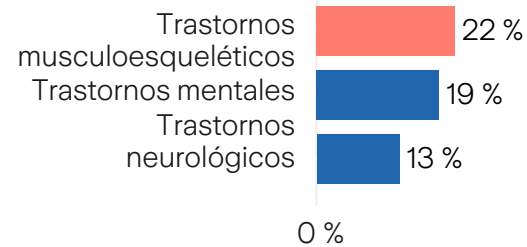
Puesto: 32

Mortalidad

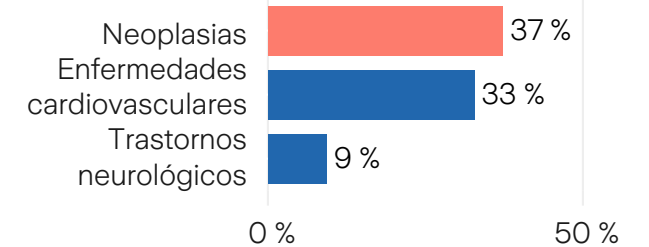
Puntuación: 41

Puesto: 34

Por mejor condición



Por condición principal



Resultados por pilar, puntuaciones

Capacidad:	53	Calidad:	50	Preparación:	77
Recursos:	58	Eficacia:	35	Innovación:	81
Eficiencia:	44	Equidad:	75	Resiliencia:	72



Chronic Care Index

Puesto: 36



Carga de enfermedad crónica

Puesto: 32



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 37



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Grecia



Grecia se sitúa en el nivel inferior, debido a una carga elevada combinada con un bajo rendimiento del sistema. La calidad y la preparación son bajas, mientras que la capacidad se ve limitada por una eficiencia deficiente y la falta de recursos.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 15

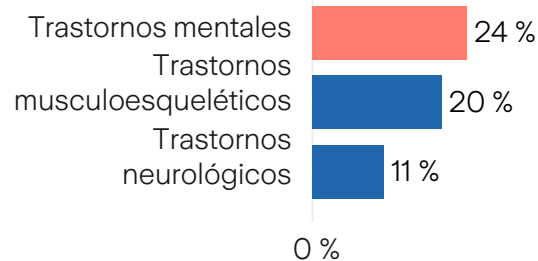
Puesto: 35

Mortalidad

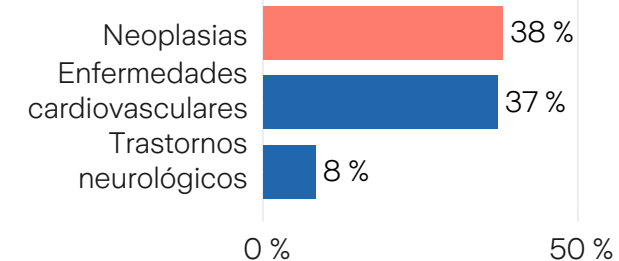
Puntuación: 47

Puesto: 31

Por mejor condición



Por condición principal



Rendimiento por pilar, puntuaciones

Capacidad: 43	Calidad: 33	Preparación: 36	Innovación: 22	Resiliencia: 41	Equidad: 41	Eficiencia: 31
Recursos: 41	Eficacia: 41					
Eficiencia: 46	Equidad: 41					



Chronic Care Index

Puesto: 34

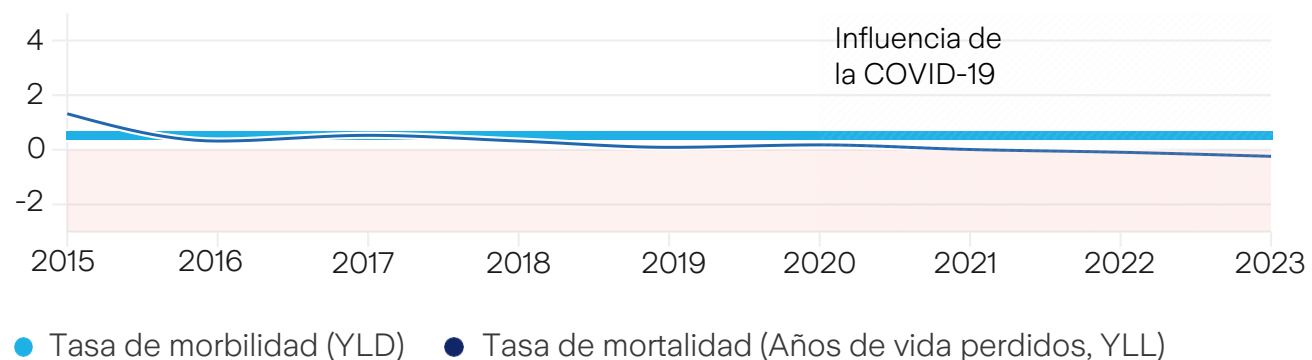


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 37



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 26



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Hungría

Hungría se sitúa en el nivel inferior, al combinar una carga elevada con un rendimiento del sistema de nivel medio. La calidad, sólida, respalda la atención sanitaria, aunque la capacidad y la preparación, más débiles, reflejan carencias en la inversión.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 26

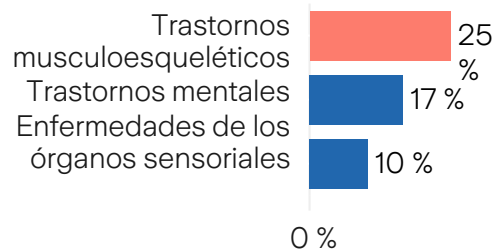
Puesto: 28

Mortalidad

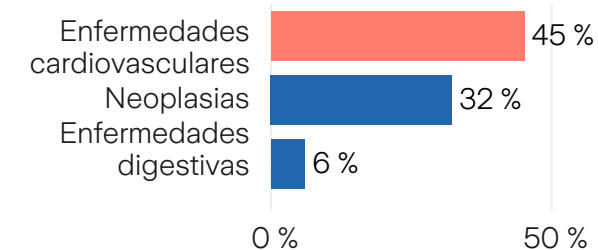
Puntuación: 10

Puesto: 37

Por mejor condición



Por condición principal



Resultados por pilar, puntuaciones

Capacidad: 42	Calidad: 63	Preparación: 19
Recursos: 33	Eficacia: 56	Innovación: 8
Eficiencia: 56	Equidad: 76	Resiliencia: 31





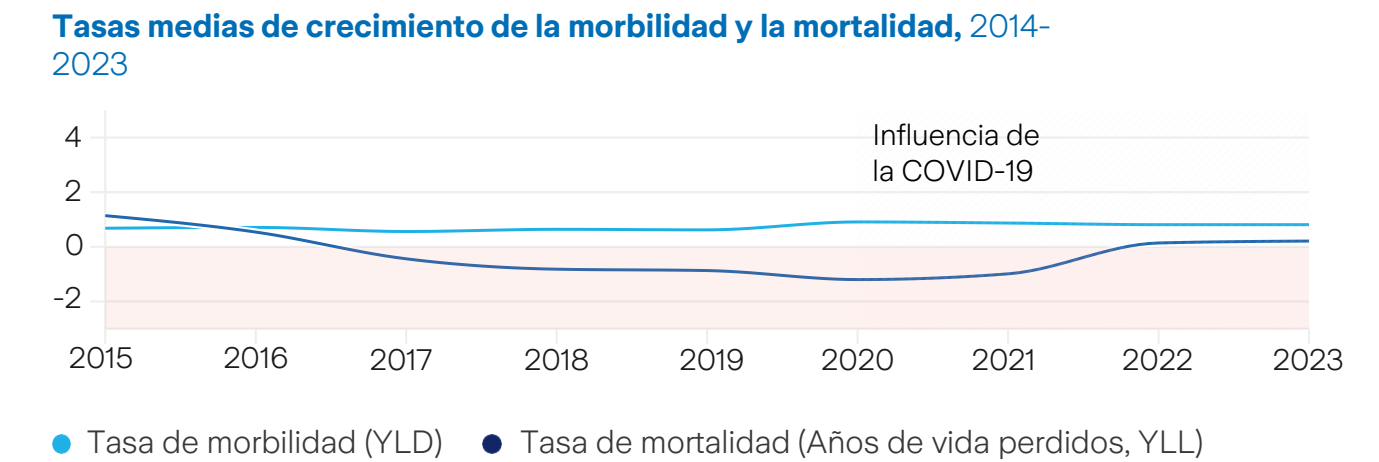
Islandia

Islandia se sitúa en la franja media-alta, combinando una baja mortalidad con una morbilidad moderada y un rendimiento del sistema en la franja media. La capacidad es sólida, aunque una calidad y una preparación más débiles limitan la consistencia.

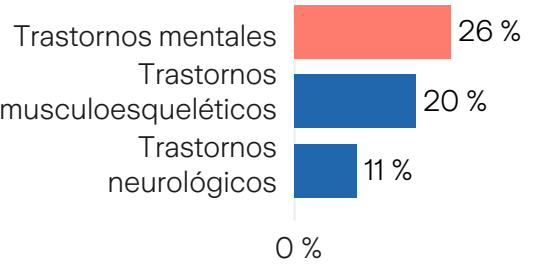


Carga de morbilidad y mortalidad

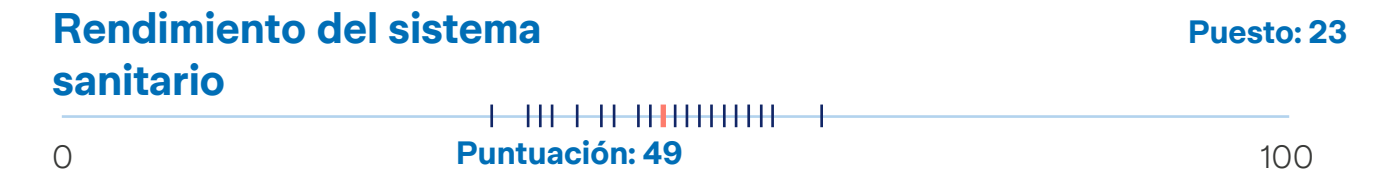
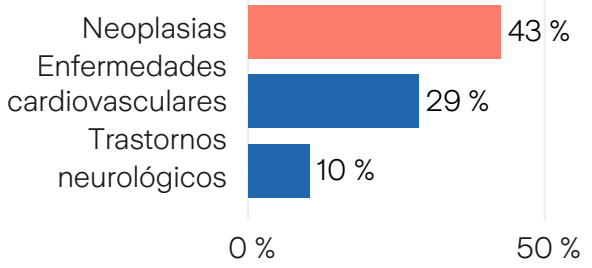
Morbilidad	Mortalidad
Puntuación: 61	Puntuación: 84
Puesto: 8	Puesto: 7



Por mejor condición

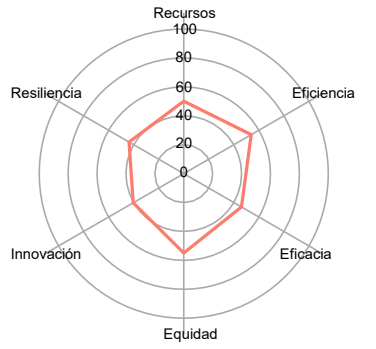


Por afección principal



Resultados por pilar, puntuaciones

Capacidad: 52	Calidad: 49	Preparación: 42
Recursos: 50	Eficacia: 46	Innovación: 40
Eficiencia: 54	Equidad: 55	Resiliencia: 44



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Chronic Care Index

Puesto: 13

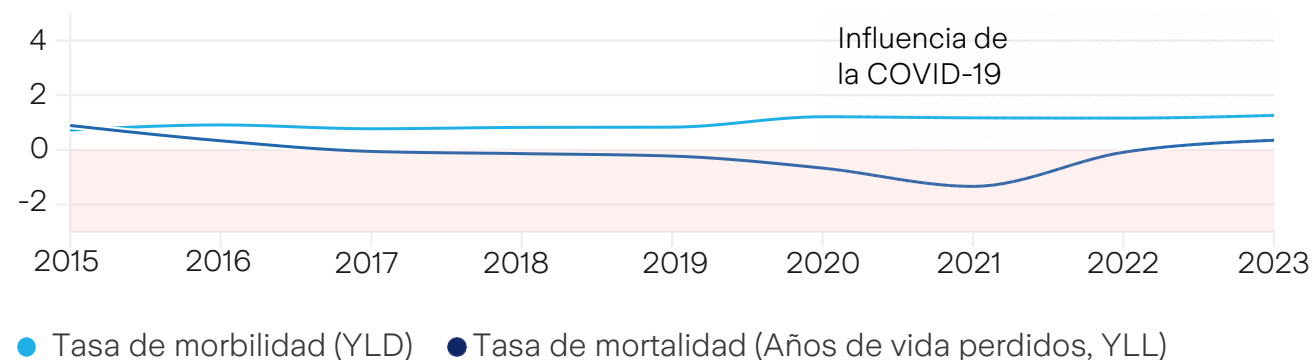


Carga de las enfermedades crónicas

Puesto: 8



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 22



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Irlanda

Irlanda se sitúa en la franja media-alta, combinando una baja carga de morbilidad con un rendimiento del sistema en la franja media. La sólida equidad respalda los resultados, aunque la preparación se ve limitada por unas puntuaciones de resiliencia más bajas.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 56

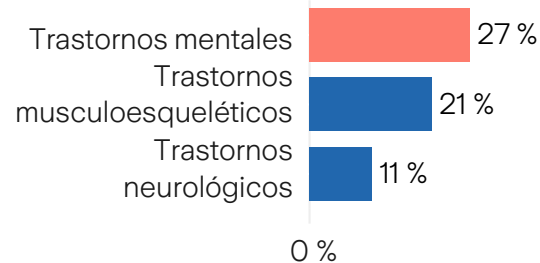
Puesto: 10

Mortalidad

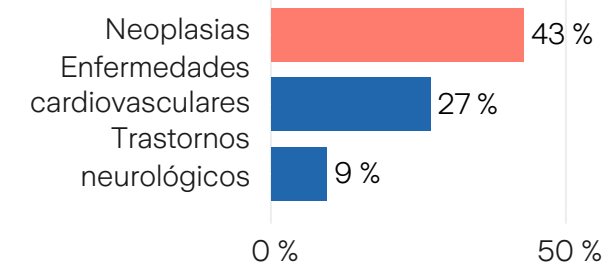
Puntuación: 83

Puesto: 10

Por mejor condición

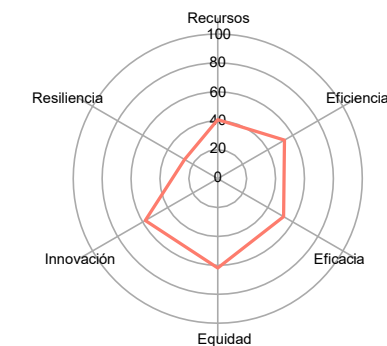


Por afección principal



Rendimiento por pilar, puntuaciones

Capacidad: 46	Calidad: 56	Preparación: 42
Recursos: 41	Eficacia: 62	Innovación: 58
Eficiencia: 53	Equidad: 62	Resiliencia: 27



Chronic Care Index

Puesto: 6

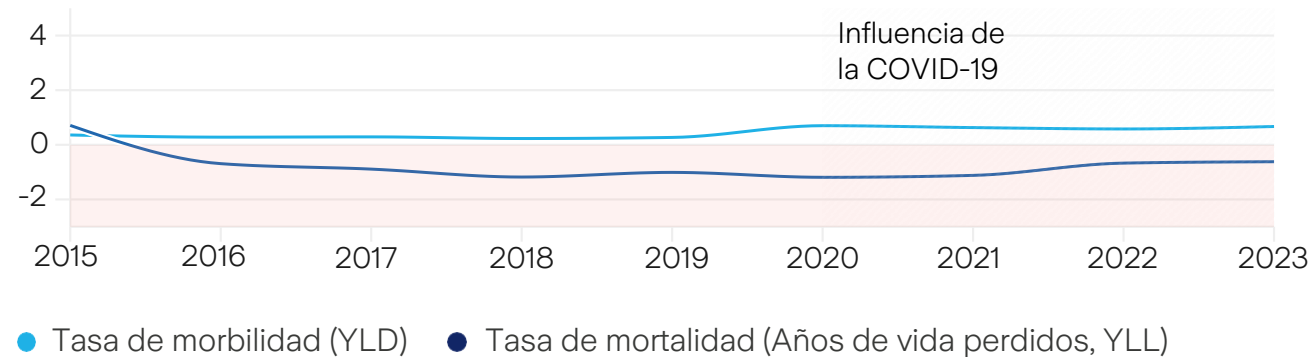


Carga de las enfermedades crónicas

Puesto: 1



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 28



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Israel



Israel se sitúa entre los 10 primeros, debido principalmente a una carga muy baja. Su fuerte innovación contrasta con sus bajas puntuaciones en resiliencia, mientras que la capacidad y la calidad son limitadas.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 100

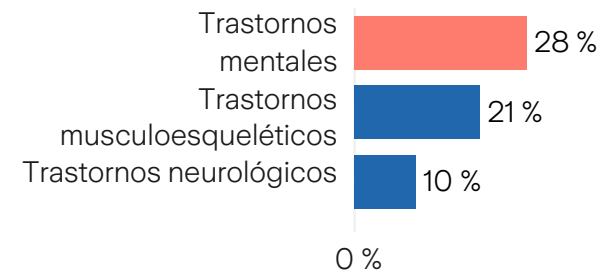
Puesto: 1

Mortalidad

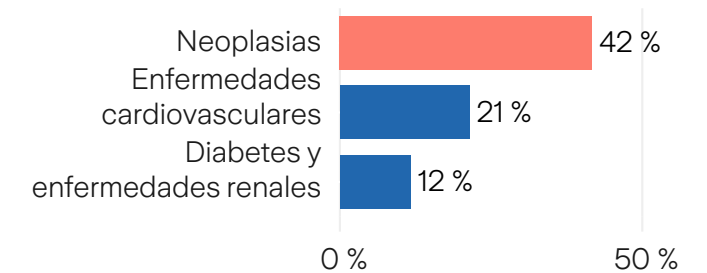
Puntuación: 100

Puesto: 1

Por mejor condición



Por afección principal



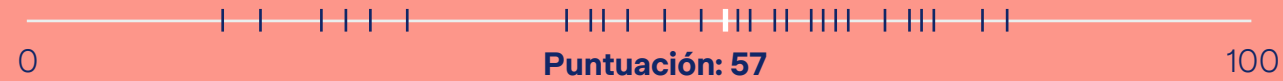
Resultados por pilar, puntuaciones

Capacidad:	45	Calidad:	51	Preparación:	43
Recursos:	39	Eficacia:	53	Innovación:	65
Eficiencia:	55	Equidad:	48	Resiliencia:	22



Chronic Care Index

Puesto: 21

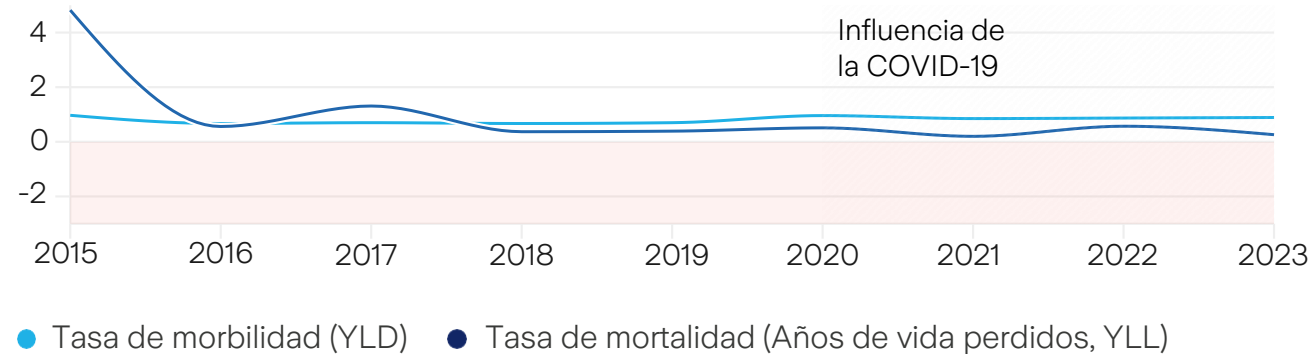


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 24



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 11



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Italia



Italia se sitúa en la mitad de la tabla, combinando un aumento tanto de la morbilidad como de la mortalidad con un buen rendimiento del sistema. La alta calidad compensa en parte la menor eficiencia.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 23

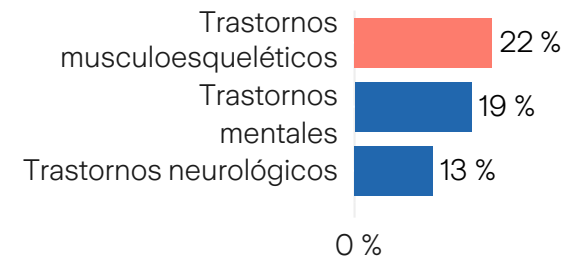
Puesto: 31

Mortalidad

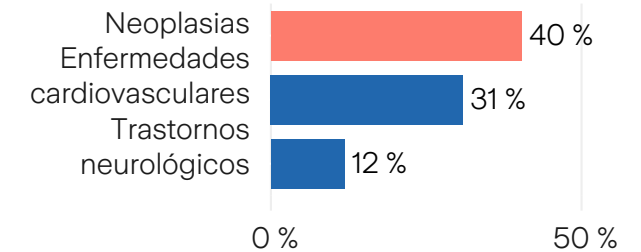
Puntuación: 57

Puesto: 25

Por estado óptimo

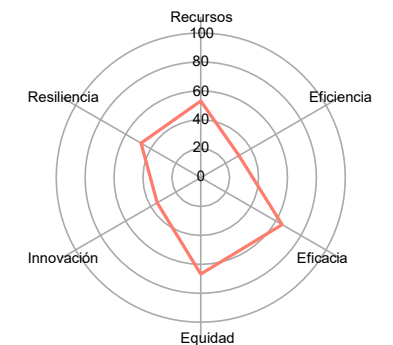


Por condición principal



Resultados por pilar, puntuaciones

Capacidad: 45	Calidad: 66	Preparación: 41
Recursos: 53	Eficacia: 65	Innovación: 35
Eficiencia: 30	Equidad: 67	Resiliencia: 48



Chronic Care Index

Puesto: 14

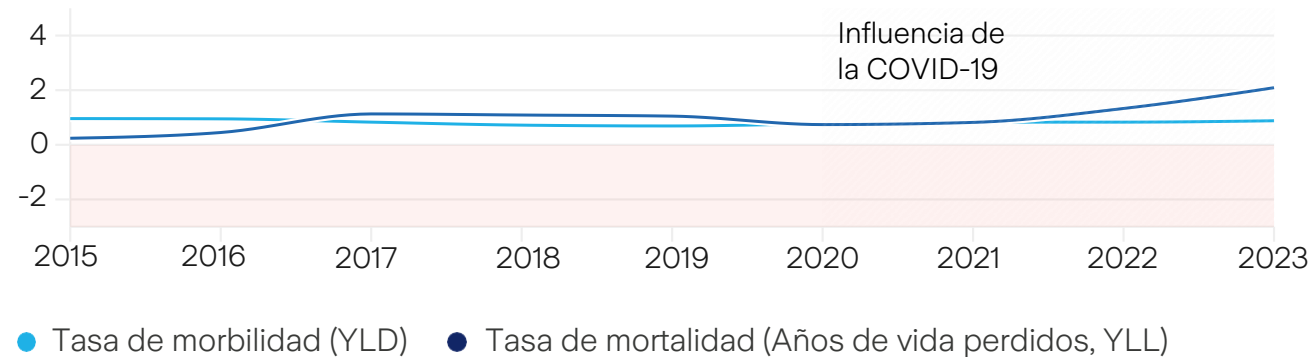


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 29



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 2



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Japón



Japón se sitúa en la franja media-alta, combinando una mortalidad moderada con una morbilidad más elevada y un buen rendimiento del sistema. La capacidad es sólida, aunque la eficacia presenta resultados más dispares.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 18

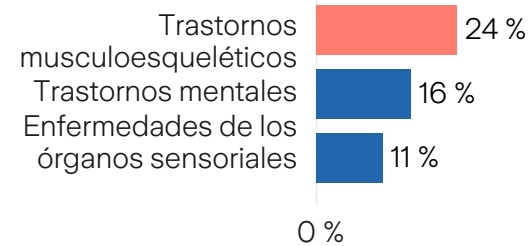
Puesto: 34

Mortalidad

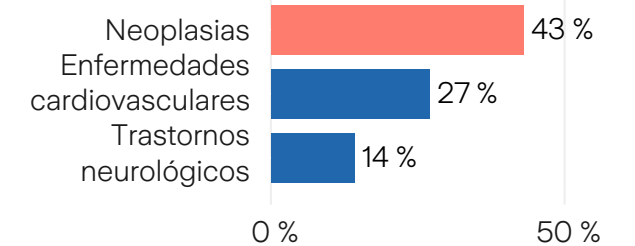
Puntuación: 51

Puesto: 27

Por mejor condición



Por peor condición



Rendimiento por pilar, puntuaciones

Capacidad: 58	Calidad: 59	Preparación: 59
Recursos: 62	Eficacia: 62	Innovación: 72
Eficiencia: 50	Equidad: 62	Resiliencia: 45



Chronic Care Index

Puesto: 38

Puntuación: 16

100

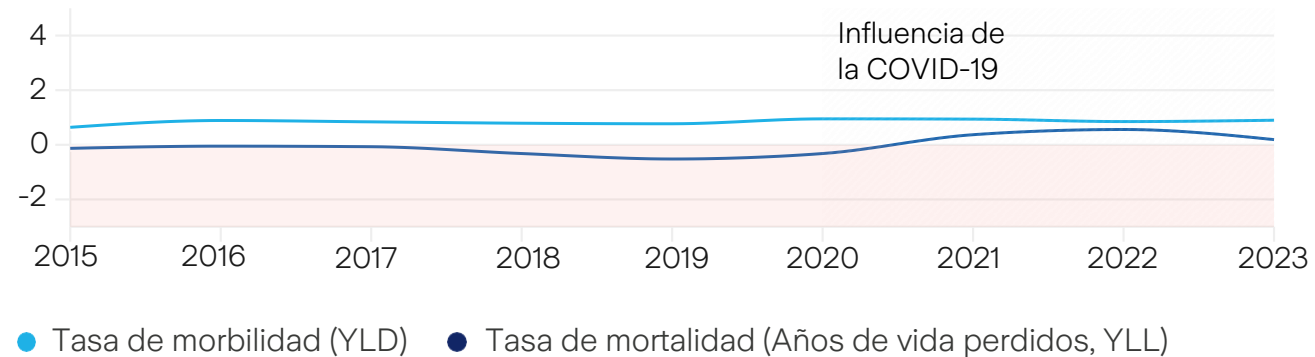
Carga de enfermedad crónica

Puesto: 38

Puntuación: 0

100

Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 31

Puntuación: 44

100

Letonia

Letonia se sitúa en el nivel inferior, ya que combina una elevada mortalidad y morbilidad con un bajo rendimiento del sistema. La calidad y la preparación son bajas, aunque la capacidad se beneficia de una gran eficiencia.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 26

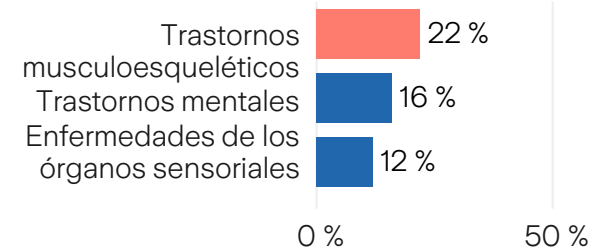
Puesto: 30

Mortalidad

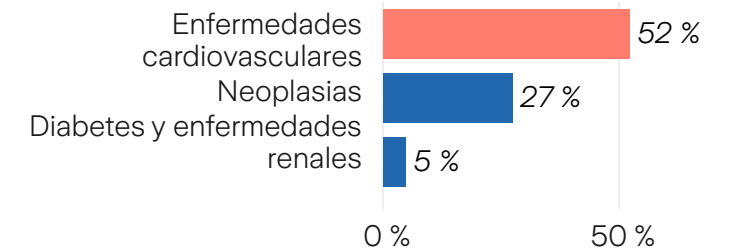
Puntuación: 0

Puesto: 38

Por estado óptimo



Por condición principal



Resultados por pilar, puntuaciones

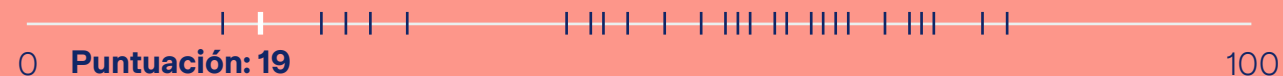
Capacidad: 48	Calidad: 43	Preparación: 36
Recursos: 36	Eficacia: 47	Innovación: 8
Eficiencia: 68	Equidad: 36	Resiliencia: 65



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Chronic Care Index

Puesto: 37

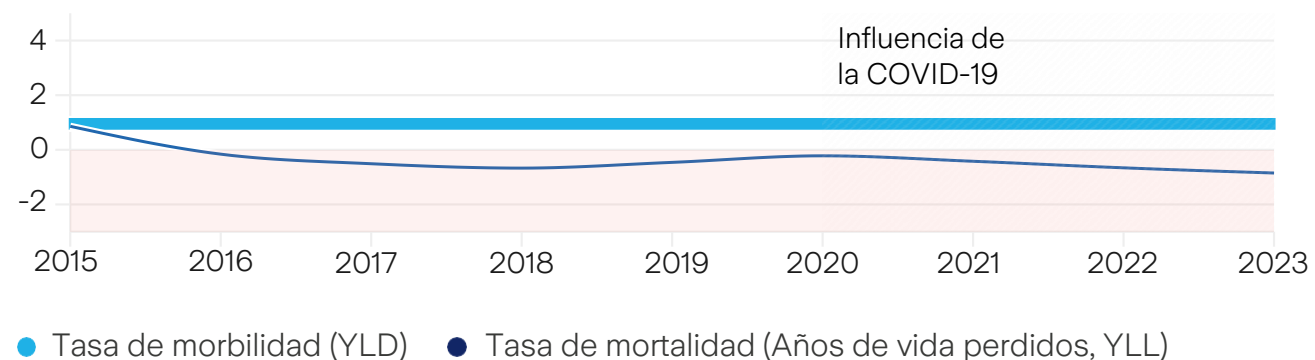


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 36



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 33



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Lituania



Lituania se sitúa en el nivel inferior, ya que combina una elevada mortalidad y morbilidad con un rendimiento deficiente del sistema. La calidad y la preparación son bajas, mientras que la capacidad se ve respaldada por una eficiencia moderada.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 20

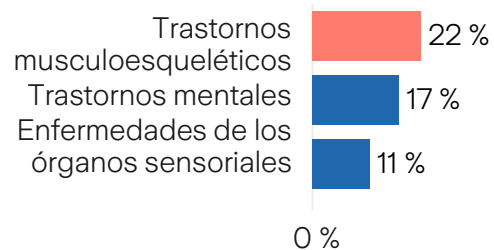
Puesto: 33

Mortalidad

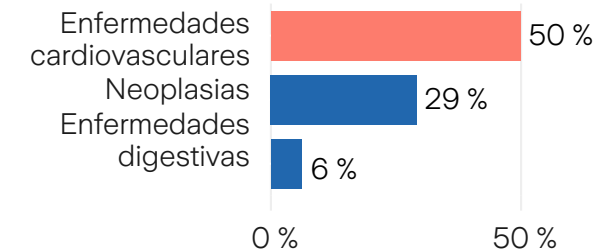
Puntuación: 14

Puesto: 36

Por mejor condición

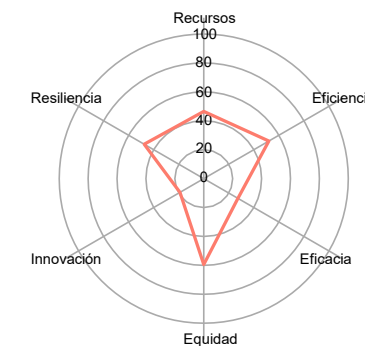


Por condición principal



Resultados por pilar, puntuaciones

Capacidad:	49	Calidad:	39	Preparación:	33
Recursos:	47	Eficacia:	27	Innovación:	19
Eficiencia:	52	Equidad:	59	Resiliencia:	48



Chronic Care Index

Puesto: 3

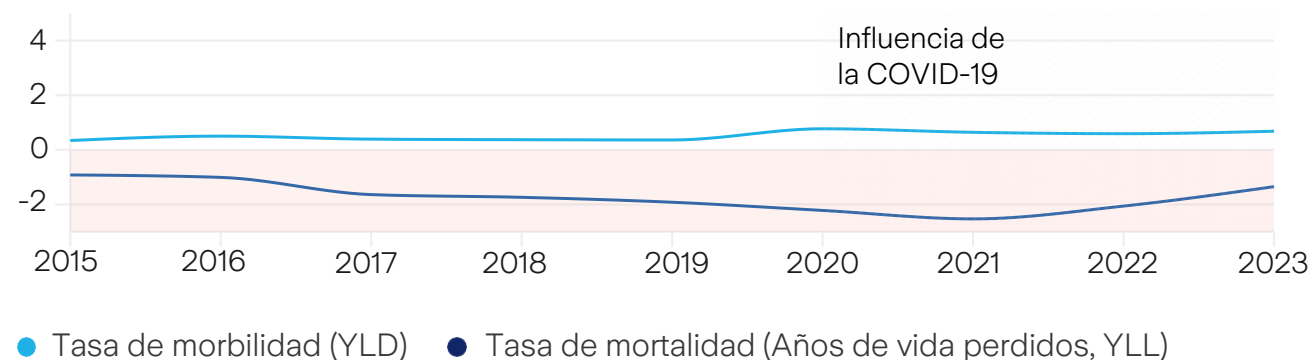


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 3



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 13



Luxemburgo

Luxemburgo se sitúa entre los 10 primeros, gracias a una notable reducción de la mortalidad combinada con unos buenos resultados sanitarios. La alta calidad se ve respaldada por la equidad y la confianza, mientras que la capacidad se ve limitada por una baja eficiencia.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 66

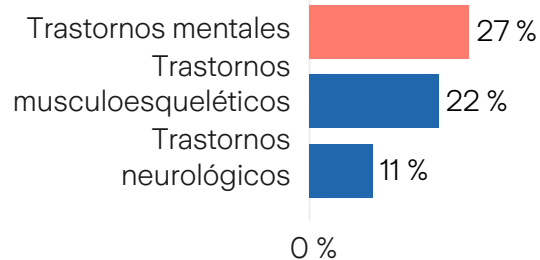
Puesto: 7

Mortalidad

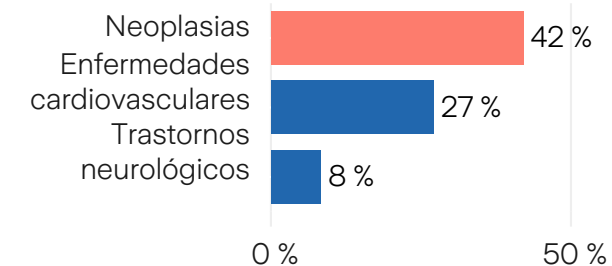
Puntuación: 88

Puesto: 3

Por mejor condición



Por condición principal



Rendimiento por pilar, puntuaciones

Capacidad: 47	Calidad: 60	Preparación: 48
Recursos: 56	Eficacia: 54	Innovación: 50
Eficiencia: 33	Equidad: 70	Resiliencia: 46



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Chronic Care Index

Puesto: 31

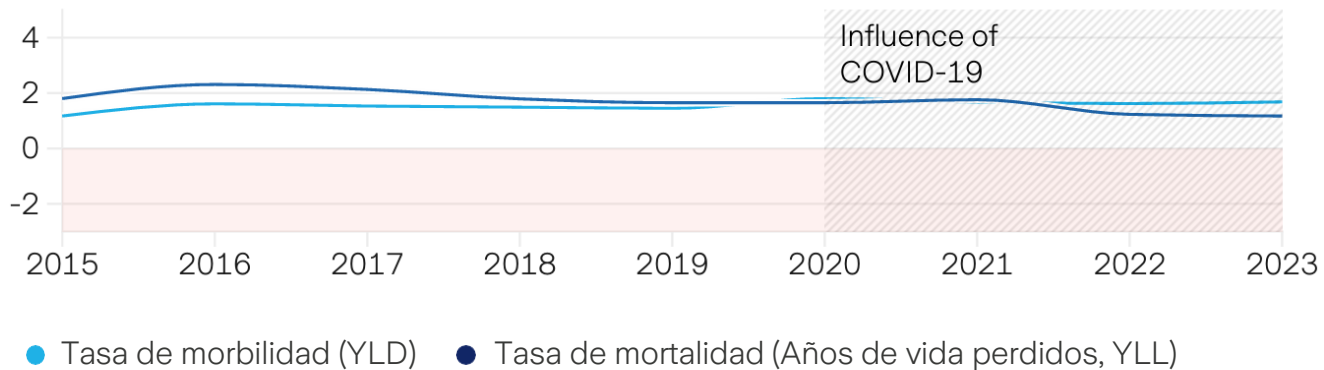


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 11



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 36



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

México



México se sitúa en el nivel inferior, debido a una carga relativamente baja combinada con un rendimiento deficiente del sistema. La capacidad y la preparación reflejan recursos e innovación limitados, a pesar de una gran eficiencia.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 73

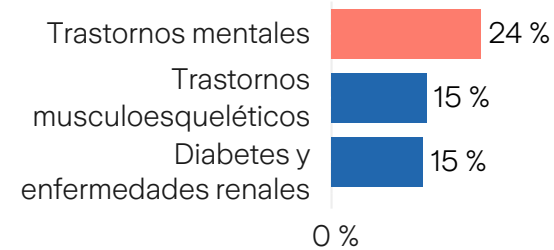
Puesto: 3

Mortalidad

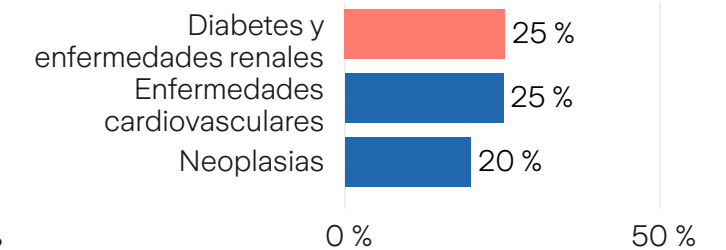
Puntuación: 75

Puesto: 12

Por estado óptimo



Por condición principal



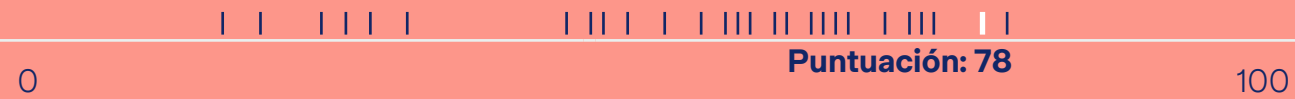
Rendimiento por pilar, puntuaciones

Capacidad:	38	Calidad:	46	Preparación:	22
Recursos:	24	Eficacia:	45	Innovación:	6
Eficiencia:	61	Equidad:	48	Resiliencia:	38



Chronic Care Index

Puesto: 2

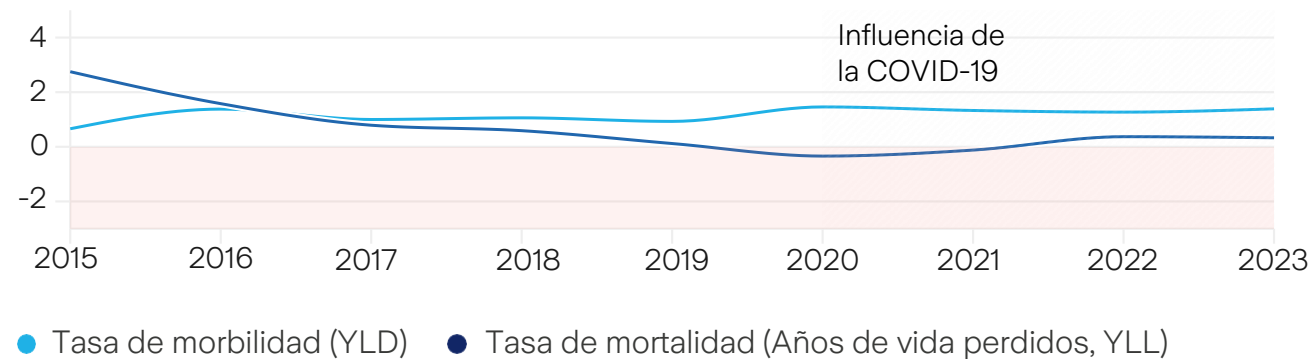


Carga de las enfermedades crónicas

Puesto: 20



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 1



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Países Bajos



Los Países Bajos se sitúan entre los 10 primeros, combinando una carga moderada con un rendimiento del sistema muy sólido. Calidad excepcional y alto nivel de preparación, aunque la capacidad es más moderada.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 28

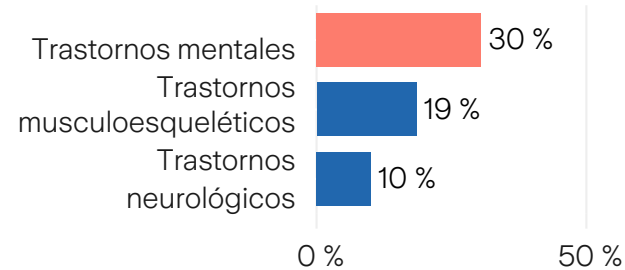
Puesto: 27

Mortalidad

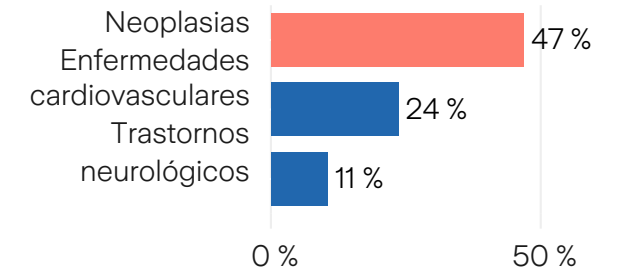
Puntuación: 67

Puesto: 19

Por mejor condición

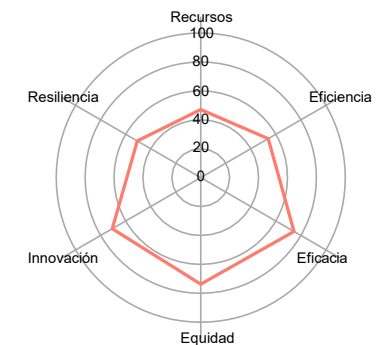


Por afección principal



Resultados por pilar, puntuaciones

Capacidad:	50	Calidad:	74	Preparación:	61
Recursos:	47	Eficacia:	75	Innovación:	71
Eficiencia:	54	Equidad:	74	Resiliencia:	51



Chronic Care Index

Puesto: 16

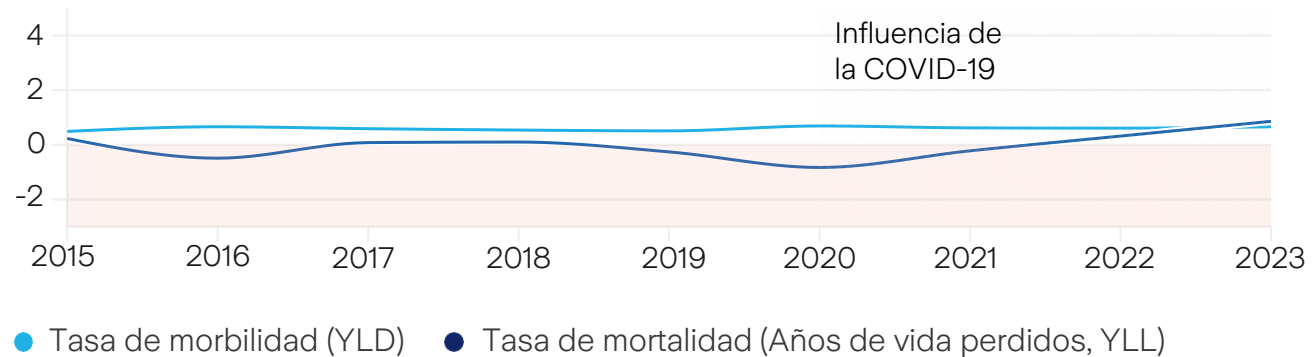


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 14



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 20



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Nueva Zelanda



Nueva Zelanda se sitúa en la mitad de la tabla, combinando una carga moderada con un rendimiento del sistema en la media. La calidad es alta, aunque la preparación refleja puntuaciones más bajas en resiliencia e innovación.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 39

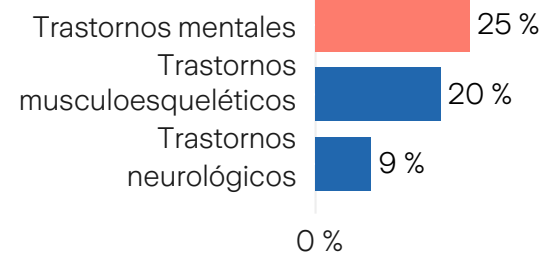
Puesto: 19

Mortalidad

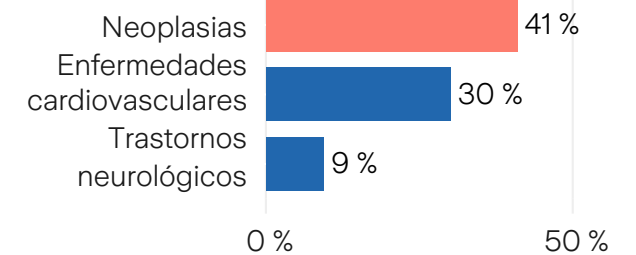
Puntuación: 75

Puesto: 14

Por mejor condición

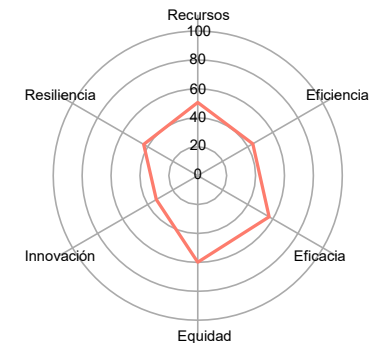


Por condición principal



Rendimiento por pilar, puntuaciones

Capacidad: 48	Calidad: 58	Preparación: 38
Recursos: 51	Eficacia: 57	Innovación: 33
Eficiencia: 44	Equidad: 60	Resiliencia: 43



Chronic Care Index

Puesto: 4

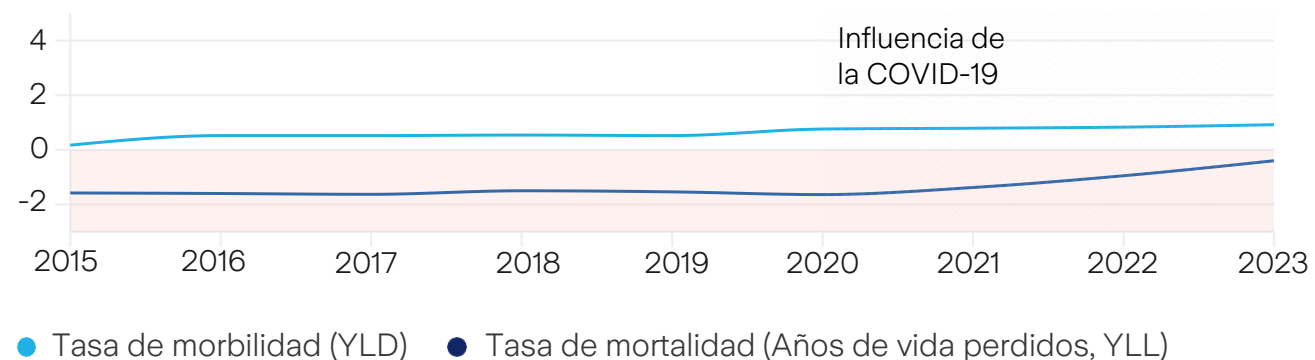


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 13



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



● Tasa de morbilidad (YLD) ● Tasa de mortalidad (Años de vida perdidos, YLL)

Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 6



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Noruega

Noruega se sitúa entre los 10 primeros, combinando una carga moderada con un buen rendimiento del sistema. Su gran capacidad, respaldada por los recursos, impulsa el rendimiento, mientras que las puntuaciones en resiliencia son más limitadas.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 48

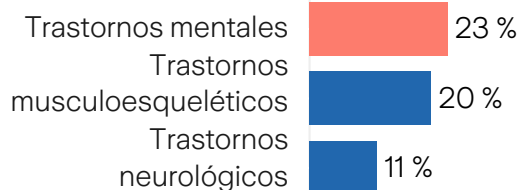
Puesto: 12

Mortalidad

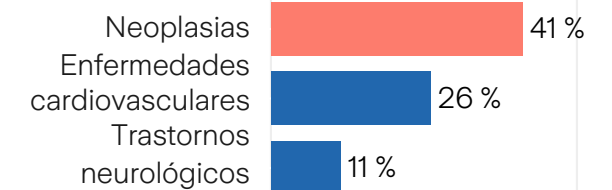
Puntuación: 79

Puesto: 11

Por mejor condición



Por condición principal



Resultados por pilar, puntuaciones

Capacidad: 57	Calidad: 58	Preparación: 45
Recursos: 59	Eficacia: 49	Innovación: 43
Eficiencia: 53	Equidad: 74	Resiliencia: 46



Chronic Care Index

Puesto: 35



Carga de enfermedad crónica

Puesto: 33



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 35



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Polonia

Polonia se sitúa en el nivel inferior, al combinar una elevada carga con un bajo rendimiento del sistema. La calidad y la preparación son bajas, mientras que la capacidad se ve respaldada en parte por una mayor eficiencia.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 28

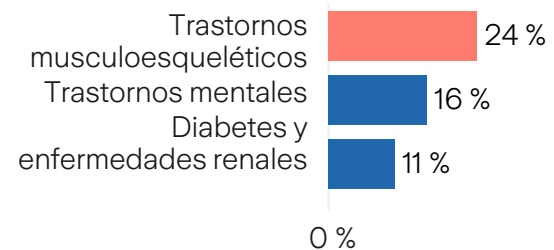
Puesto: 26

Mortalidad

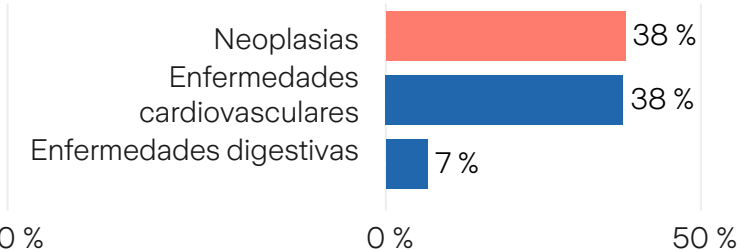
Puntuación: 43

Puesto: 33

Por mejor condición

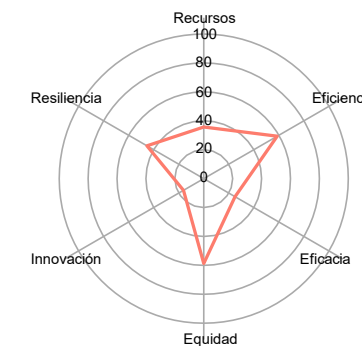


Por condición principal



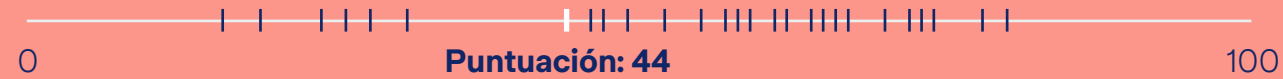
Rendimiento por pilar, puntuaciones

Capacidad: 44	Calidad: 25	38 Preparación: 31
Recursos: 36	Eficacia: 59	Innovación: 16
Eficiencia: 59	Equidad: 59	Resiliencia: 45



Chronic Care Index

Puesto: 32



Carga de enfermedad crónica

Puesto: 27



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 29



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Portugal



Portugal se sitúa en el nivel inferior, combinando una carga moderada con un rendimiento desigual. Su elevada calidad contrasta con su escasa capacidad y preparación, debido a la baja eficiencia e innovación.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 8

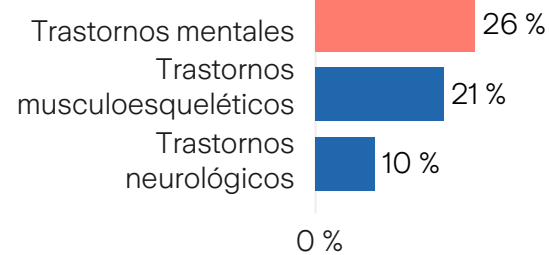
Puesto: 37

Mortalidad

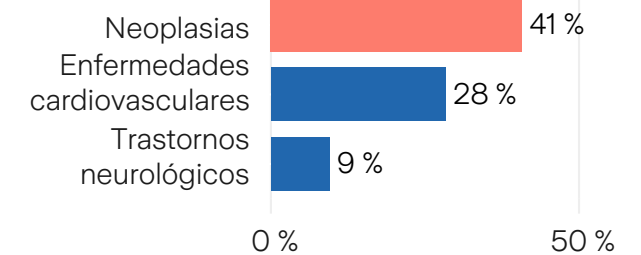
Puntuación: 55

Puesto: 26

Por mejor condición



Por condición principal



Rendimiento por pilar, puntuaciones

Capacidad: 40	Calidad: 50	Preparación: 59	Resiliencia: 35
Recursos: 42	Eficacia: 74	Innovación: 14	Resiliencia: 56
Eficiencia: 36	Equidad: 74		



Chronic Care Index

Puesto: 30



Carga de enfermedad crónica

Puesto: 30



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 25



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Eslovaquia



Eslovaquia se sitúa en la franja media-baja, combinando una carga elevada con un rendimiento desigual del sistema. Su gran capacidad, respaldada por la eficiencia, contrasta con una escasa preparación, debido a la baja innovación.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 49

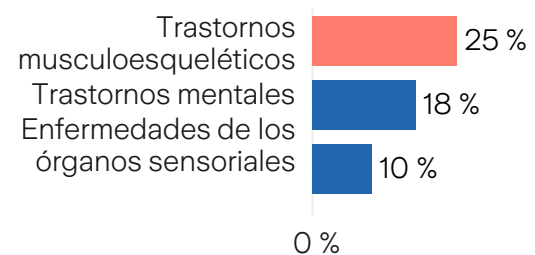
Puesto: 11

Mortalidad

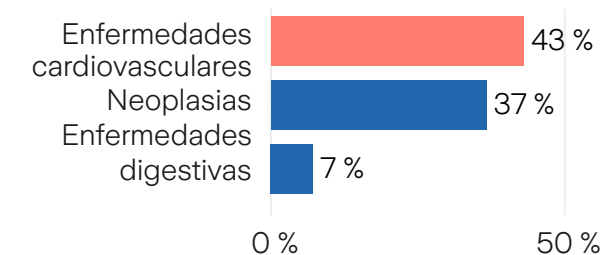
Puntuación: 43

Puesto: 32

Por mejor condición



Por condición principal



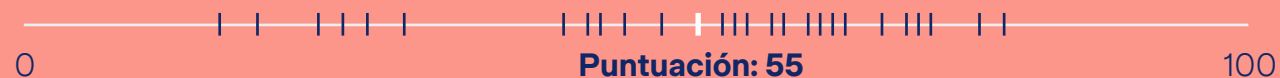
Rendimiento por pilar, puntuaciones

Capacidad: 53	Calidad: 32	Preparación: 27	Innovación: 6
Recursos: 36	Eficacia: 79	Resiliencia: 48	
Eficiencia: 81	Equidad: 79		



Chronic Care Index

Puesto: 23

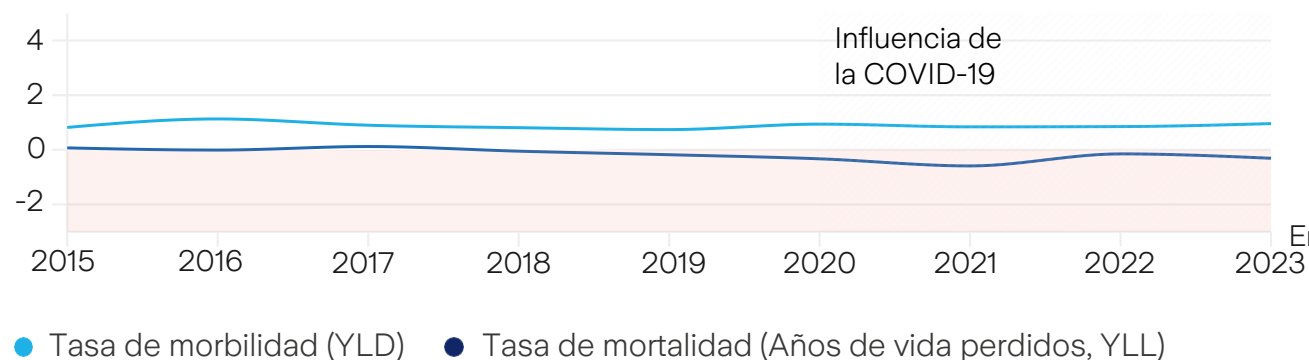


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 23



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 21



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Eslovenia



Eslovenia se sitúa en la mitad de la tabla, combinando una carga moderada con un rendimiento equilibrado del sistema. La calidad y la capacidad son moderadas, mientras que la preparación refleja una mayor resiliencia que las puntuaciones en innovación.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 31

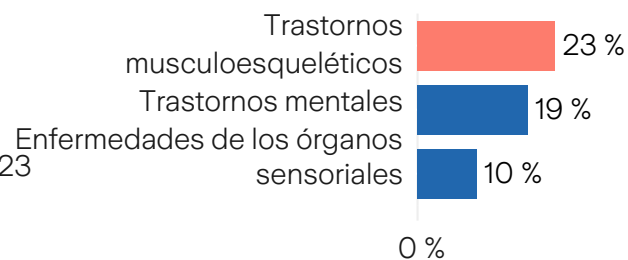
Puesto: 25

Mortalidad

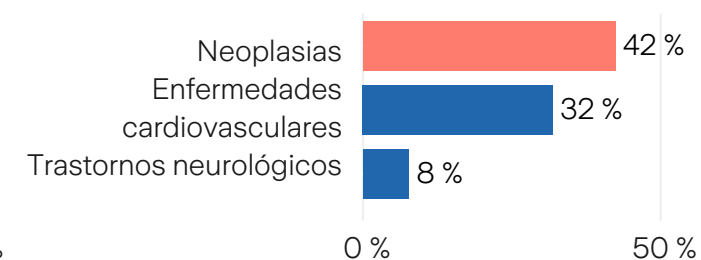
Puntuación: 60

Puesto: 23

Por mejor condición

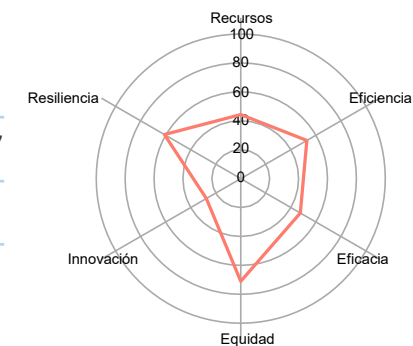


Por condición principal



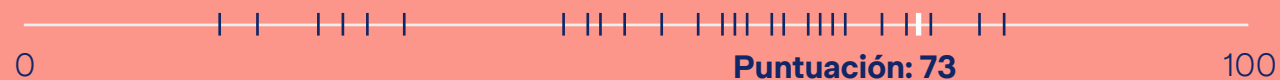
Rendimiento por pilar, puntuaciones

Capacidad: 48	Calidad: 56	Preparación: 44
Recursos: 44	Eficacia: 71	Innovación: 27
Eficiencia: 53	Equidad: 71	Resiliencia: 61



Chronic Care Index

Puesto: 5

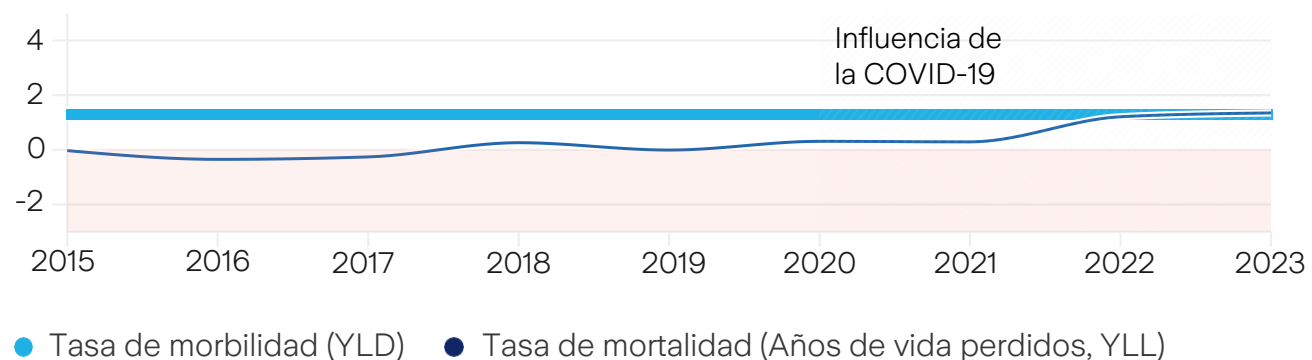


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 4



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 16



Corea del Sur



Corea del Sur se sitúa entre los 10 primeros, combinando una baja carga con un buen rendimiento del sistema. Su alto nivel de preparación refleja la innovación, mientras que la capacidad y la calidad se mantienen en niveles moderados.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 61

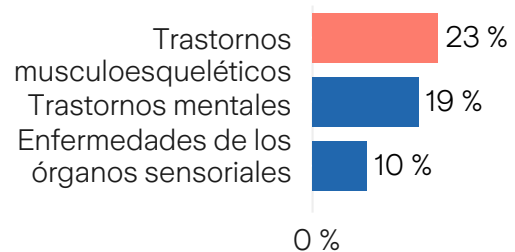
Puesto: 9

Mortalidad

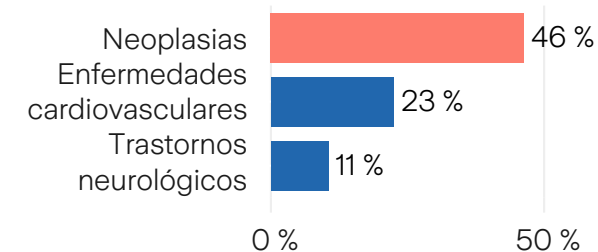
Puntuación: 87

Puesto: 4

Por mejor condición

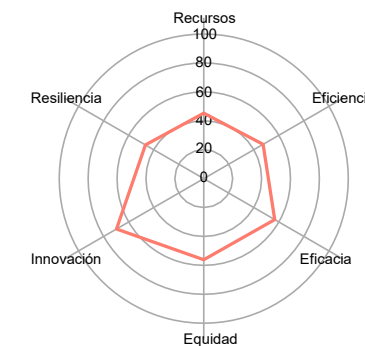


Por condición principal



Rendimiento por pilar, puntuaciones

Capacidad: 46	Calidad: 56	Preparación: 58
Recursos: 45	Eficacia: 57	Innovación: 70
Eficiencia: 47	Equidad: 56	Resiliencia: 47



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Chronic Care Index

Puesto: 10

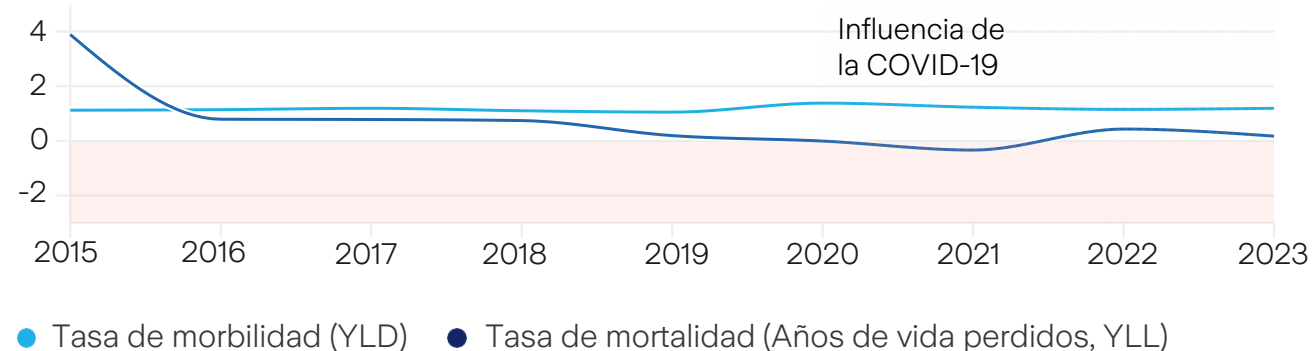


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 17



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 9



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

España



España se sitúa entre los 10 primeros, combinando una carga moderada con un buen rendimiento del sistema. La calidad es alta, mientras que la preparación refleja puntuaciones más bajas en innovación y resiliencia.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 39

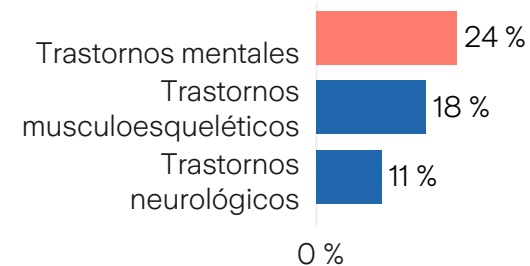
Puesto: 20

Mortalidad

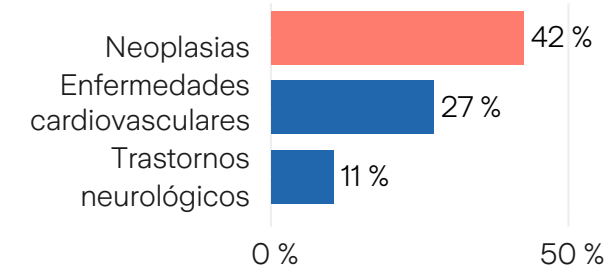
Puntuación: 70

Puesto: 17

Por mejor condición

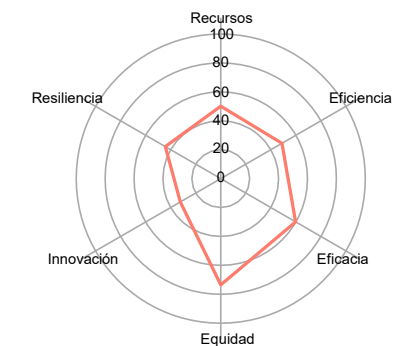


Por condición principal



Resultados por pilar, puntuaciones

Capacidad: 50	Calidad: 65	Preparación: 38
Recursos: 50	Eficacia: 60	Innovación: 32
Eficiencia: 49	Equidad: 74	Resiliencia: 44



Chronic Care Index

Puesto: 9

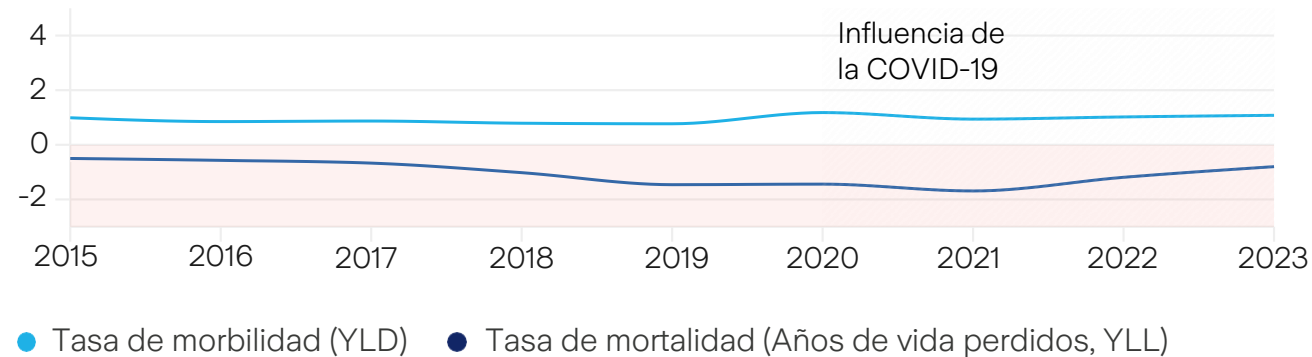


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 15



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



● Tasa de morbilidad (YLD) ● Tasa de mortalidad (Años de vida perdidos, YLL)

Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 7



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Suecia



Suecia se sitúa entre los 10 primeros, combinando una carga moderada con un buen rendimiento del sistema. La alta calidad y los recursos respaldan los resultados, mientras que la capacidad se ve limitada por una baja eficiencia.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 43

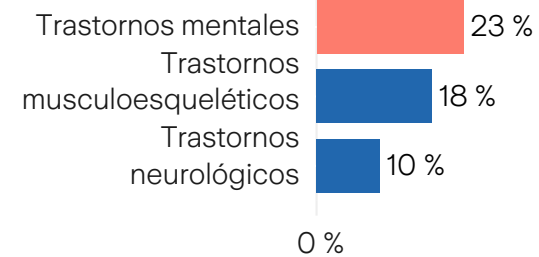
Puesto: 16

Mortalidad

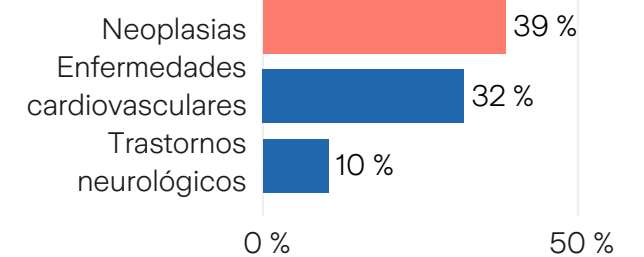
Puntuación: 73

Puesto: 15

Por estado óptimo

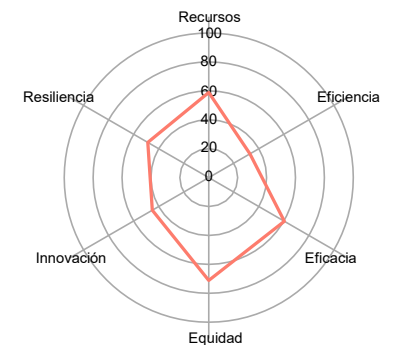


Por condición principal



Resultados por pilar, puntuaciones

Capacidad:	49	Calidad:	64	Preparación:	47
Recursos:	59	Eficacia:	60	Innovación:	45
Eficiencia:	33	Equidad:	71	Resiliencia:	49



Chronic Care Index

Puesto: 1

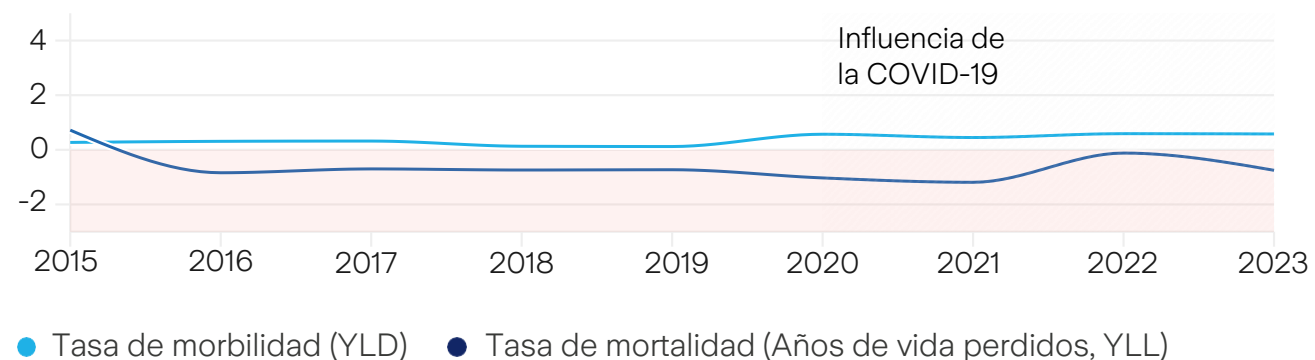


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 10



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 3



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Suiza

Suiza se sitúa entre los 10 primeros, combinando una carga baja-moderada con un sólido rendimiento del sistema. Calidad excepcional, aunque la capacidad se ve limitada por la eficiencia.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 46

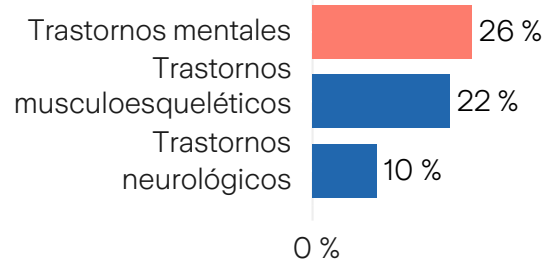
Puesto: 13

Mortalidad

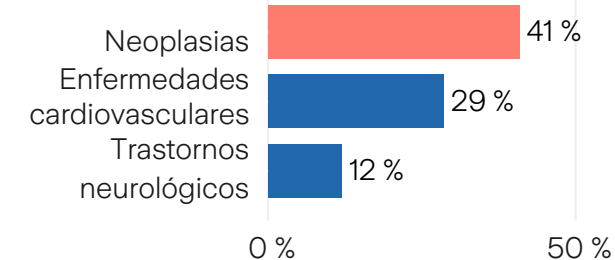
Puntuación: 83

Puesto: 9

Por estado óptimo

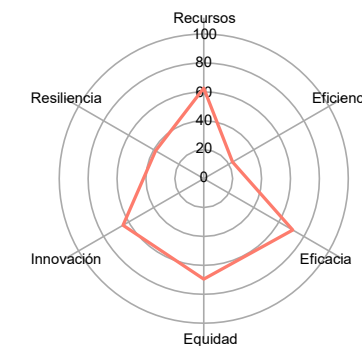


Por condición principal



Resultados por pilar, puntuaciones

Capacidad: 48	Calidad: 71	Preparación: 51
Recursos: 63	Eficacia: 71	Innovación: 64
Eficiencia: 23	Equidad: 70	Resiliencia: 38



Chronic Care Index

Puesto: 18

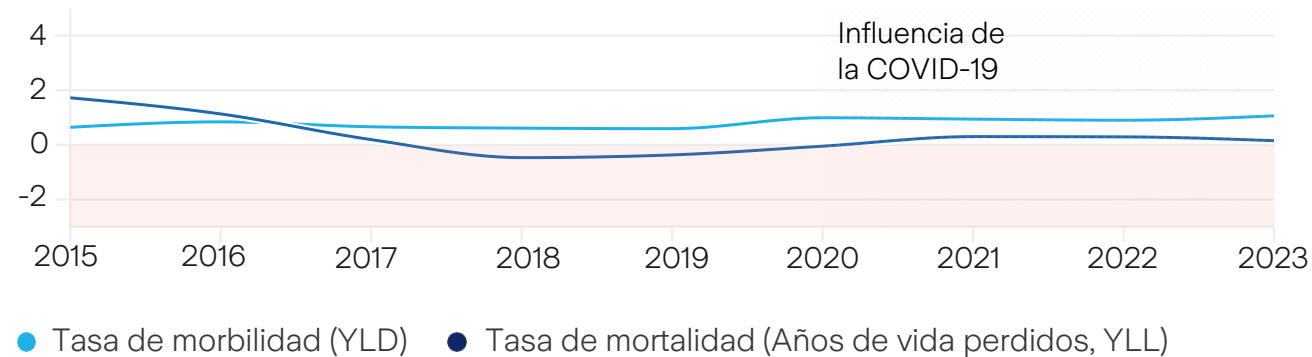


Carga de las enfermedades crónicas

Puesto: 12



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 27



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Turquía



Turquía se sitúa en la mitad de la tabla, combinando una carga baja-moderada con un rendimiento desigual del sistema. Su gran eficiencia compensa la escasez de recursos, mientras que la calidad sigue siendo limitada.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 68

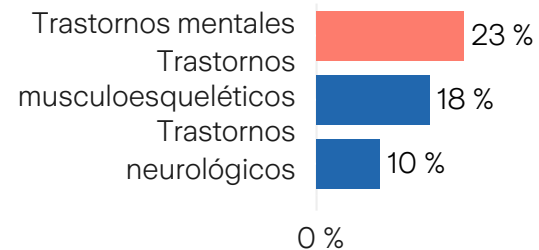
Puesto: 6

Mortalidad

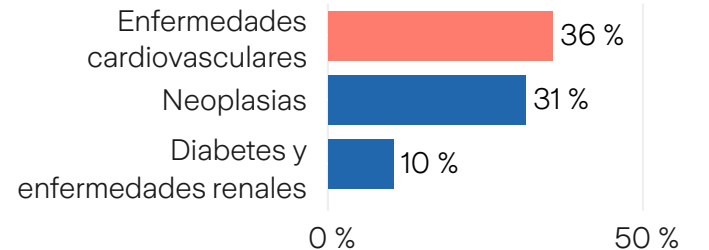
Puntuación: 75

Puesto: 13

Por mejor condición

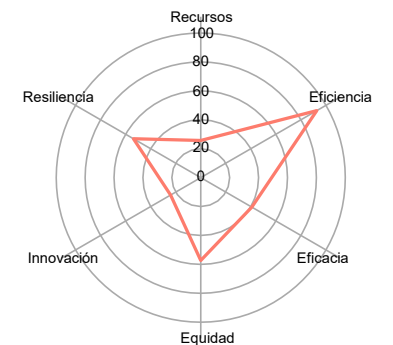


Por afección principal



Resultados por pilar, puntuaciones

Capacidad:	51	Calidad:	47	Preparación:	39
Recursos:	26	Eficacia:	41	Innovación:	24
Eficiencia:	93	Equidad:	57	Resiliencia:	54



Chronic Care Index

Puesto: 22

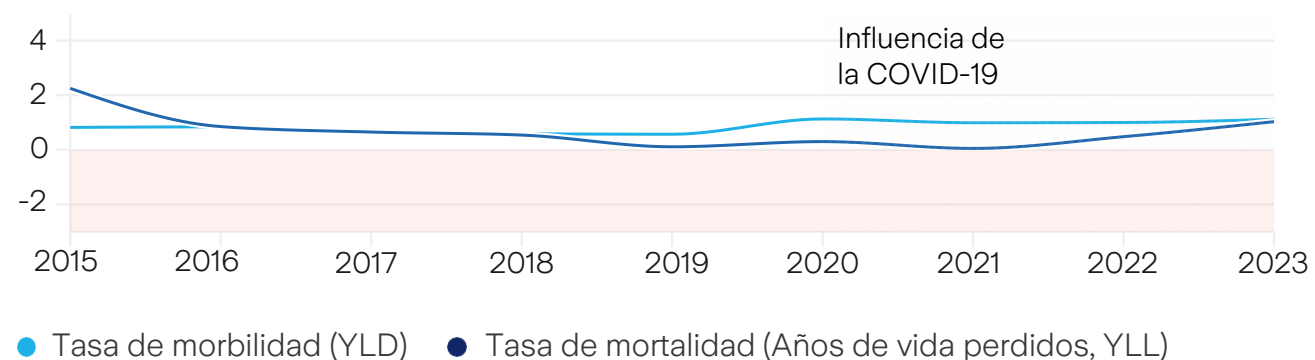


Carga de enfermedad crónica

Puesto: 25



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 12



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

Reino Unido



El Reino Unido se sitúa en la mitad de la tabla, combinando una carga moderada con un rendimiento del sistema relativamente sólido. Su alto nivel de preparación contrasta con una calidad y una capacidad más débiles.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 12

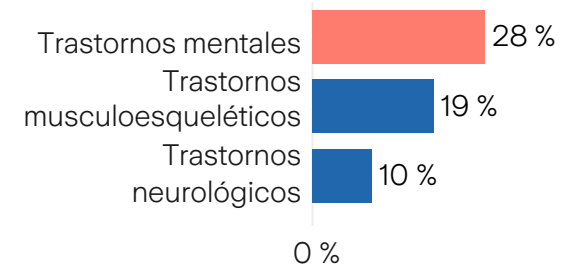
Puesto: 36

Mortalidad

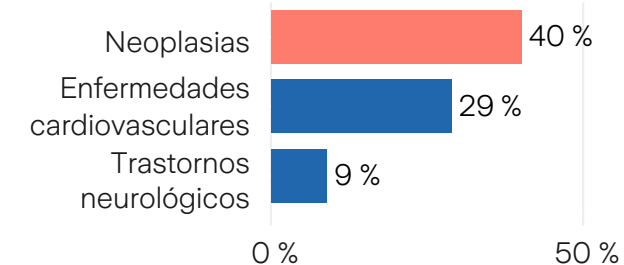
Puntuación: 60

Puesto: 22

Por mejor condición

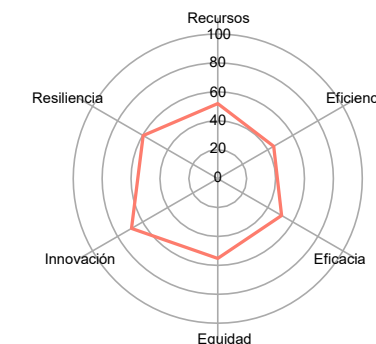


Por peor condición



Resultados por pilar, puntuaciones

Capacidad:	49	Calidad:	53	Preparación:	64
Recursos:	52	Eficacia:	51	Innovación:	69
Eficiencia:	45	Equidad:	55	Resiliencia:	60



Chronic Care Index

Puesto: 27



Carga de enfermedad crónica

Puesto: 31



Tasas medias de crecimiento de la morbilidad y la mortalidad, 2014-2023



Rendimiento del sistema sanitario

Puesto: 19



Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, y los valores más altos indican un mejor rendimiento. Consulte la sección [Datos y metodología](#) para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los supuestos y los cálculos.

EE. UU.



Estados Unidos se sitúa en la franja media-baja, lo que combina una carga elevada con un rendimiento desigual del sistema. Su excepcional preparación, impulsada por la innovación y la resiliencia, contrasta con una calidad y una capacidad deficientes.

Carga de morbilidad y mortalidad

Morbilidad

Puntuación: 0

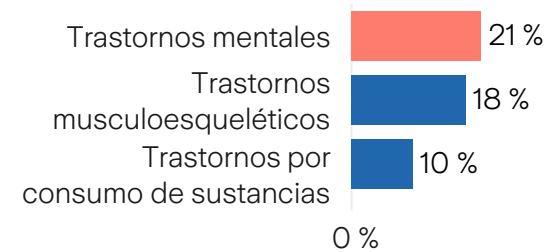
Puesto: 38

Mortalidad

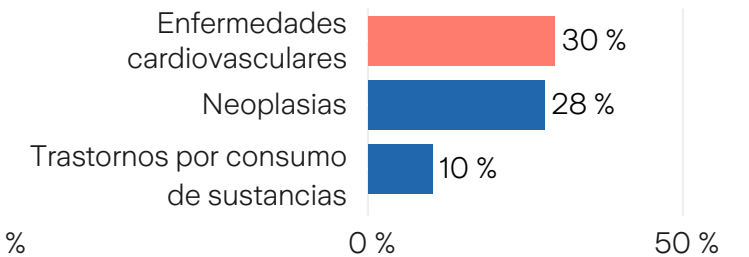
Puntuación: 50

Puesto: 28

Por mejor condición

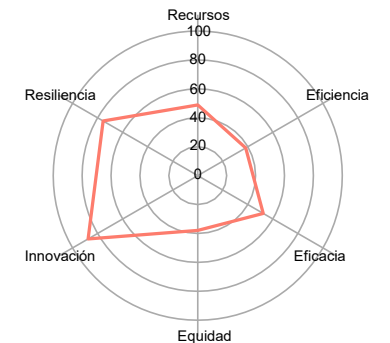


Por condición principal



Rendimiento por pilar, puntuaciones

Capacidad: 45	Calidad: 52	Preparación: 47	Resiliencia: 82
Recursos: 49	Eficacia: 38	Innovación: 52	Innovación: 88
Eficiencia: 38	Equidad: 38	Resiliencia: 38	Resiliencia: 76



Datos y metodología



El análisis de datos para este informe lo ha llevado a cabo Mandala Partners, una empresa especializada en econometría, en colaboración con expertos de Zurich. Esta sección debe leerse junto con [«Cómo leer el informe»](#). En las secciones siguientes se describen los principales supuestos, cálculos y fuentes de datos correspondientes a los datos clave y los indicadores que se recogen en el informe.

Para cada indicador, al país con mejor rendimiento se le asignó una puntuación de 100, y al país con peor rendimiento, una puntuación de 0. [El rendimiento del sistema sanitario](#) se reescaló a un rango de 0 a 100 para permitir la comparación directa con [la carga de las enfermedades crónicas](#) y así construir una puntuación compuesta (*Chronic Care Index*).

Carga de las enfermedades crónicas

Se seleccionó el estudio «Carga Global de Enfermedad» (GBD) como única fuente de datos para los pilares de morbilidad y mortalidad. Se trata del esfuerzo más amplio y exhaustivo para cuantificar la pérdida de salud en distintos lugares y a lo largo del tiempo. El conjunto de datos abarca 204 países a partir de 1990, con un desglose detallado a nivel de afección, lo que permite seleccionar enfermedades específicas para su análisis.

Las cifras se basan en el último metaanálisis de la GBD sobre estudios nacionales —desde entrevistas clínicas estructuradas hasta fuentes de datos administrativos—, publicado en 2025 con datos hasta 2023.

El impacto de las enfermedades crónicas se mide en años de vida sana perdidos utilizando los años de vida ajustados por discapacidad (DALY). Un DALY representa la pérdida del equivalente a un año de plena salud.

Esto incluye la mortalidad (años de vida perdidos, YLL):

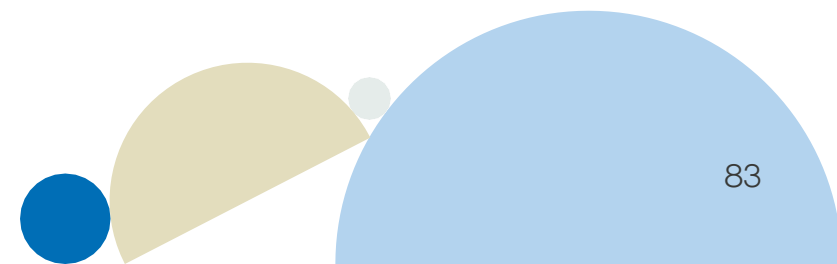
- **Terminal:** ¿Cuál es la tasa de mortalidad asociada a las enfermedades crónicas?
- **Vida perdida:** ¿Cuántos años de vida se pierden por mortalidad prematura debida a enfermedades crónicas?

Y la morbilidad (años vividos con discapacidad, YLD):

- **Persistencia:** ¿Durante cuánto tiempo conviven los pacientes con enfermedades crónicas con su enfermedad?
- **Gravedad:** ¿En qué medida las enfermedades crónicas merman la calidad de vida debido a la discapacidad?

El GBD parte de la hipótesis de que existe una distribución homogénea de la gravedad de las enfermedades en todos los países, así como de la esperanza de vida. Por lo tanto, las diferencias en los DALY y los YLD entre países reflejan la variación en la combinación de enfermedades y el perfil de edad.

Hemos seleccionado más de 200 enfermedades clasificadas como crónicas según los conocimientos especializados de Zurich y la literatura internacional. Según la jerarquía del GBD, esto incluye:



Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales

A.1 VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual

- VIH/SIDA - Tuberculosis sensible a los fármacos
- VIH/SIDA - Tuberculosis multirresistente sin resistencia farmacológica extensa
- VIH/SIDA: tuberculosis con resistencia extensa a los fármacos
- VIH/sida que da lugar a otras enfermedades
- Herpes genital

A.2 Infecciones respiratorias y tuberculosis

- Infección tuberculosa latente
- Tuberculosis sensible a los fármacos
- Tuberculosis multirresistente sin resistencia farmacológica extensa
- Tuberculosis extremadamente resistente a los fármacos

A.4 Enfermedades tropicales desatendidas y paludismo

- Enfermedad de Chagas
- Leishmaniasis cutánea y mucocutánea
- Tripanosomiasis africana
- Esquistosomiasis
- Cisticercosis
- Equinococosis quística
- Filariasis linfática
- Onchocercosis
- Lepra

A.5 Otras enfermedades infecciosas

- Tétanos

A.7 Deficiencias nutricionales

- Desnutrición proteico-energética
- Deficiencia de yodo
- Deficiencia de vitamina A
- Deficiencia de hierro en la dieta
- Otras deficiencias nutricionales

Enfermedades no transmisibles

B.1 Neoplasias

- Cáncer de labio y cavidad bucal
- Cáncer de nasofaringe
- Otros cánceres de faringe
- Cáncer de esófago
- Cáncer de estómago
- Cáncer de colon y recto
- Cáncer de hígado por hepatitis B
- Cáncer de hígado por hepatitis C
- Cáncer de hígado por consumo de alcohol
- Cáncer de hígado debido a la EHNA
- Hepatoblastoma
- Cáncer de hígado por otras causas
- Cáncer de vesícula biliar y de las vías biliares
- Cáncer de páncreas
- Cáncer de laringe
- Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón
- Melanoma cutáneo maligno
- Cáncer de piel no melanoma (carcinoma de células escamosas)
- Cáncer de piel no melanoma (carcinoma basocelular)
- Sarcomas de tejidos blandos y otros sarcomas extraóseos
- Neoplasia maligna de hueso y cartílago articular

- Cáncer de mama
- Cáncer de cuello uterino
- Cáncer de útero
- Cáncer de ovario
- Cáncer de próstata
- Cáncer de testículo
- Cáncer de riñón
- Cáncer de vejiga
- Cáncer de cerebro y del sistema nervioso central
- Cáncer de ojo
- Neuroblastoma y otros tumores de células del sistema nervioso periférico
- Cáncer de tiroides
- Mesotelioma
- Linfoma de Hodgkin
- Linfoma no de Hodgkin
- Mieloma múltiple
- Leucemia linfocítica aguda
- Leucemia linfocítica crónica
- Leucemia mieloide aguda
- Leucemia mieloide crónica
- Otras leucemias
- Otras neoplasias malignas
- Neoplasias mielodisplásicas, mieloproliferativas y otras neoplasias hematopoyéticas
- Neoplasias intestinales benignas e in situ
- Neoplasias benignas e in situ de cuello uterino y útero
- Otras neoplasias benignas e in situ

B.2 Enfermedades cardiovasculares

- Cardiopatía reumática
- Cardiopatía isquémica
- Accidente cerebrovascular isquémico
- Hemorragia intracerebral
- Hemorragia subaracnoidea
- Cardiopatía hipertensiva
- Cardiopatía aórtica calcificada no reumática
- Cardiopatía mitral degenerativa no reumática
- Otras valvulopatías no reumáticas
- Cardiomiopatía alcohólica
- Otras miocardiopatías
- Hipertensión arterial pulmonar
- Fibrilación y aleteo auriculares
- Aneurisma aórtico
- Enfermedad arterial periférica de las extremidades inferiores
- Otras enfermedades cardiovasculares y circulatorias

B.3 Enfermedades respiratorias crónicas

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Silicosis
- Asbestosis
- Neumoconiosis de los mineros del carbón
- Otras neumoconiosis
- Asma
- Enfermedad pulmonar intersticial y sarcoidosis pulmonar
- Otras enfermedades respiratorias crónicas

B.4 Enfermedades digestivas

- Cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas
- Úlcera péptica
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Hernias inguinales, femorales y abdominales
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Enfermedades de la vesícula biliar y de las vías biliares

B.5 Trastornos neurológicos

- Enfermedad de Alzheimer y otras demencias
- Enfermedad de Parkinson
- Epilepsia idiopática
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de las neuronas motoras
- Trastornos relacionados con el dolor de cabeza
- Otros trastornos neurológicos

B.6 Trastornos mentales

- Esquizofrenia
- Trastorno depresivo mayor
- Distimia
- Trastorno bipolar
- Trastornos de ansiedad
- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Trastornos del espectro autista
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
- Trastorno de conducta
- Discapacidad intelectual idiopática del desarrollo

B.7 Trastornos por consumo de sustancias

- Trastornos por consumo de alcohol
- Trastornos por consumo de opioides
- Trastornos por consumo de cocaína
- Trastornos por consumo de anfetaminas
- Trastornos por consumo de cannabis
- Otros trastornos por consumo de drogas

B.8 Diabetes y enfermedades renales

- Diabetes mellitus tipo 1
- Diabetes mellitus tipo 2
- Enfermedad renal crónica debida a la diabetes mellitus tipo 1
- Enfermedad renal crónica debida a la diabetes mellitus tipo 2
- Enfermedad renal crónica debida a hipertensión
- Enfermedad renal crónica debida a glomerulonefritis
- Enfermedad renal crónica debida a otras causas y causas no especificadas

B.9 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

- Dermatitis atópica
- Dermatitis de contacto
- Dermatitis seborreica
- Psoriasis
- Enfermedades fúngicas de la piel
- Acné vulgar
- Alopecia areata
- Urticaria
- Úlcera por decúbito

B.10 Enfermedades de los órganos sensoriales

- Glaucoma
- Cataratas
- Degeneración macular relacionada con la edad
- Trastornos de la refracción
- Pérdida de la visión de cerca
- Otras pérdidas de visión
- Pérdida auditiva relacionada con la edad y de otro tipo
- Otras enfermedades de los órganos sensoriales

B.11 Trastornos musculoesqueléticos

- Artritis reumatoide
- Artrosis de cadera
- Artrosis de rodilla
- Osteoartritis de la mano
- Osteoartritis de otras articulaciones
- Dolor lumbar
- Dolor cervical
- Gota

B.12 Otras enfermedades no transmisibles

- Defectos del tubo neural
- Anomalías cardíacas congénitas
- Fisuras orofaciales
- Síndrome de Down
- Síndrome de Turner
- Síndrome de Klinefelter
- Otras anomalías cromosómicas
- Anomalías congénitas musculoesqueléticas y de las extremidades
- Anomalías congénitas urogenitales
- Anomalías congénitas digestivas

- Otros defectos congénitos
- Hiperplasia prostática benigna
- Infertilidad masculina
- Fibromas uterinos
- Síndrome de ovario poliquístico
- Infertilidad femenina
- Endometriosis
- Prolapso genital
- Síndrome premenstrual
- Talasemias
- Rasgo talasémico
- Trastornos de células falciformes
- Rasgo de anemia falciforme
- Deficiencia de G6PD
- Característica de la G6PD
- Otras hemoglobinopatías y anemias hemolíticas
- Enfermedades tiroideas
- Otros trastornos endocrinos, metabólicos, sanguíneos e inmunitarios
- Caries de los dientes de leche
- Caries de los dientes definitivos
- Enfermedades periodontales
- Edentulismo
- Otros trastornos bucodentales

Las personas pueden padecer más de una afección (comorbilidad).

Rendimiento del sistema sanitario

Partiendo de una revisión bibliográfica internacional sobre los marcos de los sistemas sanitarios,²⁴ se evaluaron las posibles fuentes de datos en función de tres criterios:

1. **Relevancia:** caracteriza cuantitativamente el rendimiento del sistema sanitario nacional, a nivel de indicadores
2. **Repetibilidad:** contiene datos longitudinales, con garantía de recopilación futura
3. **Escala:** abarca al menos 20 países de ingresos altos y medios

Enfoques de datos

A continuación se presenta la lista completa de indicadores y la ponderación aplicada. Se aplican las siguientes hipótesis, cálculos y limitaciones:

- **Imputación:** Si solo se disponía de datos del país para un subconjunto de seis años, los valores que faltaban se imputaban utilizando los datos del año disponible más cercano. Si faltaban datos del país en todos los años, el valor se imputaba mediante una regresión de Ridge basada en variables independientes observables (PIB per cápita, gasto sanitario como porcentaje del PIB). Para los indicadores 4b.2–4b.4, se utilizó el coeficiente de Gini como único variable explicativa, ya que la desigualdad de ingresos es un predictor más adecuado de la desigualdad en el sistema sanitario.
- **Normalización:** Cada indicador de rendimiento presenta un rango único y se mide utilizando unidades diferentes. Por lo tanto, fue necesario realizar una normalización antes de la agregación. Se aplicó una normalización min-máx para preservar la distribución relativa de los datos brutos. Cuando se observaban valores atípicos significativos, el rango de normalización se recortó utilizando el método del intervalo intercuartílico (IQR).

24. Kruk et al. [Sistemas sanitarios de alta calidad en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: es hora de una revolución](#) (2018); OCDE. [Proyecto sobre indicadores de calidad de la asistencia sanitaria: documento sobre el marco conceptual](#) (2006); OMS. [Evaluación del rendimiento de los sistemas sanitarios: un marco para el análisis de políticas](#) (2022).

- **Ponderación:** Se asignaron ponderaciones basadas en la bibliografía a los tres pilares del rendimiento del sistema sanitario para mantener la coherencia conceptual. Los resultados del sistema sanitario se consideraron tan importantes como los productos del sistema sanitario, y los pilares de «Capacidad» y «Calidad» recibieron la misma ponderación (un 42,5 % cada uno). Teniendo en cuenta la naturaleza a largo plazo de las enfermedades crónicas, la capacidad futura del sistema sanitario (es decir, la «Preparación») se ponderó con un 15 %. Se llevó a cabo un análisis de componentes principales (ACP) dentro de cada uno de los tres pilares para mitigar el riesgo de doble contabilización entre indicadores altamente correlacionados.
- Salvo que se indique lo contrario ([texto en azul](#) en la tabla), los valores más altos se traducen en una puntuación y una clasificación más altas en el índice.

Fuentes de datos

Los indicadores 3a.1–3a.9, 3b.1–3b.3, 4a.1–4a.4, 4b.1–4b.4 y 5b.1–5b.3 proceden de las Estadísticas de Salud de la OCDE.²⁵

Los indicadores 4a.5–4a.9 proceden de las Encuestas de Indicadores Informados por los Pacientes (PaRIS) realizadas por la OCDE.²⁶ Entre los encuestados se encontraban personas de 45 años o más que habían recibido atención primaria en los seis meses anteriores a la encuesta, de las cuales el 80 % padecía enfermedades crónicas. La recopilación de datos tuvo lugar entre 2023 y 2024. Agradecemos a todos los pacientes y profesionales de atención primaria que participaron en las Encuestas de Indicadores Informados por los Pacientes (PaRIS) de la OCDE, sin los cuales este informe no habría sido posible. También agradecemos a los equipos nacionales y a las autoridades sanitarias de los países participantes su colaboración en la recopilación y validación de los datos.

Los indicadores 5a.1–5a.2 proceden del Explorador de datos de la OCDE.²⁷

25. OCDE. [Estadísticas de salud 2025](#) (2025).

26. OCDE. [Archivos de uso público de las encuestas sobre indicadores comunicados por los pacientes](#)

27. OCDE. [\(PaRIS\)](#) (2024). [Explorador de datos de la OCDE \(consultado en enero de 2026\)](#).

3: Capacidad (42,5 %)

3a Recursos: ¿Cuenta el sistema sanitario con los recursos adecuados en términos de personal, capital y financiación?	26,56 %
3a.1 Personal: Disponibilidad de médicos (número por cada 1 000 habitantes)	2,98 %
3a.2 Personal: disponibilidad de enfermeros (número por cada 1 000 habitantes)	2,73
3a.3 Personal: disponibilidad de cuidadores de larga duración (número por cada 100 habitantes mayores de 65 años)	3,32 %
3a.4 Personal: Disponibilidad de farmacéuticos (n.º por cada 1 000 habitantes)	3,08 %
3a.5 Capital: Disponibilidad de tecnología médica ²⁸ (número por cada 1 000 000 de habitantes)	2,80 %
3a.6 Capital: Disponibilidad de camas hospitalarias (n.º por cada 1.000 habitantes)	2,61 %
3a.7 Capital: Disponibilidad de camas de cuidados de larga duración (n.º por cada 1 000 habitantes mayores de 65 años)	3,27 %
3a.8 Financiación: Gasto sanitario total como porcentaje del PIB (%)	3,26
3a.9 Financiación: Gasto total en cuidados de larga duración como porcentaje del PIB (%)	2,51 %
3b Eficiencia: ¿Qué grado de productividad tiene el sistema sanitario del país?	15,94 %
3b.1 Eficiencia hospitalaria: Duración media de la estancia hospitalaria (días)	5,67 %

28. La disponibilidad de seis tecnologías médicas se incluye como indicadores independientes con sus respectivas ponderaciones. Las seis tecnologías son: escáneres de tomografía computarizada (unidades de TC), unidades de resonancia magnética (unidades de RM), escáneres de tomografía por emisión de positrones (unidades de PET), cámaras gamma, máquinas de mamografía y equipos de radioterapia.

3b.2 Eficiencia de las consultas: media de consultas presenciales por médico (n.º al año)	4,75 %
3b.3 Eficiencia del mercado farmacéutico: Cuota de los genéricos en el mercado farmacéutico (%)	5,51 %

4: Calidad (42,5 %)

4a Eficacia: ¿Respalda el sistema sanitario las preferencias y necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas?	26,56 %
4a.1 Calidad: Ingresos hospitalarios evitables (número por cada 100 000 habitantes)	10,63 %
4a.2 Calidad: Mortalidad tras un infarto agudo de miocardio (número por cada 100 ingresos)	1,77
4a.3 Calidad: Mortalidad tras un ictus isquémico (número por cada 100 ingresos)	1,77
4a.4 Calidad: Pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva que presentan resultados adversos tras el alta (número por cada 100 ingresos)	1,77 %
4a.5 Autogestión: Pacientes que declaran sentirse seguros para gestionar su propia salud (% del total de pacientes con enfermedades crónicas)	1,28 %
4a.6 Atención integrada: Pacientes que declaran haber experimentado una coordinación asistencial (% del total de pacientes con enfermedades crónicas)	2,60 %

4a.7 Enfoque centrado en la persona: Pacientes que declaran haber recibido una atención centrada en la persona (% del total de pacientes con enfermedades crónicas)	2,60 %
4a.8 Calidad: Pacientes que declaran haber recibido atención primaria de calidad (% del total de pacientes con enfermedades crónicas)	2,07 %
4a.9 Confianza: Pacientes que declaran tener confianza en el sistema sanitario (% del total de pacientes con enfermedades crónicas)	2,07 %
4b Equidad: ¿Pueden todas las personas acceder al sistema sanitario independientemente de sus ingresos y de su ubicación geográfica?	15,94 %
4b.1 Renta: Niveles de precios de la asistencia sanitaria (indexados)	3,79 %
4b.2 Renta: Porcentaje del quintil de renta más baja que declara tener necesidades de atención médica no cubiertas (%)	4,10 %
4b.3 Geografía: Densidad de médicos en zonas remotas (n.º por cada 1 000 habitantes)	4,16 %
4b.4 General: Porcentaje de la población que declara tener necesidades de atención médica no cubiertas (%)	3,89 %

5: Preparación (15,0 %)²⁹

5a Innovación: ¿Invierte el sistema sanitario en nuevas tecnologías para mejorar la prestación de servicios en el futuro?	7,5 %
5a.1 I+D: Solicitudes de patentes de tecnología médica (n.º)	3,75 %
5a.2 I+D: Gasto en I+D en ciencias médicas y de la salud como porcentaje del PIB (%)	3,75
5b Resiliencia: ¿Puede el sistema sanitario resistir y recuperarse de posibles perturbaciones en la demanda?	7,5 %
5b.1 Financiación: Gasto estimado en prevención, preparación y respuesta, per cápita (\$)	2,59 %
5b.2 Capital: Formación bruta de capital fijo en el sector sanitario como porcentaje del PIB (%)	2,64 %
5b.3 Capital: Disponibilidad de camas de cuidados intensivos (n.º por cada 100 000 habitantes)	2,27 %

29. Los indicadores 5a.1–5a.2 proceden del Data Explorer de la OCDE. Los indicadores 5b.1–5a.3 proceden de las Estadísticas de Salud de la OCDE.



Análisis de los factores de riesgo

Los países se agruparon mediante un análisis jerárquico de agrupamiento, basado en la similitud de sus atributos en todas las dimensiones. Este método se consideró adecuado porque no requiere especificar previamente el número de agrupamientos, es menos sensible a los países atípicos con perfiles de factores de riesgo extremos y permite identificar de forma flexible agrupaciones naturales en múltiples niveles de similitud.

A continuación, se calcularon los valores estandarizados de la carga atribuible al riesgo por grupo basándose en: la carga atribuible al riesgo, i para el grupo, i ; la carga atribuible media al riesgo, i para todos los países de la OCDE; y la desviación estándar de la carga atribuible al riesgo de todos los grupos, i .

Los valores positivos indican que un grupo presenta una carga atribuible a ese riesgo superior a la media de la OCDE; los valores negativos indican lo contrario. Los valores negativos reflejan una carga inferior a la media en relación con otros países de la OCDE, no una carga absoluta baja. Todos los países de la OCDE comparten una elevada carga derivada de niveles altos de glucosa plasmática en ayunas, presión arterial sistólica elevada e IMC elevado, una convergencia que refleja las características comunes de los miembros de la OCDE.

Cuanto mayor es el valor absoluto, mayor es la desviación respecto a la media de la OCDE. Por ejemplo, un valor de «2» representa 2 desviaciones estándar por encima de la media, lo que sitúa a ese grupo por encima de aproximadamente el 97 % de todos los países.

Agradecimientos



Este informe ha sido elaborado por Zurich Insurance Group, con el apoyo de Mandala Partners.

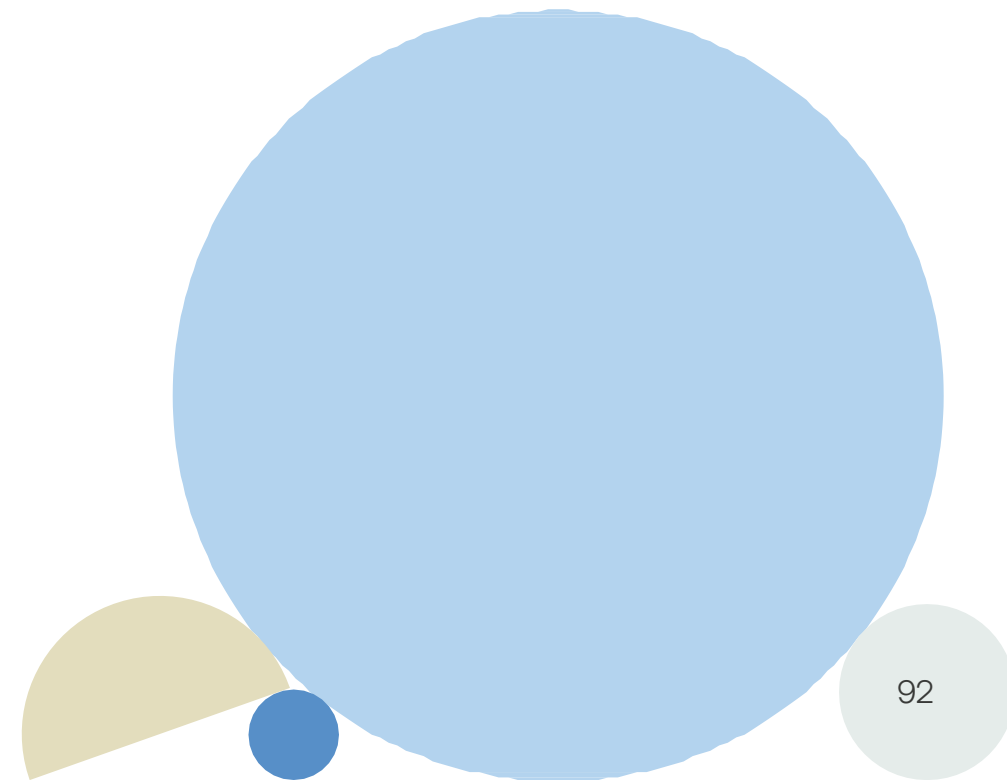
Se ha elaborado gracias al esfuerzo y la orientación de Michael J. Agovino, Julia Bardy, Rosanna Cubelli y Sophie Heading, con diseño de Joël Giroud. Este informe también se ha beneficiado enormemente de las aportaciones y la experiencia de:

[Reka Deak](#), directora de Resiliencia e Inclusión de las Personas, Zurich Insurance Group; [Paula Farmer](#), directora de Servicios de Rehabilitación, Zurich UK; [Peter Hamilton](#), director de Relación con el Mercado – Vida en el Reino Unido, Zurich UK; [Michele Häusler](#), directora de Experiencia del Cliente y Crecimiento, Vida Corporativa y Pensiones, Zurich Insurance Group; [Nick Homer](#), director de Gestión de Mercado – Riesgo Corporativo, Zurich UK; [Olfa Khechine](#), responsable de Oferta de Salud y Bienestar, Zurich Insurance Group; [Dr. David Lloyd](#), responsable médico y director médico, Zurich Medical Analytics; [Alison Martin](#), directora ejecutiva de Vida, Salud y Distribución Bancaria, Zurich Insurance Group; [Laura McAlpine](#), directora de Asuntos Públicos, Zurich UK; [Sally Phillips](#), directora de Zurich Medical Analytics, Vida, Salud y Distribución Bancaria, Zurich Insurance Group; [Martin Scanlon](#), director sénior de Oferta de Protección, Protección y Análisis de Datos, Zurich Insurance Group; [Antony Vriens](#), director de Servicios de Salud, Zurich Australia.

Este informe se publicó originalmente en inglés. En caso de que existan inconsistencias o discrepancias entre la versión en inglés y cualquier versión traducida, prevalecerá la versión en inglés.

Quiénes somos

Zurich Insurance Group (Zurich) es una aseguradora multirramo líder a nivel mundial fundada hace más de 150 años, que ha crecido hasta convertirse en una empresa que presta servicio a más de 82 millones de clientes en más de 200 países y territorios, al tiempo que ofrece una rentabilidad total para los accionistas líder en el sector. Reflejando su propósito de «crear juntos un futuro mejor», Zurich ofrece servicios de protección que van más allá de los seguros tradicionales, con el fin de ayudar a sus clientes a desarrollar su resiliencia. Desde 2020, el proyecto «Zurich Forest» ha apoyado la reforestación y la restauración de la biodiversidad en la Selva Atlántica de Brasil. El Grupo cuenta con más de 65 000 empleados y tiene su sede en Zúrich, Suiza. Zurich Insurance Group Ltd (ZURN) cotiza en la Bolsa Suiza (SIX Swiss Exchange) y cuenta con un programa de certificados de depósito estadounidenses (ADR) de nivel I (ZURVY), que se negocian en el mercado extrabursátil (OTCQX). Para más información, visite www.zurich.com.



Descargo de responsabilidad:

Esta publicación se ha elaborado con fines meramente informativos. Los análisis que contiene y las opiniones expresadas en ella se basan en numerosas hipótesis relativas a resultados previstos que, por su propia naturaleza, están sujetos a importantes incertidumbres y contingencias económicas, competitivas y de otro tipo. Unas hipótesis diferentes podrían dar lugar a conclusiones sustancialmente distintas.

Toda la información contenida en esta publicación se ha recopilado y obtenido de fuentes que se consideran fiables y creíbles, pero ni Zurich Insurance Group Ltd ni ninguna de sus filiales (el «Grupo») ofrecen garantía alguna, ni expresa ni implícita, en cuanto a su exactitud o exhaustividad. Las opiniones expresadas y los análisis que figuran en el presente documento podrían diferir o ser contrarios a los expresados por otras funciones del Grupo o contenidos en otros documentos del Grupo, como resultado del uso de hipótesis y/o criterios diferentes.

El Grupo podrá comprar, vender, cubrir o modificar de cualquier otra forma la naturaleza, la forma o el importe de sus inversiones, incluidas las inversiones mencionadas en esta publicación, sin previo aviso y por cualquier motivo.

La presente publicación no pretende constituir asesoramiento jurídico, de suscripción, de inversión financiera ni ningún otro tipo de asesoramiento profesional. Ningún contenido de esta publicación constituye una recomendación de que una inversión, valor, operación o estrategia de inversión concretos sean adecuados para una persona específica. El contenido de esta publicación no está diseñado para adaptarse a la situación personal de nadie. Por la presente, el Grupo renuncia a cualquier obligación de actualizar la información contenida en esta publicación.

Las personas que necesiten asesoramiento deben consultar a un asesor independiente (el Grupo no ofrece asesoramiento en materia de inversiones ni asesoramiento personalizado).

El Grupo declina toda responsabilidad derivada del uso o de la confianza depositada en esta publicación. Algunas declaraciones contenidas en esta publicación son declaraciones prospectivas, incluidas, entre otras, aquellas que predicen o indican acontecimientos, tendencias, planes, desarrollos u objetivos futuros. No debe depositarse una confianza excesiva en dichas declaraciones pues, por su propia naturaleza, están sujetas a riesgos e incertidumbres conocidos y desconocidos y pueden verse afectadas por otros factores que podrían hacer que los resultados, desarrollos y planes reales y objetivos difieran sustancialmente de los expresados o implícitos en las declaraciones prospectivas.

El contenido de esta publicación tampoco está vinculado a ningún producto de seguros concreto ni garantiza la cobertura de ninguna póliza de seguros.

Esta publicación no puede reproducirse, ni en su totalidad ni en parte, en otros canales de comunicación sin el permiso previo por escrito de Zurich Insurance Group Ltd, Mythenquai 2, 8002 Zúrich, Suiza. Ni Zurich Insurance Group Ltd ni ninguna de sus filiales aceptan responsabilidad alguna por cualquier pérdida derivada del uso o la distribución de esta publicación. Esta publicación está destinada a su distribución únicamente en las circunstancias que permitan la legislación y normativa. Esta publicación no constituye una oferta ni una invitación a la venta o compra de valores en ninguna jurisdicción.