



2022

Índice Nacional en Salud

ÍNDICE NACIONAL DE SALUD 2022

Equipo Técnico Así Vamos en Salud

Augusto Galán Sarmiento
Director General

Nohora Benavidez Velandia
Coordinadora de información

Alejandra Patricia Bastos
Coordinadora de Comunicaciones

Cristian Acevedo
Analista Administrativo

Ingrid Rivera Rubio
Analista Administrativa

Contenido

Introducción	7
Metodología	8
1. EJE CONDICIONES INICIALES	13
1.1. Dimensión Condiciones de vida	13
<i>Servicio básico de agua potable en zona rural</i>	13
<i>Servicio básico de agua potable en zona urbana</i>	14
<i>Servicio básico de saneamiento en zona rural</i>	14
<i>Servicio básico de saneamiento en zona urbana</i>	15
<i>Tasa de accidentes de Transporte terrestre</i>	16
1.2. Dimensión Situación en Salud	17
<i>Incidencia de cáncer de cuello uterino</i>	17
<i>Incidencia de sífilis congénita</i>	18
<i>Prevalencia de Desnutrición Crónica en Menores de 5 años</i>	20
1.3. Dimensión Talento Humano	21
<i>Densidad estimada de profesionales en medicina y enfermería</i>	21
<i>Densidad estimada de auxiliares de enfermería</i>	22
<i>Densidad estimada de técnicos y tecnólogos en salud por 10.000 habitantes</i>	22
<i>Densidad estimada de talento humano profesional en salud</i>	23
1.4. Dimensión Macroeconómica	24
<i>Gasto per cápita en salud:</i>	24
<i>Gasto actual en salud (% del PIB)</i>	24
<i>Gastos de salud del gobierno general nacional (% de los gastos de salud actuales)</i>	25
2. EJE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	26
2.1. Dimensión acceso a servicios	26
<i>Cobertura estimada de TAR entre personas con VIH</i>	26
<i>Mujeres en embarazo que reciben atención prenatal al menos una vez</i>	27
<i>Porcentaje de partos atendidos por personal calificado</i>	28
2.2. Dimensión efectividad del acceso a servicios	28
<i>Pacientes hipertensos controlados</i>	28
<i>Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año</i>	29
<i>Oportunidad detección de Cáncer de cérvix</i>	30
<i>Cobertura de vacunación contra neumococo</i>	31

2.3.	Dimensión oportunidad del servicio	31
	<i>Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General por IPS</i>	31
	<i>Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cinco (5) especialidades médicas por IPS</i>	32
	<i>Tiempo promedio de espera en la atención de urgencias (Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage 2 en el servicio de urgencias)</i>	32
3.	EJE RESULTADOS EN SALUD	33
3.1.	Dimensión Percepción Ciudadana	33
	<i>Proporción de pacientes que percibieron como bueno y muy bueno el servicio de Medicina Especializada</i>	33
	Este indicador permite medir el nivel de satisfacción frente a los servicios de medicina especializada y cuenta solamente con cálculo nacional, en las fuentes internacionales no se halló ningún atributo similar.	33
	<i>Proporción de pacientes que percibieron como bueno y muy bueno el servicio de Medicina General</i>	34
	Este indicador mide el grado de satisfacción que tiene la población colombiana frente a la atención por medicina general, que en la mayoría de los casos corresponde a la puerta de entrada al sistema. Con el mejor resultado de percepción, se encuentra a Guainía en los 2 años a evaluar. En 2021 le siguen Santander, Meta, Norte de Santander y La Guajira, todos por encima del 93%.	34
	<i>Proporción de usuarios que calificaron como Buena y Muy Buena su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS</i>	34
	<i>Proporción de usuarios que consideran como difícil y muy difícil acceder a los servicios de salud a través de su EPS</i>	35
	En este indicador, la población colombiana expresa su sentir respecto a la facilidad que tienen para acceder al sistema de salud por medio de su Entidad Promotora de Salud (EPS) evaluando de forma indirecta la capacidad de acceso a la salud que se tiene en el país.	35
	<i>Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes según departamento</i>	35
3.2.	Dimensión Resultados en Salud Pública	36
	<i>Lactancia materna exclusiva</i>	36
	<i>Prevalencia de Bajo Peso al Nacer</i>	36
	<i>Prevalencia de Sífilis neonatal</i>	37
	<i>Razón de Mortalidad Materna x 100.000 nacidos vivos (nv)</i>	38
	<i>Tasa de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años</i>	38
	<i>Tasa de Mortalidad Infantil x 1.000 nacidos vivos</i>	39
	<i>Tasa de Mortalidad Menores de 5 años</i>	40
	<i>Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito</i>	40

<i>Tasa de Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino</i>	41
<i>Tasa de Mortalidad por Cáncer de próstata x 100.000</i>	42
<i>Tasa de Mortalidad por Cáncer de Seno</i>	42
<i>Tasa de Mortalidad por Cáncer Gástrico x 100.000 habitantes</i>	43
<i>Tasa de Mortalidad por Dengue</i>	44
<i>Tasa de Mortalidad por Enfermedad Isquémica del Corazón (EIC)</i>	45
<i>Tasa de Mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares</i>	45
<i>Tasa de mortalidad por IRA</i>	46
<i>Tasa de suicidio por 100.000 habitantes</i>	47
3.3. Dimensión Protección Financiera	48
<i>Gasto de bolsillo como % del GTS</i>	48
<i>Porcentaje de afiliación Régimen Contributivo</i>	48
RESULTADOS	50
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
Bibliografía	53

Índice de Tablas

<i>Tabla 1. Distribución Índice Nacional de Salud, 2022</i>	9
<i>Tabla 2. Valores de estandarización servicio básico de agua potable en zona rural</i>	12
<i>Tabla 3. Valores de estandarización servicio básico de agua potable en zona urbana</i>	13
<i>Tabla 4. Valores de estandarización servicio básico de saneamiento en zona rural</i>	14
<i>Tabla 5. Valores de estandarización servicio básico de saneamiento en zona rural</i>	15
<i>Tabla 6. Valores de estandarización Tasa de accidentalidad de transporte</i>	16
<i>Tabla 7. Valores de estandarización Incidencia de Cáncer de Cuello Uterino</i>	17
<i>Tabla 8. Valores de estandarización Incidencia de Sífilis Congénita</i>	19
<i>Tabla 9. Valores de estandarización Prevalencia de Desnutrición Crónica</i>	19
<i>Tabla 10. Valores de estandarización profesionales en medicina y enfermería</i>	21
<i>Tabla 11. Valores de estandarización auxiliares de enfermería</i>	21
<i>Tabla 12. Valores de estandarización técnicos y tecnólogos</i>	22
<i>Tabla 13. Valores de estandarización Profesionales en salud</i>	22
<i>Tabla 14. Valores de estandarización Gasto per cápita en salud</i>	23
<i>Tabla 15. Valores de estandarización Gasto actual en salud</i>	24
<i>Tabla 16. Valores de estandarización Gasto nacional en salud</i>	25
<i>Tabla 17. Valores de estandarización Cobertura estimada de TAR</i>	26
<i>Tabla 18. Valores de estandarización embarazadas que reciben atención médica prenatal al menos una vez</i>	26
<i>Tabla 19. Valores de estandarización partos atendidos por personal calificado</i>	27
<i>Tabla 20. Valores de estandarización pacientes hipertensos controlados</i>	28
<i>Tabla 21. Valores de estandarización cobertura de vacunación con Triple Viral</i>	29
<i>Tabla 22. Valores de estandarización detección de Cáncer de cuello uterino</i>	29
<i>Tabla 23. Valores de estandarización vacunación contra neumococo</i>	30
<i>Tabla 24. Valores de estandarización Tiempo promedio de espera Med. Gen.</i>	31
<i>Tabla 25. Valores de estandarización Tiempo promedio de espera Med. Esp.</i>	31
<i>Tabla 26. Valores de estandarización Tiempo promedio de espera atención de urgencias</i>	32
<i>Tabla 27. Valores de estandarización % de pacientes que percibieron como apropiados los tiempos de espera en medicina especializada</i>	33
<i>Tabla 28. Valores de estandarización % de pacientes que percibieron como apropiados los tiempos de espera en medicina general</i>	33
<i>Tabla 29. Valores de estandarización % de pacientes que percibieron como apropiada su experiencia global en la EPS</i>	34
<i>Tabla 30. Valores de estandarización % de pacientes que percibieron como inapropiado el acceso a la EPS</i>	34
<i>Tabla 31. Valores de estandarización número de tutelas por 10.000 hab.</i>	35
<i>Tabla 32. Valores de estandarización Prevalencia de Bajo Peso al Nacer</i>	36
<i>Tabla 33. Valores de estandarización Sífilis neonatal</i>	36
<i>Tabla 34. Valores de estandarización Mortalidad Materna</i>	37
<i>Tabla 35. Valores de estandarización Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años</i>	38
<i>Tabla 36. Valores de estandarización Mortalidad Infantil</i>	38
<i>Tabla 37. Valores de estandarización Mortalidad en menores de 5 años</i>	39
<i>Tabla 38. Valores de estandarización mortalidad por accidentes de tránsito</i>	40
<i>Tabla 39. Valores de estandarización mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino</i>	41
<i>Tabla 40. Valores de estandarización mortalidad por Cáncer de próstata</i>	41
<i>Tabla 41. Valores de estandarización mortalidad por Cáncer de seno</i>	42
<i>Tabla 42. Valores de estandarización mortalidad por Cáncer gástrico</i>	43
<i>Tabla 43. Valores de estandarización mortalidad por Dengue</i>	43

<i>Tabla 44. Valores de estandarización mortalidad por EIC</i>	44
<i>Tabla 45. Valores de estandarización mortalidad por ECV</i>	45
<i>Tabla 46. Valores de estandarización mortalidad por ECV</i>	46
<i>Tabla 47. Valores de estandarización mortalidad por Suicidios</i>	46
<i>Tabla 48. Valores de estandarización mortalidad por Gasto de bolsillo</i>	47
<i>Tabla 49. Valores de estandarización afiliación Régimen Contributivo</i>	48
<i>Tabla 50. Resultados estandarizados de indicadores y dimensiones</i>	51

Introducción

Desde principio de siglo la evaluación de los sistemas sanitarios del mundo se ha convertido en una prioridad para las entidades rectoras del tema, convirtiéndose esto en un instrumento constructivo que permite a los países periódicamente valorar la gestión que se ha realizado, teniendo mayor oportunidad de priorizar las acciones de mejora continua que dan paso a sistemas más oportunos y efectivos.

Una vez se ingresó a Colombia al grupo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) el 28 de abril de 2020, los retos aumentaron para el país, siendo este un grupo de altos estándares en políticas públicas globales y resultados efectivos en salud, medidos a través de los estándares de calidad de la evaluación del desarrollo del CAD (Comité de Ayuda al Desarrollo) que tienen como objetivo incrementar el cumplimiento de metas de los programas internacionales de desarrollo (1) (2).

La finalidad de los índices compuestos realizados en el centro de pensamiento Así Vamos en Salud, así como el seguimiento a los indicadores trazadores, va dirigida a cooperar en el continuo mejoramiento del sistema de salud colombiano, funcionando como una herramienta práctica para los tomadores de decisión en los diferentes niveles del sistema.

El Índice Nacional de salud versión 2022, recopila información de los años 2020 y 2021, especialmente en los indicadores que tienen comparativo internacional ya que las fuentes de información oficial se encuentran con una actualización máxima de 2020 en la mayoría de los casos. Para esta versión, la mayoría de los indicadores cuentan con un comparativo internacional para generar los puntos extremos de comparación (máximos y mínimos), buscando tener un rango que permita a Colombia revisar su desempeño en salud frente al grupo de países de la OCDE.

El Índice Nacional de Salud, se pensó como un indicador sintético que permitiera hacer visible el comportamiento del sistema de salud y a lo largo de su evolución aumentaron los estándares de evaluación, teniendo en cuenta el comparativo de los resultados nacionales frente al grupo de países de la OCDE, evidenciando así las áreas de mejora en las que puede hacer énfasis para mejorar el desempeño del sistema y contrastar los resultados de una forma más equitativa en un futuro no muy lejano, frente a países con altos niveles de desarrollo.

La medición previa del índice analizó el año 2019, ubicó al país en un desempeño intermedio con 53 puntos en el resultado final dejando ver serias falencias en las condiciones iniciales siendo el eje que menor puntaje obtuvo. La presente versión analiza el desempeño del país en un período álgido como la pandemia por COVID-19, generando un interés a lo largo del análisis de cada indicador y un especial atractivo por llegar al resultado final, donde se podrá evidenciar si el país continuó dentro los mismos parámetros en los 2 años de pandemia, mejoró su desempeño o por el contrario descendió con respecto al cálculo anterior.

Metodología

Para la elaboración del Índice Nacional de Salud 2022, se continuó con la metodología validada en la versión anterior, que consiste en la ejecución de un proceso de varias etapas:

- ***Etapas 1. Elaboración de la estructura básica del índice.*** Esta etapa consiste en la revisión de los indicadores contemplados inicialmente en cada una de las dimensiones y ejes que hacen parte de la estructura básica para el cálculo del índice.
- ***Etapas 2. Recopilación de la información.*** Una vez validada la estructura del índice, se procede a recopilar la información en las distintas fuentes oficiales nacionales e internacionales, dado que algunos de los indicadores no tienen comparativos internacionales pues su medición es exclusiva en Colombia. La recopilación de la información inició en junio de 2022, una vez reunida toda la información, se organizó en una matriz de Excel que contiene la ficha técnica de cada indicador, lo que permite ver los datos de forma ordenada.

Finalizado este proceso, se procedió a verificar la información encontrada, observando como importantes hallazgos en 3 indicadores:

1. Prevalencia de Desnutrición Crónica en Menores de 5 años. Correspondiente al eje de Condiciones Iniciales y la dimensión de Situación de salud. No se cuenta con datos nacionales ni internacionales en las fuentes oficiales.
2. Opinión de la calidad de servicio en la EPS (Ranking). Correspondiente al eje de Resultados en Salud y la dimensión Percepción Ciudadana. No se encuentra el dato nacional que se utilizó en los índices anteriores, la fuente oficial no la calculó para 2022.
3. Lactancia Materna Exclusiva menores de 6 meses (%). Correspondiente al eje de Resultados en Salud y la dimensión Resultados en Salud Pública. No se cuenta con datos nacionales ni internacionales en las fuentes oficiales.

Dado el anterior hallazgo se decide por comité técnico institucional lo siguiente:

1. Prevalencia de Desnutrición Crónica en Menores de 5 años. Tomar el último valor disponible o tomar el valor departamental que publica el Instituto Nacional de Salud.
2. Opinión de la calidad de servicio en la EPS (Ranking). Se cambia por Proporción de usuarios que consideran como fácil y muy fácil acceder a los servicios de salud a través de su EPS.
3. Lactancia Materna Exclusiva menores de 6 meses (%). Se considera retirarlo del índice porque la fuente nacional no lo mide desde 2015 e internacionalmente no se mide en la mayoría de los países.

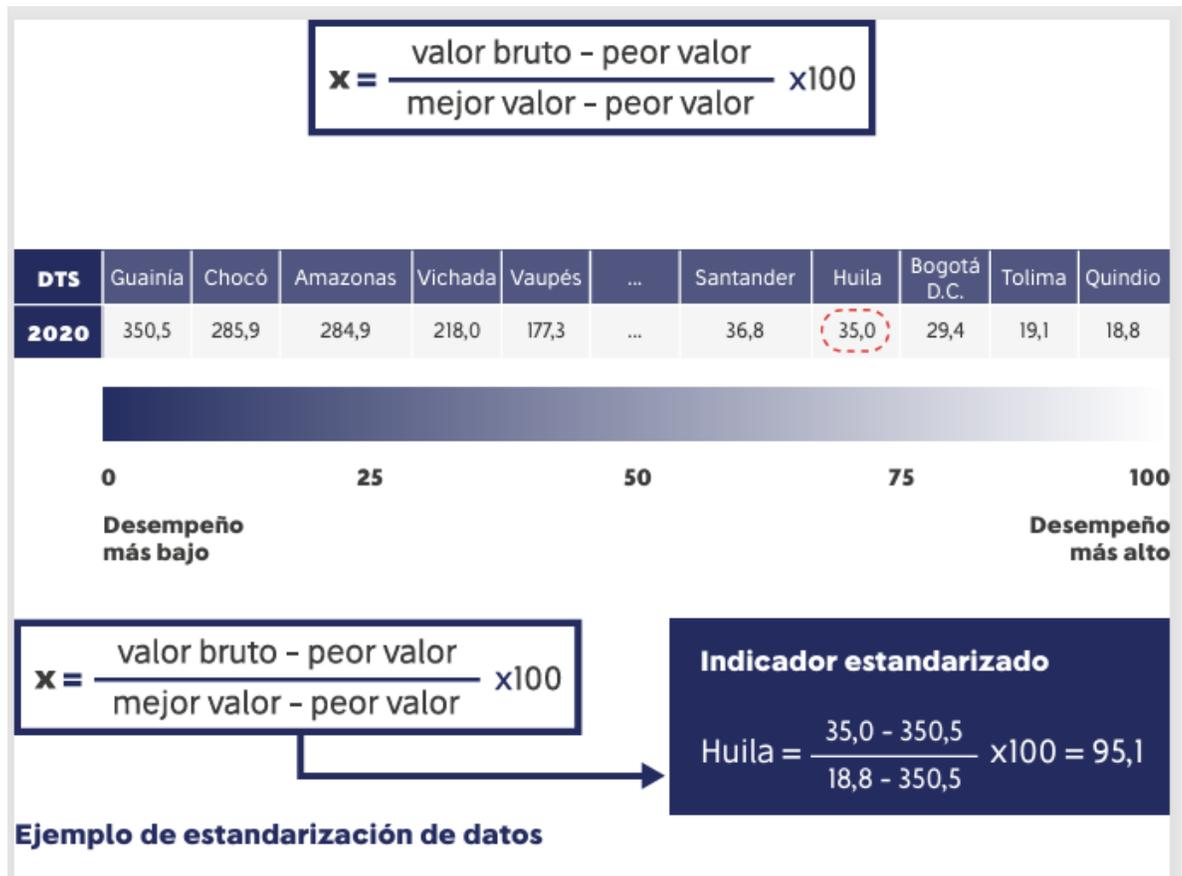
Después de las anteriores decisiones la estructura del índice queda de la siguiente manera:

EJE	DIMENSIÓN	INDICADOR	COMPARATIVO			
			INTERN.	DEPART.		
CONDICIONES INICIALES	DIMENSIÓN CONDICIONES DE VIDA	% de personas que acceden por lo menos a servicio básico de agua potable en zona rural.	X	X		
		% de personas que acceden por lo menos a servicio básico de agua potable en urbana.	X	X		
		% de personas que acceden por lo menos a servicios básicos de saneamiento en zona rural.	X	X		
		% de personas que acceden por lo menos a servicios básicos de saneamiento en urbana.	X	X		
		Tasa de accidentalidad.	X	X		
	DIMENSIÓN TALENTO HUMANO	Densidad estimada de profesionales en medicina y enfermería por 10.000 habitantes.			X	
		Densidad estimada de técnicos y tecnólogos en salud por 10.000 habitantes.			X	
		Densidad estimada de auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes.	X		X	
		Densidad estimada de talento humano profesional en salud por 10.000 habitantes.	X		X	
	DIMENSIÓN SITUACIÓN EN SALUD	Prevalencia de Desnutrición Crónica en Menores de 5 años.	X		X	
		Incidencia de Sífilis Congénita x 1000 nacidos vivos.	X		X	
		Incidencia de Cáncer de Cuello Uterino.	X		X	
	DIMENSIÓN MACRO ECONÓMICA	Gasto per cápita en salud (US\$).	X		X	
		Gasto actual en salud (% del PIB).	X		X	
		Gastos de salud del gobierno general nacional (% de los gastos de salud actuales).	X		X	
	DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	ACCESO A SERVICIOS	% de embarazadas que reciben atención médica prenatal al menos una vez durante el embarazo.	X		X
			Cobertura estimada de TAR entre personas que viven con VIH (%).	X		X
% de partos atendidos por personal calificado.			X		X	
% de cobertura de vacunación con Triple Viral en niños de un año.			X		X	
EFFECTIVIDAD DEL ACCESO A SERVICIOS		Oportunidad en la detección de Cáncer de cuello uterino.			X	
		% de pacientes hipertensos controlados.	X		X	
		Tasa de vacunación contra neumococo.	X		X	
OPORTUNIDAD DEL SERVICIO		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General.	X		X	
		Tiempo promedio de espera en la atención de medicina especializada.			X	
		Tiempo promedio de espera en la atención de urgencias.			X	

RESULTADOS EN SALUD	DIMENSIÓN PERCEPCIÓN CIUDADANA	Proporción de pacientes que percibieron como apropiados los tiempos de espera (Corto y Muy Corto) para ser atendidos en la entidad para medicina especializada.		X	
		Proporción de pacientes que percibieron como apropiados los tiempos de espera (Corto y Muy Corto) para ser atendidos en la entidad para medicina general.		X	
		Proporción de usuarios que calificaron como Buena y Muy Buena su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS.		X	
	Proporción de usuarios que consideran que su EPS, en los últimos 6 meses, le ha negado alguna vez un servicio o medicamento.		X		
	Opinión de la calidad de servicio en la EPS (Ranking).		X		
	RESULTADOS EN SALUD PÚBLICA	Duración Mediana de la Lactancia Materna			
Exclusiva (en meses).		X	X		
Prevalencia de Sífilis neonatal.			X		
Prevalencia de Bajo Peso al Nacer (Porcentaje).		X	X		
Razón de Mortalidad Materna x 100.000 nacidos vivos.		X	X		
Tasa de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años (x 1.000 nacidos vivos 15 a 19).		X	X		
Tasa de Mortalidad Infantil x 1.000 nacidos vivos.		X	X		
Tasa de Mortalidad Menores de 5 años x 1.000 nacidos vivos.		X	X		
Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito por 100.000 habitantes.		X	X		
Tasa de Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino x 100.000 mujeres.		X	X		
Tasa de Mortalidad por Cáncer de Prostata x 100.000.		X	X		
Tasa de Mortalidad por Cáncer de Seno x 100.000 mujeres.		X	X		
Tasa de Mortalidad por Cáncer Gástrico x 100.000 habitantes.		X	X		
Tasa de Mortalidad por Dengue.		X	X		
Tasa de Mortalidad por Enfermedad Isquémica del Corazón x 100.000 habitantes.		X	X		
Tasa de Mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares x 100.000 habitantes.		X	X		
Tasa de Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda x 100.000 menores de 5 años.		X	X		
Tasa de suicidio por 100.000 habitantes.		X	X		
		DIENSIÓN PROTECCIÓN FINANCIERA	Gasto de bolsillo como % del GTS.	X	
			% de afiliación Régimen Contributivo (incluye régimen de excepción)--Afiliación contributivo.		X

Tabla 1. Distribución Índice Nacional de Salud, 2022

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



Al estandarizar los resultados de todos los indicadores para hacerlos comparables, es necesario realizar 3 precisiones:

1. La lectura de los valores estandarizados es en puntos, NO en porcentaje.
2. No se considera un indicador con 100 puntos como perfecto o uno en 0 como sin gestión, solamente son aquellos que presentan el mejor y peor comportamiento relativo en el período de medición dentro del grupo comparativo, aunque este valor sea bajo o alto en su escala original de medida.
3. Los datos se encuentran aproximados a su límite superior.

Cabe resaltar que el proceso de estandarización de datos se realizó para hacer comparables los diferentes indicadores, así la finalidad no sea calcular el índice.

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

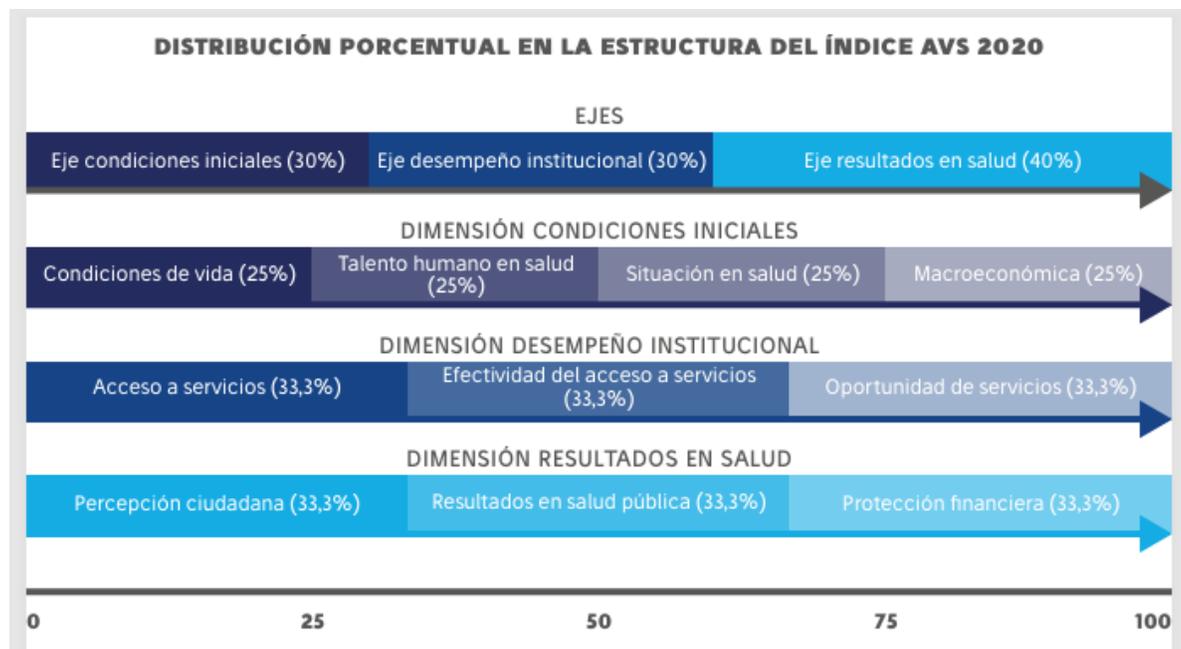
Cabe resaltar que algunos de los indicadores no contienen medición internacional por el grupo anteriormente descrito, por lo tanto y para no retirar dichos indicadores del pool escogido por los expertos, se realizó un comparativo interdepartamental con los resultados reportados por cada uno de los 33 departamentos que comprenden el territorio colombiano.

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



- **Etapa 4. Interpretación del dato.** Una vez los datos se hacen comparables después de la estandarización, se procede a analizar los resultados de forma descriptiva en el contexto nacional, procurando hacerlo frente a resultados de otros niveles territoriales, con el fin de hallar situaciones de mejora y experiencias exitosas que permitan finalmente emitir información que pueda servir de insumo para los territorios.

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



- **Etapa 5. Publicación de resultados.** El último paso, consiste en la expedición de un documento que compila toda la información, con el fin de aportar insumo para la toma de decisiones a nivel nacional y en los diferentes niveles territoriales.

1. EJE CONDICIONES INICIALES

1.1. Dimensión Condiciones de vida

Servicio básico de agua potable en zona rural

Según el Banco Mundial para 2022 cerca de 2.000 millones de personas en el mundo no cuentan con agua potable gestionada de manera segura (3), siendo ésta una cifra general sin discriminar por área geográfica, nivel de pobreza, etc., pero al realizar una discriminación de esas cifras, son las áreas más apartadas las que se revisten de mayor vulnerabilidad, situación que se puede vislumbrar en Colombia en sus áreas geográficas con alto grado de ruralidad.

La disposición de agua potable en las zonas rurales es una de las condiciones básicas para obtener resultados favorables en salud. En las Américas, desde 1961 los gobiernos firmaron la carta de punta del este, donde asumieron la meta de brindar una cobertura mínima del 50 % a las poblaciones rurales y a partir de este momento el suministro de agua en dichas zonas mejoró sustancialmente (4). Colombia para 1972, contaba con una cobertura en las zonas rurales del 28%¹, sugiriendo un

¹ Ibid.

incremento muy lento en casi 50 años (18%), estando pendiente poco más del 50% de la meta adquirida.

De acuerdo con la Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene (JMP), para el indicador de personas que acceden por lo menos a servicio básico de agua potable en zona rural, se observa que 5 de los 37 países analizados (Eslovenia, Corea, Japón, Estonia e Italia) no cuentan con discriminación por zona rural y urbana por lo tanto se tomó el dato general de país que reportan. Del grupo, el 46% reporta cobertura del 100% en agua potable para las zonas con ruralidad en al menos el servicio básico o gestionado de manera segura, cabe resaltar que de este 46%, todos los países cuentan con discriminación por zona rural o urbana.

Otra parte del grupo, correspondiente a un 49% de este, se encuentra entre el 92,5% y el 99,7% de cobertura. En tanto, el 5% restante, corresponde a los 2 países con coberturas más bajas, Hungría con el 89% y Colombia con el 46,6%, siendo este último el que continúa en el límite inferior de la tabla, manteniendo este comportamiento desde años anteriores.

Porcentaje de personas que acceden por lo menos a servicio básico de agua potable en zona rural			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
47%	47%	100%	
Colombia	Colombia	Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Chile, Dinamarca, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Grecia, Islandia, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Polonia, Reino Unido, República Eslovaca, Suecia, Suiza	

Tabla 2. Valores de estandarización servicio básico de agua potable en zona rural

Servicio básico de agua potable en zona urbana

De acuerdo con el Banco Mundial, Colombia contiene una gran riqueza en recursos hídricos, la cual podría perder si no los sabe administrar, necesitando inversiones “robustas e innovadoras” que guíen al país a lograr las metas establecidas, dado que el cambio climático, el crecimiento demográfico y la alta migración interna por movilización forzada, están generando altos índices de contaminación y dificultad en la implementación de políticas. Según estudio realizado por el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, las temperaturas aumentarían incrementando las sequías e inundaciones dificultando así una mejor administración del recurso. (5)

Dentro de las coberturas de servicios básicos, se observa que las zonas urbanas son las que están mejor provistas dada su infraestructura y su grado de globalización y el agua potable no es la excepción. Dentro del grupo de la OCDE, 14 de los 37 países registran un 100% de cobertura para el área urbana y los países restantes se encuentran en el rango del 90 al 99% a excepción de Colombia que registra una cobertura del 80,5%, de acuerdo con lo reportado por el Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene (JMP). Sin embargo, cabe resaltar que, de acuerdo con fuentes nacionales, como la encuesta de calidad de vida del DANE, la cobertura en zonas urbanas está en 97,5%.



Porcentaje de personas que acceden por lo menos a servicio básico de agua potable en urbana			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
81%	81%	100%	0
Colombia	Colombia	Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Islandia, Luxemburgo, México, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Polonia, Reino Unido, República Eslovaca, Suecia, Suiza	

Tabla 3. Valores de estandarización servicio básico de agua potable en zona urbana

Servicio básico de saneamiento en zona rural

El Programa de Monitoreo Conjunto de la OMS/UNICEF para el Abastecimiento de Agua, Saneamiento e Higiene (JMP por sus siglas en inglés), realiza un seguimiento de los datos de saneamiento a nivel mundial desde 1990 y evalúa el mismo desde 5 niveles de servicio (6):

1. Gestionado de manera segura, que categoriza aquellas instalaciones mejoradas que no comparten el servicio con otros, además de gestionar las excretas de forma segura ya sea en el mismo lugar o en otra parte.
2. Básico, clasifica las instalaciones mejoradas que no comparten el servicio con otros.
3. Limitado, encasilla las instalaciones mejoradas que comparten el servicio con otros.
4. No mejorado, especifica las instalaciones que “usan letrinas de pozo excavado sin losa o plataforma, letrinas colgantes o letrinas de cubo”².
5. Defecación al aire libre, agrupa los hogares que arrojan “las heces humanas en campos abiertos, bosques, matorrales, masas de agua abiertas, playas u otros lugares abiertos, o junto con los residuos sólidos”³.

De acuerdo con la misma fuente, para el 2020 el servicio de saneamiento gestionado de manera segura aumentó en 25 puntos porcentuales desde el año 2000, lo que representa un aproximado de 2.400 millones de personas que obtuvieron un servicio con mayores garantías. A pesar de este importante incremento se calcula que para 2020 cerca de 3.600 millones de personas no cuentan con este nivel de servicio seguro, de estos el 52,7% mitad de estos apenas cuentan con servicio básico y el 13,7% manejan las excretas al aire libre. Según el mismo informe, es Asia la que cuenta con la mayor cantidad de población que no dispone de saneamiento ambiental gestionado de manera segura, seguido por África y América Latina y el Caribe.⁴

En el grupo de países de la OCDE que se encuentran discriminados por territorios rurales, son Chile (al menos básico), España (al menos básico), Islandia (al menos básico), Nueva Zelanda y Polonia, presentan una cobertura del 100% en al menos un básico y/o gestionado de manera segura. El porcentaje de cobertura más bajo lo notifica Eslovenia con un 71,5%, seguido por Irlanda (73%), Australia (74,3%), República Eslovaca (75%) y Turquía (79,9%), cabe resaltar que Eslovenia, Australia,

² Ibid.

³ Ibid.

⁴ Ibid.

Japón y Corea no cuentan con desagregación rural y urbana. En tanto, Colombia se ubica en el puesto 28 con 84,4% de cobertura en la parte rural de acuerdo a los datos reportados por la JMP, pese a que en estudio realizado a los municipios rurales y rurales dispersos el promedio de los territorios evaluados (386) fue de 38,8%, con coberturas muy bajas especialmente en las zonas más apartadas (7), lo que abre varios interrogantes, siendo uno de los más relevantes, si estas coberturas se tienen en cuenta para los análisis nacionales, o solamente se contemplan las coberturas generales donde los valores de las zonas urbanas especialmente de las grandes ciudades desvían los promedios, generando lecturas un tanto sesgadas si se quiere leer el panorama completo.

Porcentaje de personas que acceden por lo menos a servicios básicos de saneamiento en zona rural (alcantarillado)			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
84%	72%	100%	45
Colombia	Eslovenia	Bélgica, Chile, Corea, Dinamarca, España, Finlandia, Islandia, Nueva Zelanda, Polonia, Portugal	

Tabla 4. Valores de estandarización servicio básico de saneamiento en zona rural

Servicio básico de saneamiento en zona urbana

Los servicios de saneamiento en las zonas urbanas de gran parte del mundo presentan una importante cobertura en servicios gestionados de manera segura pero índices de progreso menores en relación con los rurales de acuerdo con el informe de la JMP (6). Para el 2020, el indicador a nivel mundial registra una cobertura del 62% para servicios gestionados de manera segura y un 26% con servicios básicos, lo que suma un 88% de cobertura de servicios de saneamiento esenciales, aumentando apenas un 2% desde el año 2000. Europa y América del Norte son los que registran las mejores coberturas en servicios gestionados de manera segura con un 87% y África Subsahariana el que menor porcentaje presenta (23%).

En el grupo de países de la OCDE, se destaca Austria con una cobertura del 100% del servicio gestionado de forma segura y le sigue Nueva Zelanda con el 100% de servicio al menos básico, le siguen Corea, España y Suiza con el 99,9% de servicio gestionado de forma segura, excepto España que su servicio corresponde a la categoría de básico.

Dentro de los puntajes más bajos se encuentra a México (59,7%), Eslovenia (70,4%), Australia (74,3%), Turquía (78%) y Colombia (79,2%), resaltando que pese a sus bajas coberturas todos contienen servicios gestionados de manera segura.

Porcentaje de personas que acceden por lo menos a servicios básicos de saneamiento en urbana (alcantarillado)			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
79%	60%	100%	48

Colombia	México	Austria, Bélgica, Corea, Dinamarca, España, Nueva Zelanda, Suiza	
----------	--------	--	--

Tabla 5. Valores de estandarización servicio básico de saneamiento en zona rural

Tasa de accidentes de Transporte terrestre

Indicador que mide la eficiencia de las políticas públicas en temas de promoción y prevención en seguridad vial, midiendo la cantidad de accidentes en las vías terrestres. En los meses de junio y julio de 2022 la OMS en compañía de las Naciones Unidas, lanzó la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel sobre la Mejora de la Seguridad Vial Mundial “El horizonte 2030 para la seguridad vial: asegurando una década de acción y entrega”, donde se reconoce esta condición como un problema de salud pública y se plantea la coordinación intersectorial con el fin de generar conciencia ante las medidas preventivas en seguridad vial (8).

De acuerdo con la OMS, cada año fallecen cerca de 1,3 millones de personas en accidentes de tránsito, especialmente en ingresos de medianos y bajos ingresos (9) siendo no solamente elevado en vidas humanas, que es lo más preocupante, sino también costoso económicamente para los países ya que anualmente corresponden en promedio a un 3% de PIB de cada uno. Por lo mismo el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS, manifestó en la asamblea que la seguridad vial afecta a toda la población afirmando que, “en un futuro la movilidad debe promover la salud y el bienestar, proteger el medio ambiente y beneficiar a todas las personas”⁵.

El trabajo por realizar en este campo es bastante, desde arreglos en infraestructura vial, hasta la implementación de políticas públicas que se dirijan hacia la concientización de la ciudadanía, todas igualmente importantes. La caracterización de las mortalidades en Colombia permite observar que la población joven con un rango de 20 a 34 años son los que presentan mayor índice de accidentalidad y mortalidad en las carreteras del país, en su gran mayoría solteros (45%) y teniendo como principal causa de dichos accidentes el desobedecer las normas de tránsito (64%) y como principales actores de los accidentes las motocicletas aportando un 60% a los desafortunados desenlaces fatales (10).

En la revisión de los 37 países pertenecientes al grupo de la OCDE, se observa que todos reportan datos de años recientes (2020/2021) a excepción de Dinamarca (2019), Estados Unidos (2018), Luxemburgo (2018) y Países Bajos (2010). El indicador presenta una media de 222,3 muertes por cada 100.000 personas en el grupo evaluado, la cual no es representativa para el conjunto de datos de la variable, dado que el coeficiente de variación es del 73%. Dentro de los países que presentan mayores tasas de accidentalidad se encuentra a Estados Unidos donde de cada 100.000 personas se accidentan por vía terrestre 829, seguido por Corea (563,5 x 100.000 hab.), Austria (456,5 x 100.000 hab.), Alemania (388,7 x 100.000 hab.) y Bélgica (362,8 x 100.000 hab.).

Del otro lado de la tabla, con las tasas de accidentalidad más bajas por 100.000 habitantes, se encuentra a México (5,2), Países Bajos (21,9), Colombia (47,5), Dinamarca (52,9) y Finlandia (69,6).

⁵ Ibid.



Tasa de accidentalidad de transporte			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
47,5	829,2	5,2	95
Colombia	Estados Unidos	México	

Tabla 6. Valores de estandarización Tasa de accidentalidad de transporte

1.2. Dimensión Situación en Salud

Incidencia de cáncer de cuello uterino

El panorama del cáncer en el mundo continúa desmejorando de forma significativa, agravado desde el inicio de la pandemia por COVID-19, la que ha dejado en evidencia las inconsistencias de los sistemas de salud para prevenir, diagnosticar y tratar de forma temprana enfermedades crónicas como el Cáncer. Se ha presentado un incremento de estas condiciones en los 2 últimos años, debido a la priorización por el cuidado de la pandemia, a las restricciones de atención en los servicios a estas patologías y al temor de los pacientes a recurrir a espacios que no consideraban seguros para su integridad física por la alta posibilidad de contagio que se generó desde el inicio de la epidemia.

De acuerdo con los datos emitidos por la OMS, el cáncer cérvicouterino, corresponde al cuarto cáncer más frecuente en mujeres en el mundo, con una tasa bruta de incidencia de 15,6 por cada 100.000 mujeres, siendo los países de ingresos medios y bajos los que mayor cantidad de casos aporta a la estadística mundial. Según la misma fuente, es Esuatini (África) el que presenta la tasa más alta en el mundo (57,8 casos nuevos x 100.000 mujeres) y Yemen (Asia Occidental) el que reporta la tasa más baja (1,5 casos nuevos x 100.000 mujeres) (11).

El cáncer cérvicouterino detectado a tiempo puede ser tratado y curado en la mayoría de las ocasiones, desafortunadamente en los países donde se presentan las tasas más altas de mortalidad atribuidas a esta causa es por la detección tardía que se realiza, ya sea por falta de acceso a los servicios o por falta de medidas preventivas al respecto.

Se considera que en Colombia el mayor tiempo promedio de espera para realizar un diagnóstico se registra en el cáncer de cérvix con 79,13 días en promedio, seguido por el cáncer de próstata con 77,30 días y mama con 70,25 días, situación similar se observa en la oportunidad de tratamiento con rangos entre 2 y 3 meses (12).

Dentro del grupo de la OCDE se observa que los países con mayor tasa de incidencia x 100.000 mujeres para 2020, son Lituania (18,7), Estonia (18,5), Letonia (18,4), Hungría (17,2) y República Eslovaca (16,6), siendo Letonia el que presenta la disminución más significativa de todo el grupo tomando como referencia el año 2018. Los países que notifican menores tasas de incidencia en el año son Suiza (3,4), Turquía (4,8), Israel (4,9), Luxemburgo (5,2) y Finlandia (5,2). Colombia se ubica en el puesto 31 con una tasa de incidencia de 14,9.

En la estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública se realizan una serie de recomendaciones que contemplan en la prevención primaria, la vacunación contra el virus de papiloma humano (VPH) tanto para niños como para niñas en edades entre los 9 y 14 años, promoción y educación en temas de salud sexual, además de la circuncisión en los niños, para la prevención secundaria sugiere que a partir de los 30 años a las mujeres en general y de los 25 años para las mujeres con VIH realizar una prueba de cribado de alta precisión equivalente o mejor que una prueba de VPH y en caso de salir positiva iniciar tratamiento de forma inmediata. Por último, en la prevención terciaria se advierte en dar el manejo adecuado ya sea con cirugía, radioterapia, quimioterapia o cuidado paliativo, según sea el caso (13).

Incidencia de Cáncer de Cuello Uterino			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
14,9	18,7	3,4	● 25
Colombia	Lituania	Suiza	

Tabla 7. Valores de estandarización Incidencia de Cáncer de Cuello Uterino

Incidencia de sífilis congénita

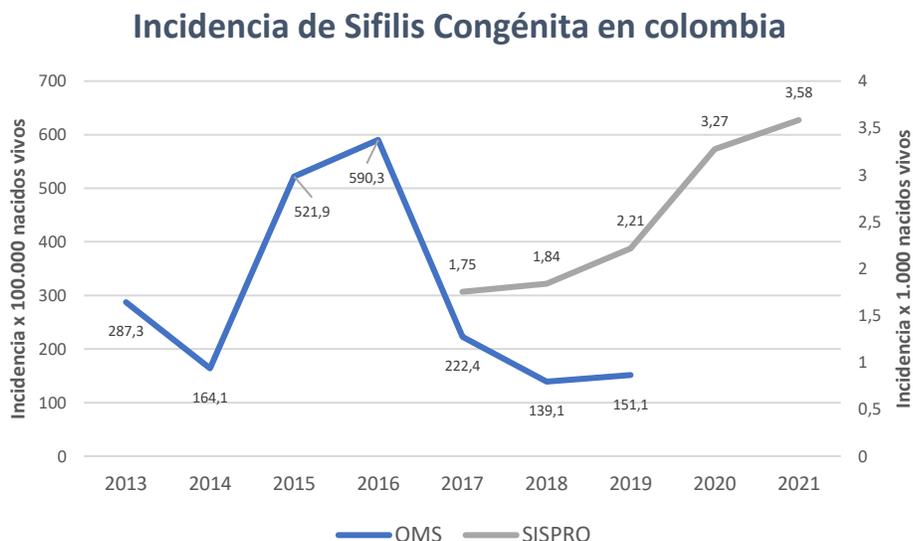
La sífilis congénita constituye una infección multisistémica que es causada por la bacteria *treponema pallidum* y transferida de la madre al feto por medio de la placenta. Esta infección detectada a tiempo es tratable con penicilina, preservando así la vida del bebé, ya que de no haber tratamiento hay un alto riesgo de fallecer al nacer (14).

Este indicador evalúa de forma directa el manejo materno infantil en cada país, las políticas de atención en la etapa prenatal y post parto. En Colombia la guía ordena realizar cualquiera de 2 pruebas: treponémicas (TPPA/TPHA) y no treponémica (VDRL/RPR) en cada trimestre del embarazo con el fin de hacer seguimiento al binomio con la recomendación de que sea la misma en las tres tomas. En caso de ser positiva, la paciente debe ser tratada inmediatamente, mantener seguimiento a ella y a su (a) pareja (s), además de obtener asesoría en salud sexual con suministro de condones (15). El problema radica en los territorios apartados y que no tienen acceso a los servicios de salud de forma oportuna por cualquiera de los diferentes factores que pueden intervenir en el proceso.

Es importante que los sistemas de salud den prioridad al proceso materno perinatal para disminuir una mortalidad que se considera intolerable por las altas probabilidades que hay para subsanar dicha infección.

En la revisión de los países de la OCDE, se encuentra que el 27% de estos no reporta ningún dato a la OMS (fuente del indicador), el 37% se reporta en cero (Alemania, Australia, Dinamarca, Eslovenia, Estonia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Lituania, Luxemburgo, Noruega, Nueva Zelanda y Reino Unido) y la fecha de actualización del reporte varía entre 2012 y 2019. Dentro de los que reportan un valor diferente a cero se observan 13 países, siendo Italia el que encabeza la tabla con la menor incidencia por 100 mil nacidos vivos (0,6), seguido de España (0,7), Suecia (0,9), República Checa

(1,7) y República Eslovaca (1,8). Por el contrario, los países que reportan las incidencias más altas son Colombia (151,1), México (25,8) y Chile (18,2). En Colombia de acuerdo con la fuente (SISPRO), son Guainía, Arauca y Amazonas los departamentos con mayor incidencia de la enfermedad y según esa misma fuente, la incidencia ha crecido de forma exponencial en los últimos 5 años (16).



Incidencia de Sífilis Congénita x 1000 nacidos vivos			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
151,1	151,1	0	● 0
Colombia	Colombia	Alemania, Australia, Dinamarca, Eslovenia, Estonia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Lituania, Luxemburgo, Noruega, Nueva Zelanda, Reino Unido	

Tabla 8. Valores de estandarización Incidencia de Sífilis Congénita

Prevalencia de Desnutrición Crónica en Menores de 5 años

Según la UNICEF, en el mundo 1 de cada 3 niños menores de 5 años vive en pobreza alimentaria severa, lo que significa que consumen de 0 a 2 grupos de comida de los 8 establecidos, durante el día anterior. De acuerdo con el mismo organismo el Sur Este asiático es el que presenta el mayor porcentaje de niños que viven en pobreza alimentaria y Latinoamérica y el Caribe el que menor proporción de niños en estas condiciones tiene (17).

Los datos de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) del 2015 evidencia que el retraso en la talla en los menores de 5 años fue del 10,8%. En las zonas urbanas fue de 9% y en las rurales fue de 15.3%, siendo la brecha de 6.3%, más alta que en 2010.

Para este indicador en la medición internacional, el 59% de los países del grupo OCDE no reportan dato alguno, del 41% restante, México es el país que reporta la prevalencia más alta para el 2020 (12,1%), seguido de Colombia (11,5%) y Japón (5,5%). Dentro de los que reportan las prevalencias más bajas se observa a Estonia (1,2%), Alemania (1,6%), Chile (1,6%) y Países Bajos (1,6%).

Para efectos del índice, se toman los datos departamentales, dada la insuficiencia de datos a nivel internacional. En los datos nacionales se puede observar que los departamentos que presentan las prevalencias más altas al finalizar el año 2020 son Vichada (1,46%), Vaupés (1,39%), Guaviare (1,13%) y La Guajira (0,99%), en tanto con las prevalencias más bajas se encuentra a San Andrés (0,06%), Bolívar (0,11%), Sucre (0,12%), Caldas (0,12%) y Santander (0,143%), mientras la prevalencia nacional se ubica en un 0.27%.

Prevalencia de Desnutrición Crónica en Menores de 5 años			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
11,5	12,1	1,2	6
Colombia	México	Estonia	

Tabla 9. Valores de estandarización Prevalencia de Desnutrición Crónica

1.3. Dimensión Talento Humano

La fuerza de trabajo en el sector salud, es uno de los principales pilares de los sistemas de salud de cualquier país, motivo por el cual se encuentra contemplado como meta en el ODS 3c: "aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la formación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo" (18).

Cabe resaltar que la estructura laboral en salud no es la misma en todos los países, ya que en algunos países se habla de enfermeras profesionales y parteras, en otros se habla de enfermeras y auxiliares y en otros de cuidadores en lugar de estos últimos. Para medicina se contemplan estándares más homogéneos, diferenciados por especialización. En las estadísticas de la OMS se contemplan otros perfiles como odontología, técnico de odontología, personal farmacéutico, personal de higiene y salud ocupacional y ambiental, personal de laboratorio médico y de patología, fisioterapia, medicina tradicional y complementaria, trabajadores comunitarios de la salud, entre otros.

Por tal motivo, en la presente dimensión se cuenta con 4 indicadores: densidad estimada de auxiliares de enfermería, de profesionales en medicina y enfermería, de talento humano profesional

en salud y de técnicos y tecnólogos, de los cuales solamente 2 tuvieron comparativos internacionales y 2 se compararon únicamente con los datos departamentales.

Densidad estimada de profesionales en medicina y enfermería

En la mayoría de los sistemas de salud se cuenta la cantidad de profesionales de medicina y enfermería como personal de la salud por ser los que se encuentran en mayor cantidad en todo el mundo y los que están de cara al paciente en la primera línea de atención. Este indicador suma la cantidad de profesionales que hay por cada uno de los perfiles y lo divide en la población.

En el análisis realizado al grupo de la OCDE, se observa que el último dato publicado no es homogéneo y aunque la mayoría de ellos son de 2020, se encuentran datos de 3 años atrás, de igual forma dichos datos se obtuvieron de dos fuentes diferentes OMS y OCDE.

Dentro del grupo analizado se observa una media de 136,6 y que los países con mayor densidad de médicos y enfermeras por 10.000 habitantes son Finlandia (256,8; año 2018), Bélgica (250,4; año 2020), Noruega (231,0; año 2020), Suiza (227,7; año 2020) e Islandia (199,5; año 2020), mientras los que se encuentran con las densidades más bajas son Colombia ocupando el último lugar de la tabla con una densidad de 37,8 profesionales x 10.000 habitantes, seguido por Turquía, México, Chile y Letonia.

En tanto para 2020 al interior de Colombia se observa una media de 29,7, una densidad nacional de 32,1 y las mejores densidades en los departamentos de San Andrés y Providencia (80,5 x 10.000 hab.), Bogotá (58,1 x 10.000 hab.), Guainía (53,0 x 10.000 hab.), Vichada (46,5 x 10.000 hab.) y Atlántico (41,2 x 10.000 hab.), mientras las menores densidades se presentan en Caquetá, Cundinamarca, Chocó, La Guajira y Córdoba.

Densidad estimada de profesionales en medicina y enfermería por 10.000 habitantes			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
37,8	37,8	256,8	 0
Colombia	Colombia	Finlandia	

Tabla 10. Valores de estandarización profesionales en medicina y enfermería

Densidad estimada de auxiliares de enfermería

El personal auxiliar de enfermería en Colombia es el encargado de realizar la parte operativa de apoyo en el cuidado del paciente. Por el momento no tiene comparativo internacional, motivo por el cual se realiza el análisis nacional teniendo en cuenta los valores departamentales para los pisos y techos que marcan la estandarización del indicador.

En el conjunto de datos del país se encuentra una media de 69,9. Los departamentos con mejores densidades de auxiliares de enfermería x 10.000 habitantes son San Andrés y Providencia (240,9), Vichada (232,0), Guainía (115,6), Bogotá (105,2), y Amazonas (97,3), mientras que al otro extremo

de la tabla se observan las densidades más bajas en los departamentos de Vaupés, Nariño, Bolívar, Chocó y Magdalena.

Densidad estimada de auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
61,9	29,5	240,9	15
Colombia	Vaupés	San Andrés y Providencia	

Tabla 11. Valores de estandarización auxiliares de enfermería



Densidad estimada de técnicos y tecnólogos en salud por 10.000 habitantes

Indicador que contempla los diferentes perfiles técnicos y tecnólogos que se encuentran inscritos en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS), dentro de los que se encuentran: tecnología en atención prehospitalaria, tecnología en citohistología, tecnología en seguridad y salud en el trabajo, tecnología en manejo de fuentes abiertas de uso diagnóstico y terapéutico, tecnología en mecánica dental, tecnología en promoción de la salud, tecnología en radiodiagnóstico y radioterapia, tecnología en radiología e imágenes diagnósticas, tecnología en regencia de farmacia, tecnología en radioterapia, otros tecnólogos de la salud, técnico profesional en atención prehospitalaria, técnico profesional en seguridad y salud en el trabajo, técnico profesional en mecánica dental, técnico profesional en citohistología, técnico profesional en salud oral y otros técnicos profesionales de la salud.

El indicador no cuenta con comparativo internacional ya que como se decía anteriormente en el presente documento los perfiles del talento humano en salud de otros países son diferentes al colombiano. Se registra un indicador nacional de 0,32 en tanto los departamentos con mejor desempeño en el indicador calculado por 10.000 habitantes son San Andrés y Providencia (21,4), Vichada (21,3), Nariño (18,0), Antioquia (11,3) y Caldas (11,1). En los territorios con las densidades más bajas se ubica a Vaupés, Chocó, La Guajira, Magdalena y Bolívar.

Densidad estimada de técnicos y tecnólogos en salud por 10.000 habitantes			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
7,48	2,4	21,5	27
Colombia	Vaupés	San Andrés y Providencia	

Tabla 12. Valores de estandarización técnicos y tecnólogos

Densidad estimada de talento humano profesional en salud

En este indicador se contemplan los perfiles profesionales de medicina, enfermería, fisioterapia y odontología, teniendo un comparativo internacional con datos tomados de diversas fuentes OMS,

OCDE e Institutos nacionales para el numerador con la mayoría de los datos actualizados en 2020 pero algunos con datos desactualizados como Luxemburgo que notificó el último dato en 2017, otros pocos son de 2018 y 2019.

En el grupo de la OCDE se evidencia a Finlandia (280,2 x 10.000 hab.), Bélgica (279,0 x 10.000 hab.), Noruega (265,1 x 10.000 hab.), Suiza (237,4 x 10.000 hab.) e Islandia (225,1 x 10.000 hab.) como los países con las mejores densidades de talento humano profesional. Al otro extremo de la tabla se encuentran los países con menor desempeño en el indicador, ubicando en la última posición a Turquía (43,7), seguido de México (54,9), Colombia (61,1), Letonia (87,7) y Chile (94,2). Cabe resaltar que el promedio del grupo es de 155,0, con poca variabilidad.

En el indicador nacional, se observa un importante crecimiento para 2021 con respecto al año inmediatamente anterior, especialmente en los 5 departamentos con las mejores densidades que oscilan entre 109,2 y 213,0 San Andrés y Providencia, Vichada, Guainía, Bogotá y Amazonas. El único territorio que presentó una disminución en su cifra de profesionales en el mismo período de tiempo fue Vaupés con casi 2 puntos

Densidad estimada de talento humano profesional en salud			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
61,1	43,7	280,3	● 7
Colombia	Turquía	Finlandia	

Tabla 13. Valores de estandarización Profesionales en salud

1.4. Dimensión Macroeconómica

Gasto per cápita en salud:

Tomando como base el reporte que presenta la Organización Mundial de la Salud sobre el gasto per cápita en salud discriminado por los países de la OCDE, se observa que, en 2019 el país con un mayor gasto en salud per cápita a valores de paridad de poder adquisitivo (PPA), fue Estados Unidos con 10.921 USD por habitante, en contraste México reportó un 1111 USD por habitante y el promedio de los países de la OCDE fue de 4469 USD por habitante; Colombia se encuentra dentro de los últimos lugares dentro de los 37 países evaluados por la OCDE con un gasto de 1204 USD por habitante, esto ubica a Colombia como uno de los países con más bajo nivel de gasto en salud per cápita relativo a este grupo de países.

Este indicador es el resultado de tomar el gasto total de salud en USD PPA y dividirlo por la población. Esta medida permite una mejor comprensión del panorama de la prestación de servicios de salud de un país que una cifra bruta como el gasto total en salud; pues aporta una medida de gasto por habitante al relacionar el gasto con la población del país. Esto muestra que, en palabras de Bardey “comparado con países desarrollados y algunos de ingreso medio alto, Colombia gasta mucho menos por habitante en valor absoluto” (Bardey, 2018).

Sin embargo, al ver el cambio de este indicador en los últimos años es posible evidenciar que este ha presentado un crecimiento sostenido, con una tasa de crecimiento promedio anual de 6 puntos porcentuales en el periodo entre 1996 y 2014. Una aproximación al porqué del bajo gasto per cápita en salud registrado en Colombia en 2019 es que puede que sea resultado de la gestión del riesgo financiero realizado por el sector de aseguramiento en el SGSSS entre otras posibles explicaciones que pueden abordarse en otros estudios financieros del sistema de salud.

Gasto per cápita en salud (US\$ PPA) 2019			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
1204	1111	10921	● 1
Colombia	México	Estados Unidos	

Tabla 14. Valores de estandarización Gasto per cápita en salud

Gasto actual en salud (% del PIB)

Este indicador muestra el porcentaje que representa el gasto público y privado en salud sobre el PIB de un determinado país. La cifra presentada para este indicador en el caso colombiano en el año 2020 por la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) es de 7.71%, lo que quiere decir que el gasto en salud en Colombia representó el 7,71% del PIB colombiano en dicho año. Para entender mejor cómo se encuentra Colombia en este referente, se comparará su desempeño en este indicador con el desempeño de otros países de la OCDE.

Por un lado, el valor medio de este indicador para los países de este grupo es de una participación del gasto en salud sobre el PIB de 9%, lo que muestra que a pesar de que Colombia está por debajo de esta cifra, la diferencia no es significativa. Por otro lado, el valor mediano de este indicador en este grupo de países es de una participación 9,6% del gasto en salud sobre el PIB, lo que deja entrever que Colombia está por debajo del 50% de los países de esta agrupación. Este panorama muestra que, según Bardey “El gasto en salud es menor al de otros países (...) pero el esfuerzo que hace el país con los recursos que tiene no es bajo”. Lo anterior nos muestra que Colombia se ubica ligeramente por debajo del promedio de la OCDE en este indicador, lo que supone un desempeño positivo, teniendo en cuenta que este grupo de países es uno que muestra un buen desempeño en índices de desarrollo, tanto en términos absoluto como relativos. Además, el gasto en salud como porcentaje del PIB colombiano es uno de los más altos para el nivel de riqueza de este país y, el motivo que explican su menor gasto en salud relativo a algunos países es un menor presupuesto (Bardey, 2018).

De igual forma, si comparamos el valor reportado por Colombia en 2018 que fue de 7,63% y el promedio de los países fue de 8.8%, se puede observar entonces que el gasto en salud como porcentaje del producto interno bruto aumentó con respecto a lo reportado el año anterior en todos los países, lo cual podría estar relacionado con el esfuerzo económico que realizaron los países para atender la contingencia por la pandemia de la COVID-19.

Gasto actual en salud (% del PIB) 2019			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
7,71%	4,34%	16,77%	● 27
Colombia	Turquía	Estados Unidos	

Tabla 15. Valores de estandarización Gasto actual en salud

Gastos de salud del gobierno general nacional (% de los gastos de salud actuales)

Este indicador muestra el porcentaje que representa el gasto en salud del gobierno general central sobre el gasto total del gobierno general nacional, por lo cual puede ser usado como una medida de la importancia del gasto en salud relativo a distintos gastos para un país dado. En el reporte de este indicador en 2019 presentado por la Organización Mundial de la Salud, el país que reportó un mayor porcentaje de gasto fue Japón con 24,2%, mientras el país con menor porcentaje de gasto fue Grecia con 7,8%, el promedio de gasto de los países de la OCDE fue de 15% y Colombia reportó un 16,8%, ubicándose por encima de la media de este grupo de países.

Este comportamiento evidencia que la salud ha sido uno de los sectores más importantes en el gasto público con el pago de servicio de deuda y el sector salud en los últimos años, presentando además una tendencia creciente en su representación sobre el presupuesto total (Navas et al, 2016), con respecto al año anterior presentando una variación del 0,07%

Gasto nacional en salud del gobierno general (GGHE-D) como porcentaje del gasto del gobierno general (GGE) (%)			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
16,87	7,88	24,21	● 55
Colombia	Grecia	Japón	

Tabla 16. Valores de estandarización Gasto nacional en salud

2. EJE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

2.1. Dimensión acceso a servicios

Cobertura estimada de TAR entre personas con VIH

El VIH continúa siendo un problema de salud pública en todo el mundo, con cerca de 38,4 millones de personas conviviendo con la enfermedad para finales de 2021. Desde el año 2016, la OMS recomienda una política de tratamiento que consiste en brindar terapia antirretroviral (TAR) de por

vida a todas las personas con VIH sin importar edad, recuento de leucocitos o que se encuentre en embarazo. De acuerdo con el mismo organismo, a mediados del 2022, 189 países habían acogido la recomendación (19).

En América Latina para 2019 la cobertura de TAR se encontraba en un promedio del 60%. Es importante que los países actúen constantemente en la ampliación de coberturas del tratamiento, dado que en gran medida la morbilidad por VIH ya que suprime la replicación del virus y evita en gran medida la transmisión de este (20).

En el conjunto de datos de la OCDE recuperado de diversas fuentes, se observa que 6 países (19%) no reporta ningún dato y el último año de notificación va desde 2011 como el de Bélgica, hasta 2020. En el 81% restante, los países que presentan las mejores coberturas de TAR son los siguientes: Finlandia (93,8%, año 2019), Italia (91%, año 2020), Suiza (91%, año 2020), Dinamarca (90%, año 2020) e Islandia (88%, año 2020); y los que se encuentran con las coberturas más bajas, son Lituania (36%, año 2020), Letonia (41%, año 2020), México (57%, año 2020), República Eslovaca (60%, año 2016), República Checa (60%, año 2018). En tanto, Colombia se ubica por debajo de la media con 69% de cobertura, siendo los departamentos con mayor ruralidad los que presentan las coberturas más bajas (Amazonas, Vaupés, Guainía, Putumayo y Nariño), reiterando que es necesario la implementación de políticas claras en atención de población que se encuentra en zonas apartadas.

Cobertura estimada de TAR entre personas que viven con VIH (%)			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
69%	36%	94%	 57
Colombia	Lituania	Finlandia	

Tabla 17. Valores de estandarización Cobertura estimada de TAR

Mujeres en embarazo que reciben atención prenatal al menos una vez

El control prenatal es una de las medidas más efectivas para disminuir los riesgos de morbilidad en el binomio madre e hijo, un adecuado control permite detectar problemas o enfermedades que se pueden mitigar de forma oportuna. De acuerdo con la resolución 3280 de 2018, que adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, estipula que el control prenatal debe contemplar la valoración integral del estado de salud de las gestantes, el seguimiento al plan integral de cuidado para la salud, la detección temprana de alteraciones, una Información en salud y el establecimiento del plan de parto (21), motivo por el cual con una sola atención no se puede brindar una atención adecuada y

oportuna, siendo necesaria la evaluación y seguimiento de la gestante por medio de paraclínicos y valoración física. Sin embargo, se toma en cuenta todos los casos en que reciben atención, así sea una sola vez, permitiendo tener al menos una oportunidad de acercamiento a la mujer en embarazo.

En los países del grupo de la OCDE, el 48,6% no reporta datos acerca de este indicador y de los restantes que se pudo extraer información se observan coberturas por encima del 90% a excepción de Australia que reporta que el 79% de su población materna reciben atención prenatal al menos una vez durante el embarazo. De los 19 países que reportan el indicador, 10 notifican un 100% de atención prenatal por lo menos una vez y los restantes, se mueven entre el 92% y el 99%, Colombia por su parte reporta el indicador en 97%, generando un nuevo reto y es que esa misma proporción sea de atención por lo menos 4 veces en el embarazo ya que este indicador según Unicef se encuentra en el 90% en mujeres que se encuentran en edad fértil, pero disminuye al 86% si la mirada es en mujeres de 15 a 19 años (22).

Porcentaje de embarazadas que reciben atención médica prenatal al menos una vez durante el embarazo			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
97%	79%	100%	 86
Colombia	Australia	Austria, Canadá, Eslovenia, Finlandia, Francia, Irlanda, Lituania, Portugal, Suecia	

Tabla 18. Valores de estandarización embarazadas que reciben atención médica prenatal al menos una vez

Porcentaje de partos atendidos por personal calificado

La atención de un parto por personal entrenado ya sea por personal de salud con entrenamiento o por parteras autorizadas, es muy importante para el bienestar materno perinatal, sabiendo que esta atención en muchas ocasiones requiere de equipos y medicamentos que ayuden a promover una atención más adecuada. De igual forma es momento de generar consensos que contemplen ese enfoque diferencial del que se habla en tantos documentos, ya que en muchas regiones del país no se tienen en cuenta las tradiciones ancestrales y otra serie de factores culturales y/o sociales que se convierten en barrera a la hora de la atención por personal calificado.

Cabe resaltar que, en los diferentes países analizados, el personal de salud calificado contiene perfiles diferentes, entre los que se encuentran, médicos, enfermeras y parteras.

En el grupo de países analizado, son Corea, Lituania, Luxemburgo, Países Bajos, Suecia y Suiza los que reportan un 100% de partos atendidos por personal calificado, haciendo la aclaración que estos países se encuentran muy desactualizados en las fuentes oficiales de información a excepción de Lituania es del 2020. En este indicador se destaca que todos los países reportan porcentajes por encima de 90, siendo el más bajo el de Dinamarca con un 95,3%. Colombia reporta una cobertura del 98,8% con último año de actualización de 2019. Al revisar el comportamiento de los departamentos del país, se observa que todos mantienen porcentajes de atención por encima del 90%, a excepción de Vaupés (50%), Vichada (58%), Chocó (65%), Amazonas (77%), Guainía (78%),

Cauca (89%) y La Guajira (90%), los territorios con mayor ruralidad en el país, quizá derivado de la distribución inequitativa del talento humano en salud que hay en todo el territorio colombiano.

Porcentaje de partos atendidos por personal calificado			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
99%	95%	100%	74
Colombia	Dinamarca	Chile, Corea, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Japón, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Países Bajos, Polonia, República Checa, Suecia, Suiza	

Tabla 19. Valores de estandarización partos atendidos por personal calificado

2.2. Dimensión efectividad del acceso a servicios

Pacientes hipertensos controlados

La hipertensión arterial consiste en un estado patológico que sirve como precursor de otras enfermedades cardiovasculares que pueden generar daños importantes e incluso la muerte en las personas que la padecen, convirtiéndose así en una de las principales causas de defunción en el mundo por no referenciarla como la más importante, por lo menos en Colombia representa la primera causa de mortalidad.

De acuerdo con la importancia que reviste el trastorno hipertensivo y con el propósito de combatir la morbimortalidad, “los Estados Miembros de la 66.a Asamblea Mundial de la Salud (2013), adoptaron la resolución WHA66.10 y establecieron metas mundiales, entre ellas una reducción relativa de la prevalencia de hipertensión en un 25% para 2025” (23), lo que incentivo la iniciativa mundial HEARTS.

Pese a la relevancia que reviste el control de este evento en salud, las proporciones de control de pacientes hipertensos no es tan alta como se espera. Dentro del grupo de países de la OCDE se observa que los que reportan los mayores puntajes apenas pasan del 50%, Canadá (62,4%), Corea (55,4%), Islandia (52,6%), seguidos de Estados Unidos (49%) y Alemania (47,4%). Al otro extremo se divisan los países con menor porcentaje de control de hipertensos, donde se encuentra a Dinamarca (11,3%), Lituania (13,9%), Estonia (16,1%), Letonia (18,4%) y Suecia (21,8%). Colombia se encuentra por encima de la media con un 33,1% de población hipertensa controlada.

Según la Cuenta de Alto Costo (CAC) en Colombia para el 2020 se registraron 4.085.449 personas hipertensas, de las cuales el 72% se reportó como controlada. Los departamentos con mayor proporción de hipertensos controlados son Magdalena (77%), Bogotá (76%), Bolívar (76%), Antioquia (75%) y Atlántico (75%). En el otro extremo se encuentran nuevamente departamentos con gran ruralidad; Vaupés, Amazonas, Arauca, Guaviare y San Andrés y Providencia.

% de pacientes hipertensos controlados



Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
33,1	11,3	62,4	43
Colombia	Dinamarca	Canadá	

Tabla 20. Valores de estandarización pacientes hipertensos controlados

Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año

La triple viral es un biológico que contiene 3 virus atenuados los cuales ayudan a inmunizar contra sarampión, parotiditis y rubeola, enfermedades que en pocas ocasiones pueden ser mortales, pero que pueden dejar serias secuelas. Según la OMS “en enero y febrero de 2022 se notificaron casi 17.338 casos de sarampión en todo el mundo, frente a los 9.665 de los dos primeros meses de 2021”, evidenciando las secuelas por la falta de atención en servicios básicos de salud durante la pandemia.

El análisis realizado a los 37 países de la OCDE, se observa que para 2020 los 5 países con mayor cobertura son Grecia, Hungría, Letonia, Luxemburgo y Portugal, todos con un 99% de cobertura en vacunación triple viral para menores de 1 año. Se destaca en el indicador, que el 91% de estos países presenta coberturas del 90% y más, a excepción de 3 países México (72%), Austria (85%) y Colombia (88%), este último con un valor menor al reportado en 2019 y mayor al 2021.

En Colombia para 2020, son 4 departamentos los que presentan coberturas en 90% y más, La Guajira (95%), Magdalena (94%), Atlántico (92%) y Tolima (90%), mientras los departamentos con menor desempeño en el indicador Vaupés (53%), Vichada (59%), Caldas (65%), Nariño (69%), Cundinamarca (69%) y Putumayo (72%), figurando nuevamente los departamentos más rurales y con mayores brechas en el acceso a los servicios de salud.

Porcentaje de cobertura de vacunación con Triple Viral en niños de un año			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
86%	78%	99%	 38
Colombia	México	Grecia, Hungría, Luxemburgo, Portugal	

Tabla 21. Valores de estandarización cobertura de vacunación con Triple Viral

Oportunidad detección de Cáncer de cérvix

El cáncer de cuello uterino es uno de los tipos de cáncer que responde de maneras más adecuadas a los tratamientos, especialmente si es detectado a tiempo, motivo por el cual es importante seguir los protocolos establecidos por lo entes rectores ya que al realizar los tamizajes de rigor y de forma oportuna la detección y tratamiento serán más efectivos. En 2020, en el mundo por cada 100.000 mujeres, mueren 13,3 a causa del cáncer de cuello uterino-

Este indicador no es medido por las fuentes oficiales internacionales de salud, motivo por el cual su comparativo para realizar la normalización es únicamente nacional, ya que este es medido de manera periódica por la cuenta de alto costo. Los departamentos con mejor desempeño o menor tiempo de espera en el proceso de detección de cáncer (días transcurridos entre el diagnóstico y el primer tratamiento) son Vichada, Vaupés, San Andrés y Providencia y Guainía que figuran con un reporte de 0 días, seguido por Amazonas (40 días). Los anteriores datos deben ser leídos con cuidado ya que en estos territorios no se encuentran centros que realicen el proceso de diagnóstico y posiblemente los casos sean remitidos a otros territorios que presten dichos servicios y los días de oportunidad contabilizados allí. Por otro lado, los departamentos con tiempos más largos para la oportunidad de detección son Guaviare (145), Chocó (115), Boyacá (108), Cundinamarca (108) y Bolívar (105), quienes para 2021 mejoraron el desempeño del indicador Guaviare bajo a cero, Chocó disminuyó a 43, Boyacá descendió a 84, Cundinamarca 71 y Bolívar a 82 días.

Oportunidad en la detección de Cáncer de cuello uterino EAPB			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
79	145	0	 46
Colombia	Guaviare	Guainía, San Andrés y Providencia, Vaupés, Vichada	

Tabla 22. Valores de estandarización detección de Cáncer de cuello uterino

Cobertura de vacunación contra neumococo

La vacuna neumocócica fue introducida en las Américas, pero pese a ello en la región el germen más común en las meningitis bacterianas es el neumococo (24). En el país desde mediados del año 2022 se incluyó la vacuna 13 valente, al esquema de vacunación de los niños nacidos a partir del 1 de mayo de 2022, siguiendo el mismo esquema que se mantenía con la 10 valente que anteriormente se tenía (25).

El comité técnico asesor de la OPS considera que las dos vacunas tanto la 10 como la 13 valente son efectivas contra las neumonías y recomienda usarlas de acuerdo con el perfil epidemiológico de cada país.

En los datos analizados del grupo de la OCDE para el 2020, se observan 3 países que no reportan datos; Austria, Estonia y República Checa, de los restantes los que presentan las mejores coberturas de vacunación son Hungría (99%), Corea (98%), Portugal (98%), Australia (97%) y Suecia (97%). Por el contrario, las coberturas más bajas las presentan Polonia (62%), Eslovenia (70%), México (77%), Estados Unidos (82%) y Alemania (82%). En tanto Colombia reporta una cobertura del 89% que para el 2021 descendió a 84%.



Tasa de vacunación contra neumococo			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
89	62	99	73
Colombia	Polonia	Hungría	

Tabla 23. Valores de estandarización vacunación contra neumococo

2.3. Dimensión oportunidad del servicio

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General por IPS

Indicador que resulta de la sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó sobre el Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, midiendo así los tiempos que toman las IPS para asignar una cita de medicina general, de acuerdo con la resolución 256.

El indicador no tiene un comparativo internacional, motivo por el cual se tomó el resultado nacional y se hizo un comparativo interdepartamental, donde los mejores resultados son presentados por Guainía, Vichada y Vaupés, todos con 0 días, mientras que los resultados más deficientes son registrados por Bogotá (7 días), Cundinamarca (6 días) y Atlántico (5 días).

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General por IPS			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
4	7	0	 43
Colombia	Bogotá	Guainía	

Tabla 24. Valores de estandarización Tiempo promedio de espera Med. Gen.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cinco (5) especialidades médicas por IPS

Indicador resultante del promedio simple de la sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de las especialidades de medicina Interna, pediatría, ginecología, obstetricia y cirugía general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó sobre el número total de citas de las mismas especialidades. El indicador no tiene un comparativo internacional, motivo por el cual se tomó el resultado nacional y se hizo un comparativo entre departamentos para obtener el piso y el techo de este.

Las entidades territoriales con los tiempos más prolongados en la asignación de citas por especialidad son San Andrés y Providencia (23 días), Bogotá (12 días), Bolívar (11 días) y Atlántico (10 días).

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cinco (5) especialidades médicas por IPS			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
9	23	0	61
Colombia	San Andrés y Providencia	Vaupés	

Tabla 25. Valores de estandarización Tiempo promedio de espera Med. Esp.

Tiempo promedio de espera en la atención de urgencias (Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage 2 en el servicio de urgencias)

Indicador producto de la sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como triage 2 y el momento en el cual es atendido en consulta de urgencias por médico sobre el número total de pacientes clasificados como triage 2, en un periodo determinado. Al igual que los anteriores indicadores no se tiene un comparativo internacional, motivo por el cual se evaluó por medio del desempeño de cada departamento.

En el 2020 las entidades territoriales con mejor desempeño en el indicador por tener los tiempos más cortos son Magdalena (11,6 minutos), Sucre (12,11 minutos), Putumayo (12,19 minutos), Caquetá (12,66 minutos) y Cesar (15,68 minutos). Dentro de los que presentan el indicador más deficiente se observa a los departamentos de Arauca (59,62 minutos), Chocó (57,32 minutos), Vaupés (51,69 minutos), Amazonas (32,53 minutos) y Bogotá (31,32 minutos). Cabe resaltar que los valores en general para el 2020 presentaron una variación significativa con respecto al 2019.

Tiempo promedio de espera en la atención de urgencias (Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias)			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
25	65	12	75
Colombia	Guaviare	Vaupés	

Tabla 26. Valores de estandarización Tiempo promedio de espera atención de urgencias

3. EJE RESULTADOS EN SALUD

3.1. Dimensión Percepción Ciudadana

La percepción ciudadana como resultado en salud, es un indicador importante que permite ver que tan satisfecha se encuentra la población con la atención que está recibiendo, convirtiéndose en una evaluación indirecta del sistema de salud. En esta dimensión se miden 2 de los servicios de mayor demanda, la experiencia global, la facilidad de acceso y como indicador nuevo el porcentaje de tutelas interpuesto por la ciudadanía.

Proporción de pacientes que percibieron como bueno y muy bueno el servicio de Medicina Especializada

Este indicador permite medir el nivel de satisfacción frente a los servicios de medicina especializada y cuenta solamente con cálculo nacional, en las fuentes internacionales no se halló ningún atributo similar.

En la encuesta de evaluación de los servicios de las EPS de 2021 (fuente del dato), se ubica con la mejor proporción de satisfacción para los servicios de medicina especializada a los departamentos Vaupés y Guainía, donde el 100% de los encuestados manifestaron estar satisfechos con estos servicios desplazando a Arauca y Guaviare que contaban con esa calificación el año inmediatamente anterior, le siguen los departamentos de Boyacá (99%), Sucre (96%) y la Guajira (95%), cabe resaltar que para el 2021 el promedio general en el país es bueno (84,4%), aumentando 4,4 puntos porcentuales con respecto al año 2020. En tanto, los departamentos que reportan los grados de satisfacción más bajos son Putumayo (47%), Bogotá (50%), Córdoba (68%), Arauca (69%) y Cundinamarca (71%). Bogotá para el 2021 disminuyó considerablemente la percepción favorable de la ciudadanía, teniendo en cuenta que para el 2020 su proporción era del 91%.

Proporción de pacientes que percibieron como apropiados los tiempos de espera (Corto y Muy Corto) para ser atendidos en la entidad para medicina especializada			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
85	47	100	 72
Colombia	Putumayo	Vaupés, Guainía	

Tabla 27. Valores de estandarización % de pacientes que percibieron como apropiados los tiempos de espera en medicina especializada

Proporción de pacientes que percibieron como bueno y muy bueno el servicio de Medicina General

Este indicador mide el grado de satisfacción que tiene la población colombiana frente a la atención por medicina general, que en la mayoría de los casos corresponde a la puerta de entrada al sistema. Con el mejor resultado de percepción, se encuentra a Guainía en los 2 años a evaluar. En 2021 le siguen Santander, Meta, Norte de Santander y La Guajira, todos por encima del 93%.

El promedio de percepción entre los departamentos y Bogotá está por encima del 80%, habiendo disminuido 3 puntos porcentuales en 2021 (82%) con respecto al año anterior.

Los territorios con las proporciones más bajas del país en 2021 son Sucre (37%), Chocó (59%), Córdoba (66%), Putumayo (68%) y Atlántico (69%), los mismos que en 2020 registraban percepciones positivas por encima del 80%.

Proporción de pacientes que percibieron como apropiados los tiempos de espera (Corto y Muy Corto) para ser atendidos en la entidad para medicina general			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
84	37	100	75
Colombia	Sucre	Guainía	

Tabla 28. Valores de estandarización % de pacientes que percibieron como apropiados los tiempos de espera en medicina general

Proporción de usuarios que calificaron como Buena y Muy Buena su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS

Entendido como la percepción general de los servicios obtenidos por la Entidad Promotora de Salud (EPS), permite revisar que impresión genera la atención recibida en salud estando en cabeza de estas organizaciones.

En la medición realizada por medio de la encuesta de evaluación de los servicios de Las EPS para 2020 y 2021, se encuentra un promedio del 77% de favorabilidad en ambos periodos, donde califican como buena y muy buena la experiencia global de los usuarios . El mayor porcentaje de aceptación a los servicios recibidos se registra en los departamentos de Boyacá (89%), Santander (89%), Antioquia (87%), Caldas (87%) y Norte de Santander (87%), cabe resaltar que el 54% de los territorios desmejoro su percepción en el 2021 con respecto al año anterior.

Dentro de los municipios que presentan las proporciones más bajas de satisfacción, se encuentran Sucre (47%), Vaupés (63%), Vichada, (66%) Guainía (66%) y Chocó (66%).

Proporción de usuarios que calificaron como Buena y Muy Buena su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
79	47	89	76
Colombia	Chocó	Boyacá, Santander	

Tabla 29. Valores de estandarización % de pacientes que percibieron como apropiada su experiencia global en la EPS

Proporción de usuarios que consideran como difícil y muy difícil acceder a los servicios de salud a través de su EPS

En este indicador, la población colombiana expresa su sentir respecto a la facilidad que tienen para acceder al sistema de salud por medio de su Entidad Promotora de Salud (EPS) evaluando de forma indirecta la capacidad de acceso a la salud que se tiene en el país.

Dentro de los departamentos que tienen menor proporción de población que percibe como difícil o muy difícil el acceso a los servicios de salud por medio de la EPS se encuentra a Santander (6%), Tolima (8%), Boyacá (12%), Caquetá (12%), San Andrés y Providencia (12%), Sucre (12%) y Vaupés (12%), lo que puede dirigir la mirada a la calidad del servicio y no al acceso, teniendo en cuenta que varios de los territorios mencionados anteriormente calificaron como deficientes algunos de los servicios analizados anteriormente.

En el grupo de los departamentos con mayor percepción de dificultad para acceder a los servicios prestados por las EPS, se encuentra a Chocó (43%), Guainía (37%), Vichada (31%), Nariño (26%), y Bogotá, D.C. (26%).

Proporción de usuarios que consideran como difícil y muy difícil acceder a los servicios de salud a través de su EPS			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
21	43	6	 59
Colombia	Chocó	Santander	

Tabla 30. Valores de estandarización % de pacientes que percibieron como inapropiado el acceso a la EPS

Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes según departamento

La tutela es el mecanismo más utilizado por la población colombiana para reclamar servicios en salud que consideran han sido vulnerados, midiendo de manera indirecta el grado de satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios recibidos. Las solicitudes que realiza la ciudadanía son especialmente para el acceso a servicios (64,4%), medicamentos (14,11%), dispositivos médicos quirúrgicos e insumos (4,25%), elementos no asistenciales pero tutelables (7,38%), productos cosméticos y de aseo (4,6%), aseguramiento (2,6%) y suplementos dietarios (2,4%), entre otros (26).

De acuerdo con el reporte de la defensoría del pueblo para 2020, el total de tutelas y principalmente las de salud disminuyeron considerablemente, después de un incremento sostenido por más de 20 años, lo que se puede atribuir hipotéticamente a la pandemia por COVID-19, que obligo a la población a renunciar a ciertos servicios que necesitaba por miedo al contagio dentro de las instituciones de salud⁶.

La tasa de tutelas más baja en el 2020 (último dato disponible) se registra en La Guajira (3,48 x 10.000 hab.), Vaupés (4,7 x 10.000 hab.), Vichada (4,87 x 10.000 hab.), Chocó (5,38 x 10.000 hab.) y Atlántico (5,44 x 10.000 hab.) y las más altas las notifican Caldas (51,08), Risaralda (38,51), Norte de Santander (36,98), Arauca (35,42) y Quindío (34,98).

⁶ Ibid.

Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes según departamento			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
16,8	51	3,48	72
Colombia	Caldas	La Guajira	

Tabla 31. Valores de estandarización número de tutelas por 10.000 hab.

3.2. Dimensión Resultados en Salud Pública

Lactancia materna exclusiva

El indicador fue eliminado del índice dada la falta de información en las fuentes tanto nacionales como internacionales, los últimos datos se remontan a 2015 y antes.

Prevalencia de Bajo Peso al Nacer

De acuerdo con la OMS el bajo peso al nacer consiste en todo recién nacido con peso inferior a 2.500 g, considerando que el mundo más de 20 millones de neonatos nace con bajo peso al nacer (27), situación alarmante si se tiene en cuenta las repercusiones que pueden traer para el recién nacido y en el transcurso de su desarrollo. Desde la OMS se ha fijado una meta para el año 2025, en el que se espera reducir en un 30% los casos de bajo peso al nacer y con esto las consecuencias derivadas del evento.

Para el presente informe la fuente internacional no contiene datos acerca del indicador, motivo por el cual se analizó únicamente de forma interdepartamental.

Los datos interdepartamentales presentan una media de 7,6%, con un valor nacional de 9,04%, un extremo superior que muestra los departamentos con mayor prevalencia, en el que se encuentran Bogotá (13,53%), Cundinamarca (11,25%), Boyacá (10,0%), Nariño (9,52%) y Sucre (9,19%) y un extremo inferior que evidencia las entidades territoriales que tienen las prevalencias más bajas de bajo peso al nacer, donde se encuentra a Vaupés (3,57%), Guaviare (4,25%), Vichada (4,61%), Guainía (5,61%) y Caquetá (5,67%)

Prevalencia de Bajo Peso al Nacer			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
9	14	4	50
Colombia	Bogotá	Vaupés	



Tabla 32. Valores de estandarización Prevalencia de Bajo Peso al Nacer

Prevalencia de Sífilis neonatal

Indicador que se da como resultado de un tamizaje poco efectivo o nulo durante la etapa del embarazo, es aquí donde se reflejan los resultados de no asistir de forma juiciosa a los controles de seguimiento.

El indicador no fue posible compararlo de forma internacional por la precariedad de los datos reportados en las fuentes oficiales, solamente 11 de los 37 países contaban con información (Alemania, Chile, Colombia, Dinamarca, Grecia, Lituania, México, Países Bajos, Reino Unido, República Checa y República Eslovaca), incluso esos mismos presentan datos desactualizados en un rango de tiempo de 2010 a 2019.

Al comparar los datos departamentales de 2020, se observa que dentro de los territorios con mayor prevalencia de sífilis neonatal se encuentran departamentos notificados con altos porcentajes de sífilis congénita, lo que lleva a reflexionar que no se está haciendo un correcto seguimiento a esos casos o que las maternas no están acudiendo a los servicios de salud para tomar los controles prenatales. Esos departamentos con mayor prevalencia son: Valle del Cauca (60,9%), Arauca (52,6%), Atlántico (40,9%), Bolívar (38,3%) y Guainía (33,7%) y los de menor prevalencia, San Andrés y Providencia (3,9%), Vaupés (5,8%), Tolima (10,1%), Huila (9,7%) y Boyacá (7,8%).

Este es uno de los indicadores intolerables en cualquier sistema de salud, ya que es totalmente prevenible con un adecuado seguimiento de la gestación.

Prevalencia de Sífilis neonatal			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
16,2	61	4	 78
Colombia	Valle del Cauca	San Andrés y Providencia	

Tabla 33. Valores de estandarización Sífilis neonatal

Razón de Mortalidad Materna x 100.000 nacidos vivos (nv)

Definida por la OMS como “la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales” (28), siendo una de las muertes inaceptables por todo lo que hay para prevenirla, según el mismo organismo en todo el mundo mueren diariamente un aproximado de 830 mujeres por causas relacionadas con el embarazo.

El mayor riesgo de morir por causas maternas, lo tiene la región subsahariana de África donde muere una de cada 37 mujeres, mientras en Europa y Norte América el riesgo de morir es de 1 en 4800 (29)

Para 2020, el incremento en la mortalidad materna fue significativo en Colombia, algunos expertos consideran que la razón más importante de ese comportamiento fue la pandemia por COVID-19, lo que tampoco desconoce que después de haber descendido de forma relevante el indicador para 2013, a partir del año siguiente y hasta la fecha ha tenido un ascenso sostenido en el tiempo, mostrando las cifras más altas en las regiones con mayor ruralidad: Guainía (380,59 x 100.000 nv), Vaupés (297,62 x 100.000 nv), Amazonas (264,78 x 100.000 nv), Chocó (220,83 x 100.000 nv) y La Guajira (207,96 x 100.000 nv).

Al compararse a Colombia frente a los países del grupo de la OCDE, seguido de México presentan los valores más altos en mortalidad materna, seguidos a su vez por Estados Unidos y Latvia. En tanto los países con las razones más bajas (cero) para el indicador, son Eslovenia, Irlanda, Lituania y Luxemburgo.

Razón de Mortalidad Materna x 100.000 nacidos vivos			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
50,7	54	0	 6
Colombia	México	Eslovenia, Irlanda, Lituania, Luxemburgo	

Tabla 34. Valores de estandarización Mortalidad Materna

Tasa de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años

Indicador que enseña el número de nacimientos en mujeres que se encuentran en el rango de edad de 15 a 19 años por cada 1.000 mujeres dentro del mismo rango de edad, evalúa indirectamente el manejo de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en cada país. Se considera que las mujeres que tienen hijos desde una edad muy temprana tienen limitaciones en incrementar sus ingresos y por ende sus oportunidades de progreso se ven afectadas, especialmente porque deben abandonar los estudios que estén cursando en el momento (30).

Dentro del grupo de la OCDE, es Colombia quien tiene la tasa de fecundidad en adolescentes más alta, en el año 2020 por cada 1000 mujeres entre los 15 y 19 años, nacían 63 niños. A Colombia le siguen México (57,6), Chile (38,3), República Eslovaca (26,4) y Hungría (24,8). Dentro de los países con menor cantidad de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años se encuentra en primer lugar a Corea (1,2), seguido de Suiza (2,4), Eslovenia (3,4), Japón (3,4) y Países Bajos (3,5324).

Cabe resaltar que a pesar de la alta tasa que presenta Colombia en el indicador, este muestra una disminución progresiva, especialmente en los últimos 10 años, dado sustancialmente por las bajas tasas de natalidad en territorios con mayor desarrollo. En el caso contrario, si se evalúa a Colombia por el comportamiento de cada uno de sus departamentos, nuevamente los que contienen la mayor ruralidad y los problemas más sentidos de acceso al sistema, son los que presentan las tasas más altas de fecundidad, que en este caso son La Guajira (91,15), Magdalena (89,10), Guainía (84,28), Cesar (82,31) y Caquetá (76,15). Las tasas más bajas son reportadas por Bogotá (30,73), Valle del Cauca (37,63), Caldas (38,32), San Andrés y Providencia (38,97) y Cundinamarca (39,56).

Tasa de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años x 1.000			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
63,1	63,1	1,2	 0
Colombia	Colombia	Corea	

Tabla 35. Valores de estandarización Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años

Tasa de Mortalidad Infantil x 1.000 nacidos vivos

Según la OMS, en 2019 se presentaron 1,5 millones de muertes en el mundo en niños de 1 a 11 meses, además de las 2,4 millones en recién nacidos menores de 28 días, teniendo como principales causas “complicaciones del parto prematuro, asfixia o traumatismos durante el parto, neumonía, las anomalías congénitas, diarrea y paludismo entre otras” (31), situación que genera serias alarmas en seguimiento a la salud de los niños y niñas en el mundo, generando interrogantes a los entes rectores acerca de las políticas que se están desarrollando para reducir significativamente las cifras que se presentan.

Para 2020, en el análisis realizado al grupo de países de la OCDE, las tasas más altas se encuentran en México (11,8 x 1.000 nv) y Colombia (11,4 x 1.000 nv), seguidos por Turquía (8,1), Chile (5,8) y Estados Unidos (5,4). En la parte inferior de la tabla se tiene con la menor tasa a Islandia (1,5 x 1.000 nv), seguido de Eslovenia (1,8), Japón (1,8), Noruega (1,8) y Estonia (1,7). Al interior de Colombia son Vichada (19,43), Guainía (18,08), La Guajira (17,06), Chocó(16,16) y San Andrés y Providencia (15,81) los que tienen las tasas más altas de mortalidad infantil. Por otro lado, los departamentos con las tasas más bajas son Antioquia (7,73), Huila (7,55), Caquetá (6,69), Santander (6,64) y Boyacá (6,49).

Tasa de Mortalidad Infantil x 1.000 nacidos vivos			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
11,4	11,8	1,5	 4
Colombia	México	Islandia	

Tabla 36. Valores de estandarización Mortalidad Infantil

Tasa de Mortalidad Menores de 5 años

La mortalidad en menores de 5 años se define como la probabilidad de un recién nacido de morir antes de cumplir los primeros 5 años de vida y se expresa por cada 1.000 nacidos vivos. La OMS estima que en 2019 fallecieron cerca de 5,2 millones de niños en todo el mundo, disminuyendo sustancialmente de los 12,6 millones reportados en 1990, sin restar la importancia que tiene para la sociedad la pérdida de un menor (32). África subsahariana continúa siendo el que mayor cantidad de muertes aporta a la cifra mundial, allí muere uno de cada 13 niños antes de cumplir los 5 años.

En el grupo de la OCDE son al igual que en mortalidad infantil, México y Colombia los países con las tasas más altas, en 13,7 y 13,2 x 1.000nv respectivamente. A estos países lo siguen Turquía (9,5), Chile (6,8) y Estados Unidos (6,3), mientras en el otro extremo con las menores cifras se encuentra a Finlandia (2,3), Eslovenia (2,2), Noruega (2,2), Estonia (2,1) e Islandia (1,9.).

Al interior de Colombia, los departamentos con mayores tasas de mortalidad en la niñez son Guainía (26,64), Vichada (25,54), Chocó (23,48), La Guajira (20,46) y San Andrés y Providencia (17,13). En tanto, los que presentan mejor desempeño en el indicador son Santander (8,20), Boyacá (8,51), Caquetá (8,92), Antioquia (9,14) y Caldas (9,45).

Tasa de Mortalidad Menores de 5 años x 1.000 nacidos vivos			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
13,2	13,7	1,9	● ₄
Colombia	México	Islandia	

Tabla 37. Valores de estandarización Mortalidad en menores de 5 años

Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito

Evento que a pesar de no corresponder directamente al sector salud, se ha convertido en un problema delicado de salud pública en el mundo afectando a los sistemas sanitarios. De acuerdo con la OMS, anualmente mueren cerca de 1,3 millones de personas en mayor proporción en edades entre los 5 y 29 años, casi la mitad en condiciones vulnerables como peatón, ciclista o motociclista, con costos de cerca del 3% del PIB de cada país (33).

El trabajo para disminuir la mortalidad por accidentes de tránsito es arduo e intersectorial, deben ser políticas conjuntas que inicien desde la promoción y prevención. Está comprobado que la desobediencia de las normas de seguridad vial, como aumento de la velocidad por encima de los límites permitidos, el no uso del cinturón de seguridad, el consumo de sustancias psicoactivas y mantener objetos distractores dentro del automóvil, entre otras, está directamente relacionado con las consecuencias fatales y de mayor gravedad⁷.

Dentro del grupo de la OCDE, se observa que a pesar de que Colombia contiene las tasas más bajas de accidentalidad en el conjunto de países, presenta la tasa más alta de mortalidad por accidentes de tránsito (15,4 x 100.000 hab.), seguido por Chile (14,9), México (12,8), Estados Unidos (12,7) y Nueva Zelanda (9,6), situación que abre algunas hipótesis para países como Colombia y México, que teniendo las tasas de accidentalidad más bajas en el grupo son los que mayor mortalidad presentan, una de ellas puede ser, si las normas de tránsito son más flexibles y las situaciones de siniestralidad revisten mayor gravedad, situación que se considera debe ser revisada mediante un estudio más profundo y específico. Dentro de los países con menor mortalidad por la causa

⁷ Ibid.

referenciada están, Irlanda (3,1 x 100.000 hab.), Suecia (3,1), Suiza (2,2), Noruega (2,1) e Islandia (2).

Al interior de Colombia son Casanare (28,03 x 100.000), Arauca (25,15), Guaviare (24,23), Meta (19,46) y Huila (18,08) los que presentan las tasas más elevadas de mortalidad por accidentes de tránsito. Por el contrario, son Guainía (0,00), Chocó (3,67), Vaupés (4,47), Bogotá (5,24) y Amazonas (6,33) los que tienen la menor cantidad de desenlaces fatales por 100.000 habitantes.

Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito x 100.000 habitantes			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
15,4	15,4	2	 0
Colombia	Colombia	Islandia	

Tabla 38. Valores de estandarización mortalidad por accidentes de tránsito

Tasa de Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino

De acuerdo con el reporte de la OMS, para el 2020 en el mundo se registraron 342.000 muertes, en su gran mayoría en países de ingresos medios y bajos, en su gran mayoría los serotipos causantes fueron los papilomas 16 y 18. Se considera que la baja mortalidad por esta causa en los países de altos ingresos, son los programas frecuentes de vacunación, cribados y tratamientos oportunos (11).

En los 37 países de la OCDE analizados se observa una media de 5,4 muertes por cada 100.000 hab., en el extremo superior con las tasas más altas se encuentra a Letonia (13,4), Lituania (13,2), Polonia (11), República Eslovaca (10,1) y Colombia (9,6), ninguno de ellos presentaba altas prevalencias de la enfermedad a excepción de Colombia. Dentro de las tasas más bajas de mortalidad, se observan a Turquía (2,9), Israel (2,8), Australia (2,6), Finlandia (2,4) y Suiza (2,3).

Colombia con 2,6 puntos por encima del valor de 2019 (9,9 muertes x 100.000 hab.), presenta departamentos con tasas de mortalidad desde 28,9 x 100.000 hab., como la presentada por Amazonas, seguida por Guainía (16,44), Arauca (16,37), Risaralda (14,73) y Meta (14,03). Dentro de los valores más bajos en Colombia se observan los presentados por Chocó (3,26), Caquetá (6,89), Sucre (7,19), Antioquia (7,54) y Cundinamarca (7,62).

Tasa de mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino x 100.000 mujeres			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
9,6	13,4	2,3	 34
Colombia	Letonia	Suiza	

Tabla 39. Valores de estandarización mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino

Tasa de Mortalidad por Cáncer de próstata x 100.000

El cáncer de próstata figura como el más prevalente en la comunidad masculina, con cerca de 1,41 millones de casos nuevos en 2020 (34) y 375.304 casos fatales que derivan en una tasa cruda mundial de 9,5 x 100.000 habitantes, siendo Europa la que registra la tasa más alta, seguida de Oceanía y Norte América (35).

Es importante insistir en las medidas de atención primaria, que permitan dar un abordaje oportuno a la detección y tratamiento del cáncer de próstata, dado que aún existen mitos que no permiten el acercamiento de la población masculina a los servicios de salud. Es tiempo de que los gobiernos se unan a las acciones promovidas por los entes rectores como el plan de acción global para la prevención y control de enfermedades no transmisibles (36) y que participen de forma activa innovando en la elaboración de nuevos planes.

En el grupo de los países de la OCDE, se observa una media de 30,8 muertes por cada 100.000 habitantes y la tasa más alta por esta enfermedad en Estonia (52,7 x 100.000), seguida de Dinamarca (8,3), Suecia (47,6), Letonia (46,6) y Lituania (44,8), mientras las más bajas las registran Corea (8,6), México (11,8), Israel (12,3), Turquía (13,1) y Colombia (15,4).

En Colombia son los departamentos San Andrés y Providencia (32,53), Valle del Cauca (19,64), Atlántico (19,31), Risaralda (17,67) y Quindío (17,21), los que reportan las tasas más altas de mortalidad por cáncer de próstata, mientras Vichada, Vaupés, Guaviare y Guainía reportan el indicador en cero (0) además de Putumayo que se encuentra en 3,88 x 100.000 hab.

Tasa de mortalidad por Cáncer de próstata x 100.000			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
15,4	52,7	8,6	 85
Colombia	Estonia	Corea	

Tabla 40. Valores de estandarización mortalidad por Cáncer de próstata

Tasa de Mortalidad por Cáncer de Seno

Las estadísticas de la OMS reportan para diciembre de 2020 la muerte de 9.958.133 personas en todo el mundo a causa del cáncer por todas sus causas, una tasa de incidencia de 201 casos por cada 100.000 personas y una tasa de mortalidad de 100,7 x 100.000 habitantes debidos a todos los cánceres y en ambos sexos. Asia reporta el mayor porcentaje de casos nuevos para todos los cánceres (49,3%) y de mortalidad (58,3%), seguido por Europa. En tanto, la incidencia de Latinoamérica no es tan alta como en los otros continentes, pero su mortalidad es proporcionalmente similar a Norte América y África (37). En cuanto a la mortalidad específica por cáncer de seno, la cifra global es del 6.9% (684.996 casos) (38).

En el grupo de países de la OCDE, los países que contienen las mayores tasas de mortalidad por cáncer de seno son Alemania (48,6 x 100.000 hab.), Polonia (45,1), Grecia (44), Hungría (43,4) y Letonia (42,6), mientras que los que registran las tasas más bajas son Corea (11,8) México (12), Turquía (16,8), Colombia (17) y Chile (17,3).

En Colombia el tiempo promedio de espera para realizar el diagnóstico se encuentra en 70,25 días, lo que genera una mayor afectación, llegando así a desenlaces fatales, aunque en el grupo de la OCDE se encuentre muy por debajo de la media del grupo (31,9 x 100.000 hab.), no es aceptable una muerte que puede ser evitada con servicios oportunos.

La mortalidad en el país es más alta en los departamentos Quindío (19,09 x 100.000 hab.), Valle del Cauca (18,96), Caldas (18,26), San Andrés y Providencia (18,21) y Atlántico (18,05), mientras que los que registran las tasas de mortalidad más baja son Guainía (0,00), Vichada (1,87), Guaviare (2,45), Vaupés (4,69) y Chocó (5,07). Bogotá registra una tasa de 14,94 muertes por 100.000 hab., preocupando la cifra teniendo en cuenta que es la ciudad capital con gran cantidad de instituciones especializadas en el tema y toda la tecnología a su disposición.

Tasa de mortalidad por Cáncer de Seno x 100.000 mujeres			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
17	48,6	11,8	 86
Colombia	Alemania	Corea	

Tabla 41. Valores de estandarización mortalidad por Cáncer de seno

Tasa de Mortalidad por Cáncer Gástrico x 100.000 habitantes

“El cáncer de estómago es una enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en el revestimiento del estómago” (39) y es la primera causa de muerte por neoplasia en Colombia (40).

Las tasas más altas de cáncer gástrico se observan especialmente en países costeros de la región insular del Océano Pacífico, península Ibérica y región Báltica, dichos países son: Japón (36,4 x 100.000 hab.), Portugal (22,9), Lituania (22,8), Letonia (22,3) y Estonia (21,8). Dentro de las tasas más bajas reportadas, se encuentra a los siguientes países: Estados Unidos (3,4), Australia (4,3), Islandia (4,4), México (5,2) y Canadá (5,2).

En cuanto a los datos nacionales, se observa con las tasas más altas a los departamentos Quindío (18,19 x 100.000 hab.), Caldas (16,99), Nariño (15,48), Cauca (15,35) y Risaralda (15,30). En el otro extremo se encuentran a las entidades territoriales Amazonas (2,53), La Guajira (2,28), Vaupés (2,24), Chocó (1,65) y Guainía (0,00).

Tasa de mortalidad por Cáncer gástrico x 100.000 habitantes			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
12,7	36,4	3,4	● 72
Colombia	Alemania	Corea	

Tabla 42. Valores de estandarización mortalidad por Cáncer gástrico

Tasa de Mortalidad por Dengue

Infección transmitida por un mosquito (*Aedes Aegypti*) que actúa como vector transmisor, presentándose especialmente en climas tropicales y subtropicales. Según los organismos rectores del mundo, la enfermedad ha aumentado en todo el mundo, poniendo en riesgo a cerca de la mitad de la población del planeta. El dengue grave afecta especialmente a América Latina y Asia, pero desafortunadamente la información oficial es muy limitada.

Dentro del grupo de países de la OCDE, se notifican todos los países con un indicador en cero, a excepción de México y Colombia que reportan tasas de 0,02 y 0,26 respectivamente, países que se toman como endémicos en el grupo. Es de resaltar que los organismos de control solicitan a los gobiernos realizar las respectivas notificaciones para llevar un control adecuado y no dar paso a situaciones de alerta.

En 2020 Colombia inició el año con alertas epidemiológicas de dengue debido al aumento súbito del evento, posteriormente y a algunos lo aducen a la pandemia las cifras descendieron de manera importante quedando incluso en muchas semanas por debajo de los valores esperados. Al finalizar el año, se habían 107 fallecimientos, contemplando la mayor tasa en el departamento del Huila (1,03), seguido de Bolívar (0,62) y Tolima (0,54).

Tasa de mortalidad por Dengue			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
0,26	0,26	0	● 0
Colombia	Colombia	Todos a excepción de México	

Tabla 43. Valores de estandarización mortalidad por Dengue

Tasa de Mortalidad por Enfermedad Isquémica del Corazón (EIC)

Enfermedad que corresponde a aquella “condición que involucra el bloqueo de los vasos sanguíneos, ocasionado por el daño al corazón o a los vasos sanguíneos, en la gran mayoría de veces por ateromas” (41). Esta enfermedad conduce rápidamente a desenlaces fatales, de tal forma que se ha convertido en la primera causa de mortalidad en el mundo, especialmente en países de ingresos medios y bajos (42). En la actualidad son cada vez más las personas que se encuentran en

riesgo de padecer un evento vascular dados los malos hábitos que se promueven en todos los ámbitos, prácticas como el sedentarismo, el estrés, la malnutrición, el consumo de sustancias psicoactivas entre muchas otras están contribuyendo a un desarrollo irregular del sistema vascular de la mayoría de la población. Se calcula que una enfermedad cardiovascular reduce la expectativa de vida en 7 años (43).

En el grupo de países de la OCDE su puede observar que las tasas de mortalidad por enfermedad isquémica en general son altas, con un promedio de 142,6 muertes x 100.000 habitantes, siendo Lituania, Hungría, Letonia, Polonia y República checa los que presentan las tasas más altas de mortalidad con 508,6, 377,08, 346,55, 310,56 y 218,30 muertes por enfermedad isquémica x 100.000 hab. Respectivamente.

En el otro extremo de la tabla se observan los países con menores tasas, dentro de los que se encuentran: España (62,61), Chile (55,89), Países Bajos (46,08), Israel (40,16) y Corea (27,12). Colombia por su parte se encuentra por debajo de la media con 84,6 casos mortales por cada 100.000 habitantes.

Al interior del país, las entidades territoriales que reportan las mayores tasas de mortalidad por EIC son Tolima (170,0), Quindío (137,74), Risaralda (129,86), Valle del Cauca (129,01) y Caldas (116,35) y las que notifican las tasas más bajas son Vaupés (17,89), Vichada (22,13), Amazonas (30,37), Guaviare (35,77) y Chocó (38,18).

Tasa de mortalidad por Enfermedad Isquémica del Corazón x 100.000 habitantes			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
84,6	508,6	27,1	88
Colombia	Lituania	Corea	

Tabla 44. Valores de estandarización mortalidad por EIC

Tasa de Mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares

De acuerdo con la OPS, las Enfermedades cerebrovasculares (ECV) en 2019 presentaron en Latino américa y el Caribe cerca de 73,6 muertes por cada 100.000 habitantes, “generando 40.8 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), 36.4 millones de años de vida perdidos por muerte prematura (89% del total de AVAD por ECV) y 4.5 millones de años vividos con discapacidad (AVD)” (44).

En el grupo de países de la OCDE, las tasas de mortalidad presentan un promedio de 67,9, las más altas atribuidas a ECV las presentan Letonia (269,41 x 100.000 hab.), Lituania (186,98), Grecia (121,00), Hungría (117,57) y Portugal (109,25). Por otro lado, los países que registran las menores tasas en el grupo son Islandia (32,47), Colombia (31,55), Luxemburgo (30,48), México (28,08) e Israel (23,64).

En el país, son Valle del Cauca (42,67 x 100.000 hab.), Risaralda (39,96), Atlántico (39,93), Caldas (39,37) y Boyacá (37,82) los que presentan las tasas más altas por mortalidad derivada de una ECV. En tanto los departamentos que se mueven en el otro extremo con las cifras más bajas son La Guajira (16,15), Amazonas (12,66), Guainía (11,85), Vaupés (8,95) y Vichada (7,97).

Tasa de mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares x 100.000 habitantes			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
31,5	269,4	23,6	 97
Colombia	Letonia	Israel	

Tabla 45. Valores de estandarización mortalidad por ECV

Tasa de mortalidad por IRA

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) se definen como aquellas infecciones del aparato respiratorio, causadas por virus o por bacterias, y que se manifiestan con síntomas como tos, congestión y obstrucción nasal, dolor de garganta, disfonía o dificultad respiratoria, y algunas veces acompañadas de fiebre (45).

Según la OMS cada año, mueren por esta enfermedad alrededor de 4 millones de personas en el mundo y el 98% de esas defunciones son causadas por infecciones de las vías respiratorias bajas. Las tasas de mortalidad más elevadas se registran en los menores de 1 año, de 1 a 5 años y los adultos mayores, especialmente en los países de ingresos bajos o medios.

En el grupo de la OCDE, se observa que dentro de los países con mayores tasas de mortalidad por IRA se encuentra a México (26,69 x 100.000 < 5 años), Colombia (23,71), República Eslovaca (11,61), Turquía (9,76) y Nueva Zelanda (6,86), mientras que los que se encuentran en el otro extremo con las tasas más bajas son Italia (0,90), Israel (0,69), Finlandia (0,65), Eslovenia (0,55) e Islandia con el indicador en 0,00.

En Colombia son Bolívar (36,68), Amazonas (27,84), Caldas (27,49), Norte de Santander (26,29), y Magdalena (26,14) los que presentan las tasas más altas de mortalidad por IRA en menores de 5 años. Por otro lado, son Vaupés (2,24), Atlántico (3,20), Vichada (9,74), Bogotá (11,08) y Chocó (11,20) los departamentos con las menores tasas de mortalidad.

Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda x 100.000 menores de 5 años			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
23,7	26,7	0	11
Colombia	México	Islandia	



Tabla 46. Valores de estandarización mortalidad por ECV

Tasa de suicidio por 100.000 habitantes

Según la OMS, cada año mueren más personas a causa del suicidio que por el VIH, malaria, cáncer de mama y los homicidios. Es así como el suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo y día a día un problema de salud pública que crece a pasos agigantados. De acuerdo con el último informe publicado por la OMS “Suicide worldwide in 2019” se suicidaron 703.000 personas, es decir 1 de cada 100 muertes, lo que ha llevado a las entidades gubernamentales a elaborar nuevas estrategias para mejorar la prevención del suicidio y los cuidados que esto conlleva (46).

A nivel mundial las tasas más altas que se registraron fueron en: África (11,2), Europa (10,5) y Asia Sudoriental (10,2), las cuales fueron superiores a la media mundial (9,0 por 100.000 habitantes) en 2019. La tasa de suicidio más baja fue la Región del Mediterráneo Oriental (6,4). (1)

Para el presente análisis, el grupo de la OCDE cuenta con un promedio de 11,08 muertes a causa del suicidio por cada 100.000 habitantes, siendo Corea (25,50 x 100.000 hab.), Lituania (21,70), Eslovenia (17,50), Estonia (15,80) y Letonia (15,70). Por otro lado, entre los países que presentan las menores tasas se encuentra Israel (4,70), Turquía (2,40), Portugal (1,87), Italia (1,85) y Grecia (1,22).

En Colombia, las mayores tasas de suicidio se encuentran concentradas en Vaupés (24,60), Amazonas (24,04), Arauca (8,84), Tolima (8,28) y Quindío (8,28) y las tasas más bajas se encuentran en Atlántico (3,16), Córdoba (3,12), La Guajira (2,07), Guainía (1,97) y Vichada (1,77), situación que tomó mayor relevancia al presentarse la pandemia por COVID-19.

Tasa de suicidio x 100.000 habitantes			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
11,7	25,5	1,22	● 57
Colombia	Corea	Grecia	

Tabla 47. Valores de estandarización mortalidad por Suicidios

3.3. Dimensión Protección Financiera

Gasto de bolsillo como % del GTS

Indicador muestra el porcentaje del gasto directo que debe realizar el usuario en bienes y servicios del sector salud. Con este indicador se evalúa de forma indirecta la suficiencia del sistema o más específicamente de los regímenes para cobijar las necesidades de todos los afiliados, ya que este valor es directamente proporcional al gasto de los afiliados, influyendo de forma importante en la capacidad de pago de los hogares (47).

El último dato para este indicador en Colombia corresponde al año 2019 y según el Banco Mundial se encuentra en 14,9%, siendo menor a las cifras reportadas en los 4 años anteriores. El promedio del indicador en el grupo de países de la OCDE es de 19,7% del gasto total en salud, sugiriendo que Colombia se encuentra por debajo del promedio, ocupando en el puesto 14, mostrando un buen desempeño en el indicador, explicado por la mayor carga de gasto del sector que es asumida por el sector público, permitiendo a los hogares tener una carga baja de gasto.

Dentro de los países que reportan las más altas cifras de gasto de bolsillo, se encuentra a México (42,1%), Letonia (35,7%), Grecia (35,2%), Chile (32,8%) y Lituania (32,3%), mientras los que tienen los gastos de bolsillo más moderados son Francia (9,3%), Luxemburgo (9,6%), Países bajos (10,6%), Estados Unidos (11,3%) y Eslovenia (11,7%).

Gasto de bolsillo como % del Gasto Total en Salud			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
14,9	42,1	9,3	83
Colombia	México	Francia	

Tabla 48. Valores de estandarización mortalidad por Gasto de bolsillo

Porcentaje de afiliación Régimen Contributivo

El gasto en salud de Colombia se encuentra dividido en dos condiciones de acuerdo con la fuente de financiamiento: público o privado. Los gastos que se financian por recursos públicos cobijan al “régimen contributivo, el régimen subsidiado, la prestación de servicios a la población pobre no asegurada (PPNA), la salud pública y lo correspondiente a otros servicios y programas institucionales”, mientras el financiamiento con recursos privados comprende los seguros privados (47).

El régimen contributivo de acuerdo con el Ministerio de Salud “es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador” (48).

El indicador para evaluar una parte del sistema de protección social propia del sistema de salud colombiano no tiene comparativos internacionales por lo tanto la estandarización de la cifra nacional se hace por medio del análisis interdepartamental.

Dentro de los departamentos con mayores coberturas, que superan incluso el 100% (esto explicado posiblemente por la población migrante) se encuentran a Risaralda, Bogotá, Huila, Sucre y Bolívar. En el lado inverso se observa a los departamentos que tienen las menores coberturas de afiliación

al régimen contributivo, encontrando a Cauca (87%), Chocó (80%), Cundinamarca (76%), Vaupés (72%) y Vichada (64%). Cabe resaltar que el 70% de las entidades territoriales se encuentran con un indicador por encima del 90% de población afiliada.

Porcentaje de afiliación Régimen Contributivo (incluye régimen de excepción)			
Valor bruto	Peor	Mejor	Estandarizado
97%	68%	100%	 91
Colombia	Vichada	Antioquia, Bogotá, Bolívar, Huila, La Guajira, Quindío, Risaralda, Sucre, Valle del Cauca	

Tabla 49. Valores de estandarización afiliación Régimen Contributivo

RESULTADOS

Una vez ponderados los puntajes estandarizados, se obtienen los resultados de las dimensiones, los ejes y el resultado general.

El eje de condiciones iniciales obtuvo un resultado de 22 puntos, resultado del cálculo del promedio entre sus dimensiones:

- Condiciones de vida (38 puntos) mejoró su desempeño evidenciado por el aumento de 4 puntos en comparación con el índice nacional de salud 2020, siendo las coberturas de servicio básico de agua potable en área rural y urbana las de menor puntaje y la tasa de accidentalidad de transporte la de mejor desempeño.
- Talento humano (12 puntos) el cual bajó su calificación en 15 puntos con respecto al índice anterior, siendo la densidad estimada de profesionales en medicina y enfermería por 10.000 habitantes el indicador con menor puntaje.
- Situación de salud (10 puntos) quien también descendió de forma significativa en comparación con el anterior índice, en 35 puntos.
- Microeconómica (28 puntos). Esta dimensión se mantiene con el mismo puntaje que el índice anterior.

El eje de desempeño institucional presenta un puntaje de 61 puntos, 8 puntos menos que el calculado en el índice nacional en salud 2020. Las dimensiones de este eje se comportaron de la siguiente manera:

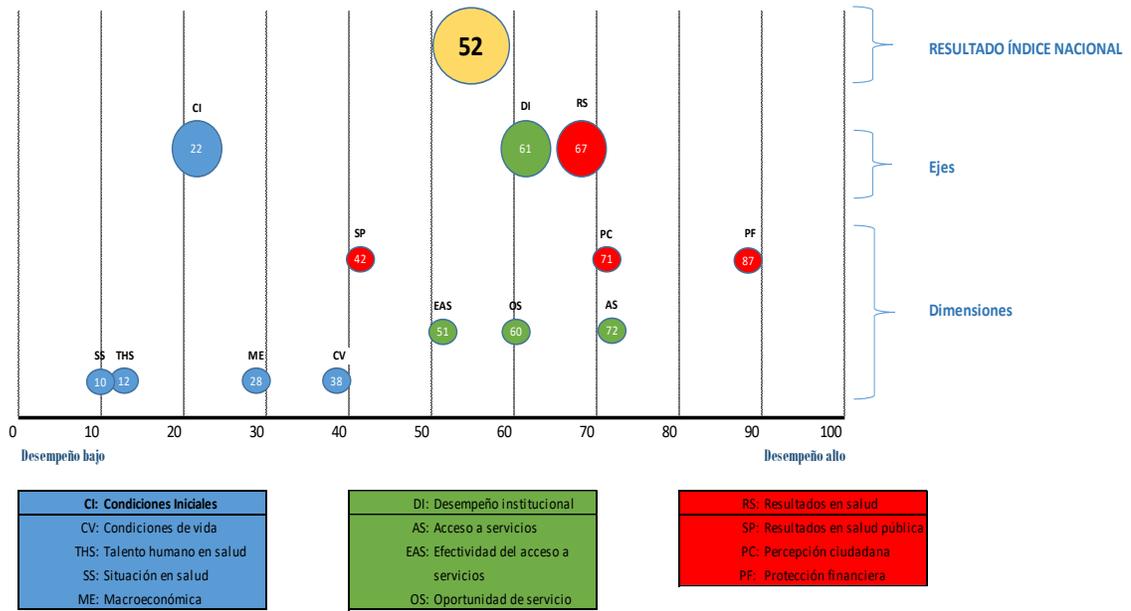
- Acceso a servicios, presenta una calificación de 72 puntos, obteniendo el mejor puntaje en el indicador de embarazadas que reciben atención médica prenatal al menos una vez durante el embarazo, aunque con un puntaje con 8 puntos por debajo del valor reportado en el índice anterior.
- Efectividad del acceso a servicios, genera un puntaje de 51 disminuyendo de forma importante en 29 puntos con respecto al índice del 2022. El indicador que mostró mejor desempeño en la dimensión es el de vacunación contra neumococo y el menor desempeño el de vacunación con triple viral en menores de 1 año.
- Oportunidad del servicio, con un puntaje de 60, 6 puntos por debajo del índice anterior, siendo el tiempo promedio de espera en la atención de urgencias, el indicador con mejor desempeño.

El eje de resultados en salud reporta un puntaje de 67, evidenciando un mejor desempeño con respecto al Índice Nacional de Salud 2020 que notificó un puntaje de 59. El desempeño de sus dimensiones fue el siguiente:

- Dimensión percepción ciudadana, con un puntaje de 71 evidencia una mejor percepción con respecto al índice anterior el cual reportaba un resultado de 66 puntos. El mejor desempeño lo generó el indicador de experiencia global respecto a los servicios de salud a través de la EPS.
- Resultados en salud pública, con un reporte de 42 puntos, que muestra un desempeño deficiente con respecto a las otras 2 dimensiones. El indicador con mejor competencia en la dimensión es la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares y los que presentaron menor rendimiento fue la mortalidad por accidentes de tránsito, mortalidad por dengue y tasa de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años.
- Dimensión protección financiera con un resultado de 87 puntos es la dimensión con mejor desempeño en el índice, siendo el porcentaje de afiliación al régimen contributivo el indicador con mejor cumplimiento.

Finalmente, el cálculo de los 3 ejes arroja un resultado general de 52 puntos para el Índice Nacional de Salud 2022.

Resultados Índice AVS 2022



Dimensión	Indicador	Punt. Ind.	Punt. Dim.
Condiciones de vida	Porcentaje de personas que acceden por lo menos a servicio básico de agua potable en zona rural	0	38
	Porcentaje de personas que acceden por lo menos a servicio básico de agua potable en urbana	0	
	Porcentaje de personas que acceden por lo menos a servicios básicos de saneamiento en zona rural (alcantarillado)	45	
	Porcentaje de personas que acceden por lo menos a servicios básicos de saneamiento en urbana (alcantarillado)	48	
	Tasa de accidentalidad de transporte	95	
Talento Humano	Densidad estimada de profesionales en medicina y enfermería por 10.000 habitantes	0	12
	Densidad estimada de técnicos y tecnólogos en salud por 10.000 habitantes	27	
	Densidad estimada de auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes	15	
	Densidad estimada de talento humano profesional en Medicina, Enfermería, Fisioterapia y Odontología por 10.000 habitantes	7	
Situación de salud	Prevalencia de Desnutrición Crónica en Menores de 5 años	6	10
	Incidencia de Sífilis Congénita x 1000 nacidos vivos	0	
	Incidencia de Cáncer de Cuello Uterino	25	
Macroeconómica	Gasto per cápita en salud (US\$)	1	28
	Gasto actual en salud (% del PIB)	27	
	Gasto nacional en salud del gobierno general (GGHE-D) como porcentaje del gasto del gobierno general (GGE) (%)	55	
Acceso a servicios	Porcentaje de embarazadas que reciben atención médica prenatal al menos una vez durante el embarazo	86	72
	Cobertura estimada de TAR entre personas que viven con VIH (%)	57	
	Porcentaje de partos atendidos por personal calificado	74	
Efectividad del acceso a servicios	Porcentaje de cobertura de vacunación con Triple Viral en niños de un año	38	51
	Oportunidad en la detección de Cáncer de cuello uterino EAPB	46	
	% de pacientes hipertensos controlados	43	
	Tasa de vacunación contra neumococo	73	
Oportunidad de servicio	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General por IPS	43	60
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cinco (5) especialidades médicas por IPS	61	
	Tiempo promedio de espera en la atención de urgencias (Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias)	75	
Resultados en salud pública	Prevalencia de Sífilis neonatal	78	42
	Prevalencia de Bajo Peso al Nacer	50	
	Tasa de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años x 1.000	0	
	Tasa de Mortalidad Infantil x 1.000 nacidos vivos	4	
	Tasa de Mortalidad Menores de 5 años x 1.000 nacidos vivos	4	
	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito x 100.000 habitantes	0	
	Tasa de mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino x 100.000 mujeres	34	
	Tasa de mortalidad por Cáncer de próstata x 100.000	85	
	Tasa de mortalidad por Cáncer de Seno x 100.000 mujeres	86	
	Tasa de mortalidad por Cáncer gástrico x 100.000 habitantes	72	
	Tasa de mortalidad por Dengue	0	
	Tasa de mortalidad por Enfermedad Isquémica del Corazón x 100.000 habitantes	88	
	Tasa de mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares x 100.000 habitantes	97	
	Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda x 100.000 menores de 5 años	11	
	Tasa de suicidio x 100.000 habitantes	57	
Razón de Mortalidad Materna x 100.000 nacidos vivos	6		
Percepción Ciudadana	Proporción de pacientes que percibieron como apropiados los tiempos de espera (Corto y Muy Corto) para ser atendidos en la entidad para medicina especializada	72	71
	Proporción de pacientes que percibieron como apropiados los tiempos de espera (Corto y Muy Corto) para ser atendidos en la entidad para medicina general	75	
	Proporción de usuarios que calificaron como Buena y Muy Buena su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS	76	
	Proporción de usuarios que consideraron como difícil y muy difícil acceder a los servicios de salud a través de su EPS	59	
	Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes según departamento	72	
Protección Financiera	Gasto de bolsillo como % del Gasto Total en Salud	83	87
	Porcentaje de afiliación Régimen Contributivo (incluye régimen de excepción)	91	

Tabla 50. Resultados estandarizados de indicadores y dimensiones

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La intersectorialidad continúa siendo el talón de Aquiles del sistema de salud colombiano, observando una clara desventaja frente a los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos donde se observan desempeños más altos. De igual forma, se advierte que, en comparación con los resultados analizados en el anterior índice, el eje de condiciones iniciales presentó un puntaje igualmente deficiente pero más bajo.

Dentro de los indicadores en los que se observa menor desempeño se relacionan los de servicios básicos de agua potable, talento humano, desnutrición crónica en menores de 5 años, sífilis congénita y el gasto per cápita en salud. La articulación sectorial debe movilizarse de una forma más contundente y ajena a las voluntades políticas, impulsada por el fin último de cooperar con el mejoramiento de una sociedad que reclama menos inequidades y un mayor bienestar, con todo lo que esta última palabra encierra.

Llama la atención que, en accidentalidad vial Colombia no se registran índices tan altos como otros países del grupo de la OCDE, pero presenta el peor puntaje en las tasas de mortalidad por esta causa, lo que abre algunos interrogantes alrededor del tema, ¿son más letales los accidentes que se registran en el país?, ¿es oportuna y eficaz la atención que se brinda en estos casos?, ¿el medio de transporte influye en esta cifra desfavorable? Es importantes que se regule y vigile con una mayor exigencia en las vías colombianas, a parte de un trabajo de sensibilización y educación vial en todo el territorio nacional, hace falta una gran parte importante de cultura ciudadana, al igual que vías en buen estado y políticas públicas efectivas que empiecen a disminuir las cifras de mortalidad.

Por otro lado, el comportamiento del país en los indicadores del área materno infantil es bajo si se observa en paralelo con el grupo de países señalados anteriormente, especialmente en el desempeño materno infantil, teniendo en cuenta que la tasa de fecundidad de 15 a 19 años es la más alta dentro de los países analizados y la mortalidad tanto materno perinatal como en la niñez presentan puntajes muy bajos, haciendo necesaria una pronta intervención en estos grupos poblacionales, dando prioridad a los que se encuentran en áreas más apartadas que es donde se observan mayores inequidades y resultados más desfavorables se presentan. La intervención podría iniciar a partir de los controles primarios de educación, derechos y deberes en salud sexual y reproductiva, seguimiento al riesgo materno infantil, además de un estrecho manejo de los determinantes sociales que involucran otros sectores de especial importancia para la salud de la población.

En el ejercicio realizado y teniendo como referentes a los países de la OCDE, los resultados observados para Colombia en desenlaces oncológicos son menos desfavorables especialmente en comparación con países Bálticos como Letonia, Lituania, Polonia y Dinamarca, entre otros países europeos que registran las tasas más altas de desenlaces fatales en los tipos de cáncer analizados dentro del índice, situación que no debe desincentivar las medidas que se realizan en el país, dado que estamos lejos de alcanzar las metas trazadas a nivel nacional.

Es importante resaltar que a pesar del episodio histórico por el que se pasó durante los años 2020 y 2021 a nivel mundial, el puntaje del índice no disminuyó como se esperaba especialmente en los resultados en salud que se temía fueran proporcionales a los efectos de la pandemia, sin embargo,

es necesario leer los datos de forma cuidadosa, bajo el contexto y de forma individual para no sesgar la interpretación.

Bibliografía

1. **OECD.** La OCDE global da la bienvenida a Colombia como su miembro número 37. [En línea] 28 de 04 de 2020. [Citado el: 20 de 12 de 2022.] <https://www.oecd.org/newsroom/global-oecd-welcomes-colombia-as-its-37th-member.htm>.
2. —. *Estándares de Calidad para la Evaluación del Desarrollo*. 2010. pág. 24p. ISBN 9789264094949.
3. **Banco Mundial.** Entendiendo la pobreza: Agua. [En línea] 03 de 10 de 2022. [Citado el: 15 de 10 de 2022.] <https://www.bancomundial.org/es/topic/water/overview>.
4. *Los programas de abastecimiento rural de agua de América Latina*. **David, Donaldson.** Suiza : s.n., Abril de 1974, Bulletin of the Pan American Health Organization, Vol. 8, págs. 37-53.
5. **Banco Mundial.** Colombia: rica en agua, pero con sed de inversiones. [En línea] 02 de 09 de 2020. [Citado el: 12 de 10 de 2022.] <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2020/09/02/colombia-water-security>.
6. **Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).** Servicios de saneamiento. *Progresos en materia de agua para consumo, saneamiento e higiene en los hogares 2000-2020: cinco años después de*. Ginebra : s.n., 2022, págs. 45-67.
7. **Así Vamos en Salud.** Índice de Salud Rural. 1. Bogotá : s.n., 2022.
8. **OMS, ONU.** *Political Declaration of the High-Level Meeting on Improving Global Road Safety “The 2030 horizon for road safety: securing a decade of action and delivery”*. 2022.
9. **OMS.** La nueva declaración política para reducir a la mitad las defunciones y los traumatismos causados por las colisiones de tránsito para 2030 es un logro histórico. [En línea] 30 de 06 de 2022. [Citado el: 15 de 10 de 2022.] <https://www.who.int/es/news/item/30-06-2022-new-political-declaration-to-halve-road-traffic-deaths-and-injuries-by-2030-is-a-milestone-achievement#:~:text=La%20OMS%20es%20el%20principal,sistema%20de%20las%20Naciones%20Unidas..>
10. **Forensis.** *Lesiones por eventos de transporte. Colombia, 2021*. Bogotá : s.n., 2021.
11. **OMS.** Cáncer cervicouterino. *Datos y cifras*. [En línea] 20 de 01 de 2022. [Citado el: 18 de 07 de 2022.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>.
12. **CAC.** Cáncer. *MAGNITUD, TENDENCIA Y ACCESO A LOS SERVICIOS 2020*. 2020.

13. **OMS.** *Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública.* Ginebra : s.n., 2022. ISBN 978-92-4-003912-4.
14. **ACCIONES PARA LA ERRADICACIÓN GLOBAL DE LA SÍFILIS CONGÉNITA. George Schmid, Ulrich Laukamm-Josten, Sarah Hawkes y Nathalie Broutet.** N°60, Copenhague : s.n., 2005, Entre nous . ISSN: 1014-8485..
15. **Instituto Nacional de Salud.** *Protocolo de Vigilancia en salud pública: sífilis gestacional y sífilis congénita.* Bogotá : s.n., 2022.
16. **SISPRO.** *Indicadores Monitoreo de la Calidad de la Atención - DTS - Efectividad.* 2022.
17. **Unicef.** *Child Food Poverty: A Nutrition Crisis in Early Childhood.* New York : s.n., 2022.
18. **La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe.** Santiago : s.n., 2018. ISBN: 978-92-1-058643-6.
19. **OMS.** Infección por el VIH. *datos y cifras.* [En línea] 27 de 07 de 2022. [Citado el: 01 de 12 de 2022.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
20. **OPS.** Terapia Antirretroviral. [En línea] 2022. <https://www.paho.org/es/temas/terapia-antirretroviral>.
21. **Ministerio de Salud y Protección Social.** RESOLUCIÓN NÚMERO 3280 DE 2018. 2018.
22. **Unicef.** Informe UNICEF Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental. New York : s.n., 2022. ISBN: 978-92-806-5293-2.
23. **OPS.** *HEARTS Mejorar el control de la hipertensión en 3 millones de personas.* 2020. pág. 47p. SBN: 978-92-75.
24. —. Neumococo. [En línea] 2021. <https://www.paho.org/es/temas/neumococo#:~:text=Desde%20el%20a%C3%B1o%202000%20la,neumoc%C3%B3cicas%20en%20sus%20programas%20regulares..>
25. **Ministerio de salud y protección social.** PAI incorporó actualización de vacuna contra el neumococo. [En línea] 07 de 07 de 2022. [Citado el: 18 de 10 de 2022.] <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/PAI-incorporo-actualizacion-de-vacuna-contra-el-neumococo.aspx#:~:text=%E2%80%8BSolo%20los%20nacidos%20desde,deben%20terminarlo%20con%20el%20anterior.&text=%E2%80%8BVideo%20de%20lv%C3%A1n%20C%C3%A1rdenas%2C%20subdirecto.>
26. **Defensoria del pueblo.** *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2020.* Bogotá : s.n., 2021. ISSN: 2462-8514.
27. **OMS.** Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre bajo peso al nacer. [En línea] 30 de 12 de 2014. [Citado el: 15 de 10 de 2022.] [https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.5#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20\(OMS\)%20define%20%C2%ABbajo,a%20corto%20y%20largo%20plazo..](https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.5#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20(OMS)%20define%20%C2%ABbajo,a%20corto%20y%20largo%20plazo..)

28. —. *Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM*. Ginebra : s.n., 2012. pág. P9. ISBN 978 92 4 154845 8.
29. —. *Protect the promise: 2022 progress report on the Every Woman Every Child Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030)*. Ginebra : s.n., 2022. pág. 73p. ISBN (WHO) 978-92-4-006010-4.
30. OPS. Portal de indicadores básicos. [En línea] 13 de 08 de 2021. [Citado el: 28 de 11 de 2022.] <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/fecundidad-en-adolescentes>.
31. OMS. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños. *Datos y cifras*. [En línea] 09 de 09 de 2020. [Citado el: 15 de 11 de 2022.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>.
32. —. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños. . [En línea] 2020. [Citado el: 20 de 05 de 2022.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>.
33. —. Traumatismos causados por el tránsito. *Datos y cifras*. [En línea] 20 de 06 de 2022. [Citado el: 15 de 11 de 2022.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>.
34. —. Cáncer. *Datos y cifras*. [En línea] 02 de 02 de 2022. [Citado el: 12 de 11 de 2022.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
35. —. Cancer Today. *Estimated number of deaths in 2020, prostate, males, all ages*. [En línea] 2020. [Citado el: 01 de 12 de 2022.] https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=1&cancer=27&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&group_cancer.
36. —. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Ginebra : s.n., 2013. pág. 55p. ISBN 978 92 4 150623 6.
37. WHO. Global Cancer Observatory. *Cancer Today*. [En línea] WHO, diciembre de 2020. [Citado el: 15 de 01 de 2022.] <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>.
38. OMS. Cancer Today. [En línea] 2020. [Citado el: 03 de 04 de 2022.] <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>.
39. Instituto Nacional del Cáncer. Tratamiento del cáncer de estómago . [En línea] [Citado el: 01 de 12 de 2022.] <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/estomago/paciente/tratamiento-estomago-pdq>.
40. *Carga de enfermedad de cáncer gástrico durante los años 2010 y 2019 en Tunja, Boyacá, Colombia*. Barreto Noratto, Clara et al. Bogotá : s.n., 2022.
41. OPS. *Enfermedades Cardiovasculares*. Washington : s.n., 2020.
42. *Enfermedades cardiovasculares*. OPS. 2022.

43. *Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. 2005.* Velázquez Monroy, Óscar et al. N° 1, ene/marzo de 2007, Rev. Archivos de cardiología de México, Vol. Vol. 77. ISSN 1665-1731.
44. *La carga de las enfermedades cardiovasculares en la Región de las Américas, 2000-2019.* OPS. s.l. : Portal de Datos de NMH., 2021.
45. OPS. *Unidad de Atención de Enfermedad Respiratoria Aguda Comunitaria-Manual para Agentes Comunitarios Voluntarios de Salud.* 2012.
46. OMS. *Violencia contra la mujer. Datos y cifras.* [En línea] 08 de 03 de 2021. <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa>.
47. *Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia.* Banco de la República. N° 1051, 2015, Vol. Vol. 88, pág. Rev. del Banco de la República.
48. Ministerio de Salud y Protección Social. Protección Social. *Regímen Contributivo.* [En línea] 2022. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimencontributivo/Paginas/regimen-contributivo.aspx#:~:text=R%C3%A9gimen%20contributivo.%20%C2%BFQu%C3%A9%20es%20el%20E2%80%8Br%C3%A9gimen%20contributivo%3F%20El,familiar%2C%20o%20un%20aporte%20econ%C3%B3mic>.