

Barómetro de resiliencia sanitaria de BD 2026

¿Está preparado el sistema sanitario para afrontar los retos actuales y del futuro?

BD



Tabla de contenidos

Resumen ejecutivo 02

Prólogo 04

Seguridad del paciente: proteger los resultados, la capacidad y la resiliencia del sistema 06

Profesionales sanitarios: la gran debilidad estructural de los sistemas sanitarios 12

Sostenibilidad medioambiental: un multiplicador de resiliencia 18

Eficiencia: aprovechar la capacidad existente para impulsar la resiliencia 24

Reflexiones finales 30

Radiografías por país 32

Anexo 40

BD RESUMEN EJECUTIVO

53/100

En todos los países, mejora la puntuación en infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (**53/100** frente a **51/100** en 2024).

33/100

La sepsis posoperatoria se posiciona como el indicador de seguridad del paciente más bajo en todos los países **(33/100).** Entre las puntuaciones más altas destacan Polonia **(80/100)** e Italia **(60/100)**.

56/100

En 2026, la comparación entre puntuaciones de todos los indicadores relativos a los profesionales sanitarios han decrecido respecto a 2024. Entre estos indicadores, se encuentran la proporción en el número de enfermeras por médico (**56/100**, bajada de 5 puntos), el número de médicos por cada 10 000 habitantes (bajada de 6 puntos) y el personal de enfermería por cada 10 000 habitantes (bajada de 2 puntos).

52/100

Esta edición del Barómetro cuenta con una nueva sección: el rendimiento de todos los países en materia de sostenibilidad medioambiental. Esta categoría ha recibido la calificación de "mixta", con una media de puntuación de **52/100.** La falta de datos estandarizados de estos datos a nivel nacional limita la comprensión del avance en los indicadores clave en esta área.

42/100

Desde 2024, se ha registrado un aumento de 4 puntos en la media del indicador relativo a la duración de la estancia hospitalaria en atención aguda en todos los países **(42/100 en 2026)**.

71/100

En cambio, la puntuación de la esperanza de vida saludable al nacer ha caído 7 puntos en el mismo período **(71/100 en 2026)**.

Consulta la página 40 para conocer la metodología del sistema de puntuación y clasificación.

PUNTUACIONES MÁS ALTAS:

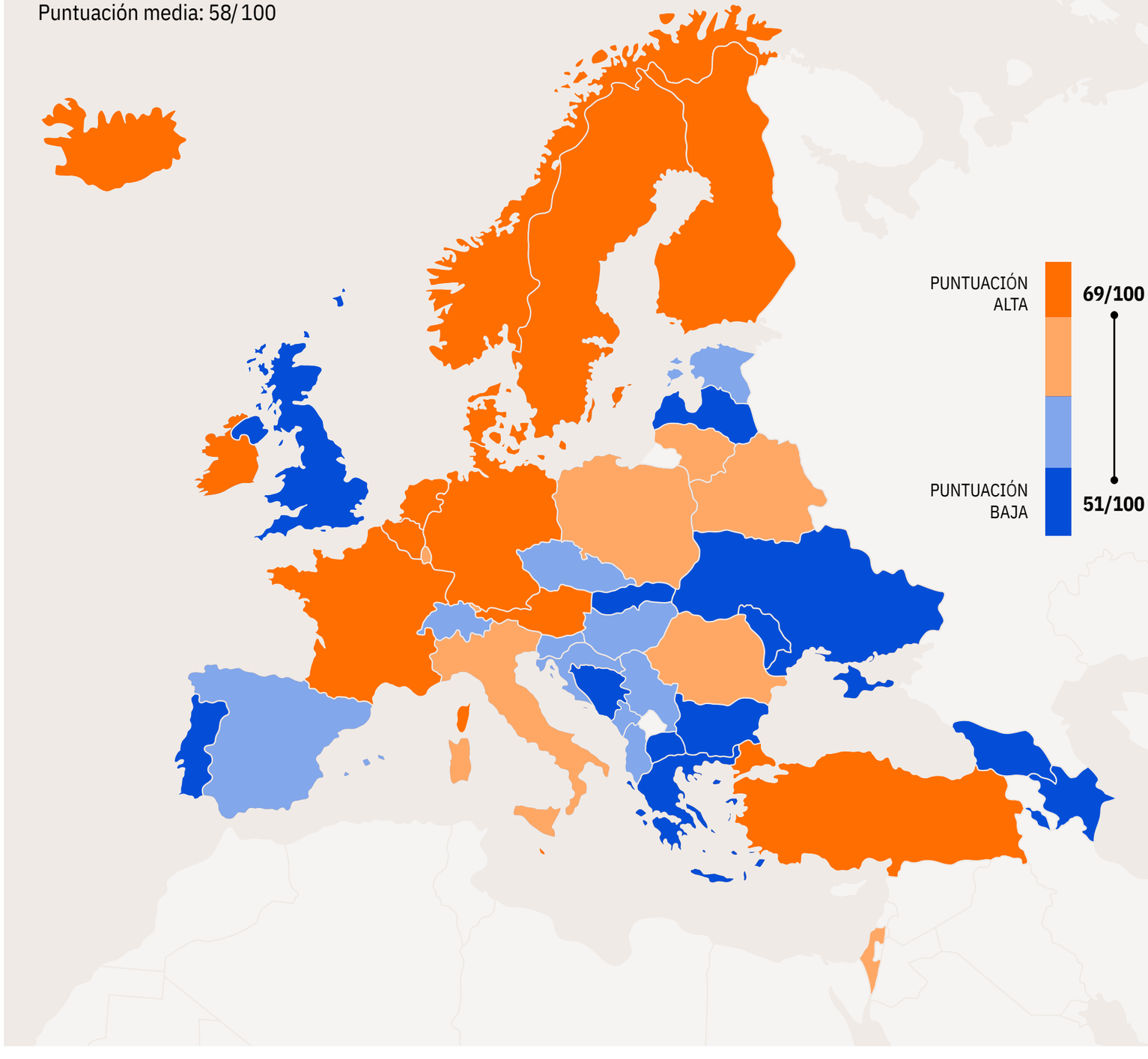
- Noruega: **69/100**
- Islandia: **67/100**
- Dinamarca: **64/100**
- Finlandia: **64/100**
- Turquía: **64/100**

PUNTUACIONES MÁS BAJAS:

- Letonia: **53/100**
- Bosnia y Herzegovina: **52/100**
- Macedonia del Norte: **52/100**
- Bulgaria: **51/100**
- Ucrania: **51/100**

PUNTUACIONES TOTALES

Puntuación media: 58/ 100



PRÓLOGO

Los sistemas sanitarios están sometidos a una gran presión, lo que compromete cada vez más la seguridad y fiabilidad de la atención sanitaria. En períodos de alta presión asistencial, la capacidad se ve tensionada y una pequeña alteración puede llegar a debilitar la resiliencia del sistema. En esos momentos, los riesgos financieros y operativos aumentan drásticamente.

Los líderes sanitarios se enfrentan actualmente a un imperativo crítico: fortalecer la resiliencia de todo el sistema para asegurar una atención sanitaria segura y de alta calidad, además de mejorar la capacidad del sistema de afrontar los picos de demanda, desde los repuntes asistenciales durante el invierno hasta los brotes epidémicos y los fenómenos climáticos extremos.



Los resultados de esta edición muestran que los sistemas están fortaleciendo su capacidad de adaptación en algunas áreas, aunque no lo están haciendo al ritmo necesario

BD creó el Barómetro de resiliencia sanitaria para comprender qué factores impulsan o amenazan la resiliencia y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios de todo el mundo, en un contexto marcado por las crecientes presiones. En esta edición del Barómetro de resiliencia sanitaria, hemos introducido un nuevo grupo de indicadores: la sostenibilidad medioambiental. En versiones anteriores del informe, los indicadores de sostenibilidad medioambiental se incluían dentro de la eficiencia de cada país; sin embargo, esta nueva categoría establece un enfoque claro en este ámbito como factor fundamental de la resiliencia de los sistemas sanitarios.

Nuestro objetivo es ofrecer una visión coherente y comparativa de la resiliencia de los sistemas sanitarios nacionales, poniendo el foco en la seguridad del paciente, los profesionales de la salud, la eficiencia y la sostenibilidad de la atención sanitaria, además de identificar las áreas de actuación que puedan generar mayor impacto.

Al trabajar estrechamente con los sistemas sanitarios, observamos tanto el compromiso de los equipos clínicos como las barreras operativas que los limitan. Este Barómetro refleja dichas realidades y ofrece apoyo a los líderes en gestión sanitaria que se enfrentan a ellas. El análisis se complementa con perspectivas de líderes de opinión, que aportan conocimiento directo sobre riesgos emergentes, oportunidades y buenas prácticas.

Los resultados de esta edición muestran que los sistemas están fortaleciendo su capacidad de adaptación en algunas áreas, aunque no lo están haciendo al ritmo necesario. Los indicadores de seguridad del paciente siguen reflejando vulnerabilidades, especialmente respecto al control de infecciones y la sepsis. La escasez de profesionales sanitarios aumenta, con menos médicos disponibles y muchos próximos a la jubilación.

Las mejoras en eficiencia siguen siendo aisladas e insuficientes para responder a la demanda creciente. Además, el desempeño de los distintos países en materia de sostenibilidad medioambiental presenta diferencias significativas.

Una cadena de suministro más sólida, menos complicaciones evitables y una reducción de los residuos contribuyen a una atención sanitaria más predecible y a un menor riesgo operativo.

El Barómetro también muestra que la resiliencia se construye mediante acciones prácticas y cotidianas. **Entre ellas, destacan tres líneas de actuación:**

1. Reducción de daños prevenibles:
Para proteger la calidad asistencial, liberar capacidad y reducir los reingresos hospitalarios.

2. Rediseño del trabajo:
Roles mejor definidos, tareas más claras y flujos de trabajo más eficientes pueden proteger a los profesionales sanitarios y ayudarles a dedicar más tiempo a la atención del paciente.

3. Eliminación de barreras en los circuitos asistenciales:
El traspaso de información de forma más fluida entre profesionales, una escalada fiable y flujos de datos integrados pueden fortalecer la capacidad de respuesta del sistema, lo que, a su vez, puede mejorar la experiencia del paciente y reducir costes evitables.

Estos son pasos prácticos que los líderes pueden comenzar a aplicar. Cada uno de ellos fortalece al sistema en su conjunto en momentos donde la presión aumenta.

La metodología de este análisis es transparente y se basa en indicadores reconocidos internacionalmente. A pesar de algunas lagunas en los datos, la tendencia es clara: los países deben construir sistemas sanitarios más resistentes a las crisis y apoyar a sus profesionales sanitarios. Por su parte, BD seguirá perfeccionando el Barómetro, ampliando sus medidas y trabajando con sus aliados para que siga siendo una herramienta práctica y rigurosa.

El objetivo de esta edición del Barómetro es ofrecer una imagen clara del estado actual de la resiliencia de los sistemas sanitarios e identificar en qué áreas la acción colectiva puede reforzarla en los próximos años.

Metodología

La edición de este año del Barómetro de resiliencia sanitaria de BD clasifica la resiliencia de los sistemas sanitarios de 42 países a través cuatro áreas temáticas: la seguridad del paciente, los profesionales sanitarios, de eficiencia y la sostenibilidad medioambiental.

Dado que los datos originales en los que se basa el Barómetro se definen según distintas escalas y unidades de medida, se ha creado un sistema de puntuación de 0 a 100 para clasificar e interpretar los datos de diversas fuentes de manera estandarizada.

Según el sistema unificado, 100/100 es la mejor puntuación posible en todos los indicadores. Una puntuación más alta será siempre más positiva, ya que indica un mayor nivel de resiliencia sanitaria del país analizado.

También se realizó una investigación primaria para complementar los resultados. Esta incluyó una serie de entrevistas exhaustivas con líderes de opinión clave del sector sanitario a nivel global. Cabe destacar que el contenido de cada entrevista refleja la perspectiva individual de cada experto sobre los temas abordados, y no necesariamente la posición de la organización a la que representan, ni la de BD.

Para una explicación detallada de las medidas individuales, el cálculo de la puntuación y la lista completa de expertos consultados, se recomienda revisar el anexo de este informe.

A lo largo del informe comparamos los resultados de este año con los datos de la edición 2024 del Barómetro. Los datos del informe anterior se pueden encontrar en: https://lp.bd.com/barometro-de-resilencia-sanitaria-2024.html

BD **CAPÍTULO 1**

Seguridad del paciente:

proteger los resultados, la capacidad y la resiliencia del sistema

Hallazgos clave

El desempeño en la seguridad del paciente se mantiene estable. Esta medida acumulada incluye indicadores como tasa de infecciones, la sepsis y la cobertura sanitaria; y expone tanto fallos en la seguridad del paciente como vulnerabilidades más amplias en los sistemas sanitarios. La media de todos los países se sitúa en 58/100. Con Noruega e Islandia a la cabeza con 73 y Eslovenia y Grecia con 40, el progreso sigue siendo desigual y frágil.

La prevalencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria muestra una ligera mejora en todos los países. La media de todos los países ha mejorado marginalmente (de 51/100 en 2024 a 53/100 en 2026), con avances en países como Italia, Irlanda y España.

La incidencia de sepsis pone de manifiesto la vulnerabilidad del sistema. La mayoría de los países se sitúan en puntuaciones similares, con una media de todos los países de 42/100. Se ha observado un descenso en las puntuaciones de todos los países desde 2024, incluyendo Italia y el Reino Unido.

La sepsis posoperatoria obtiene unas puntuaciones preocupantemente bajas. La media de todos los países es de 33/100, con lagunas de datos significativas en varios países. Este indicador, añadido en esta edición del Barómetro para reflejar mejor un factor crítico y prevenible de daño al paciente, costes sanitarios y la tensión del sistema, muestra resultados comparativamente positivos para Polonia (80/100) e Italia (60/100). Esto pone de relieve oportunidades para la seguridad perioperatoria y para el control de infecciones.

La cobertura sanitaria universal (CSU) está retrocediendo en varios sistemas de salud de alto desempeño. Alemania, los Países Bajos, España y Suecia registraron descensos desde 2024 y la media en todos los países cayó de 76/100 a 74/100.

La transparencia de los datos representa un reto. En varios países no hay registro de datos publicados sobre infecciones del lugar quirúrgico (ILQ) ni sepsis posoperatoria, lo que limita la evaluación comparativa y ralentiza los ciclos de mejora.

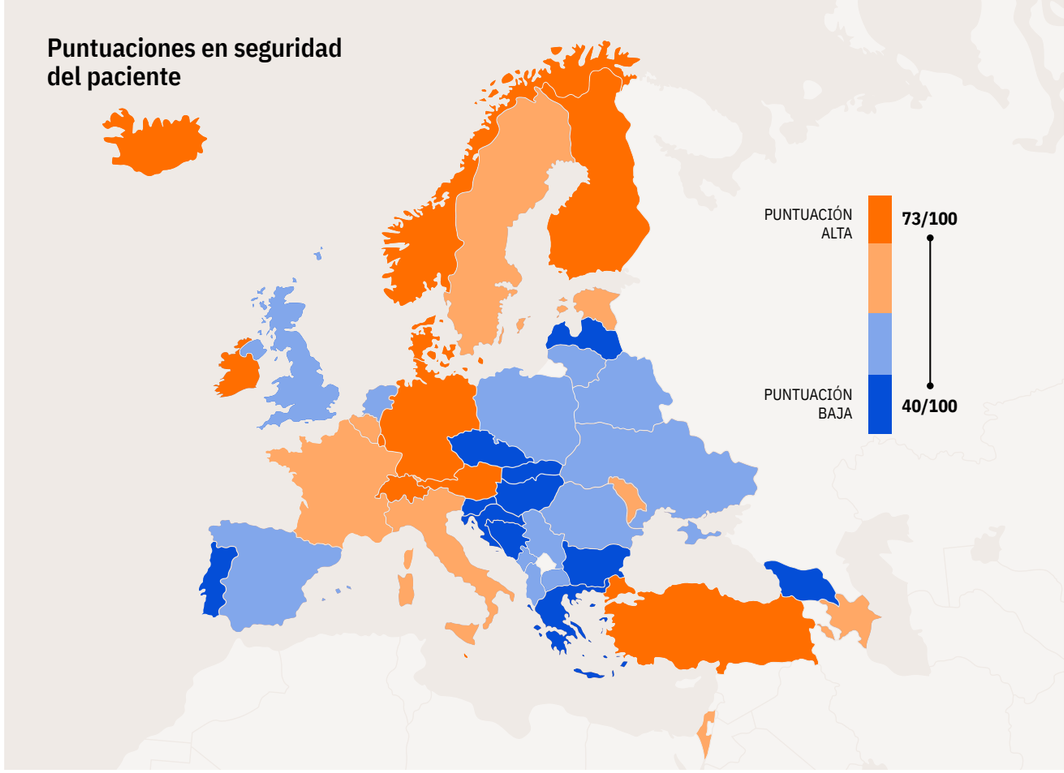
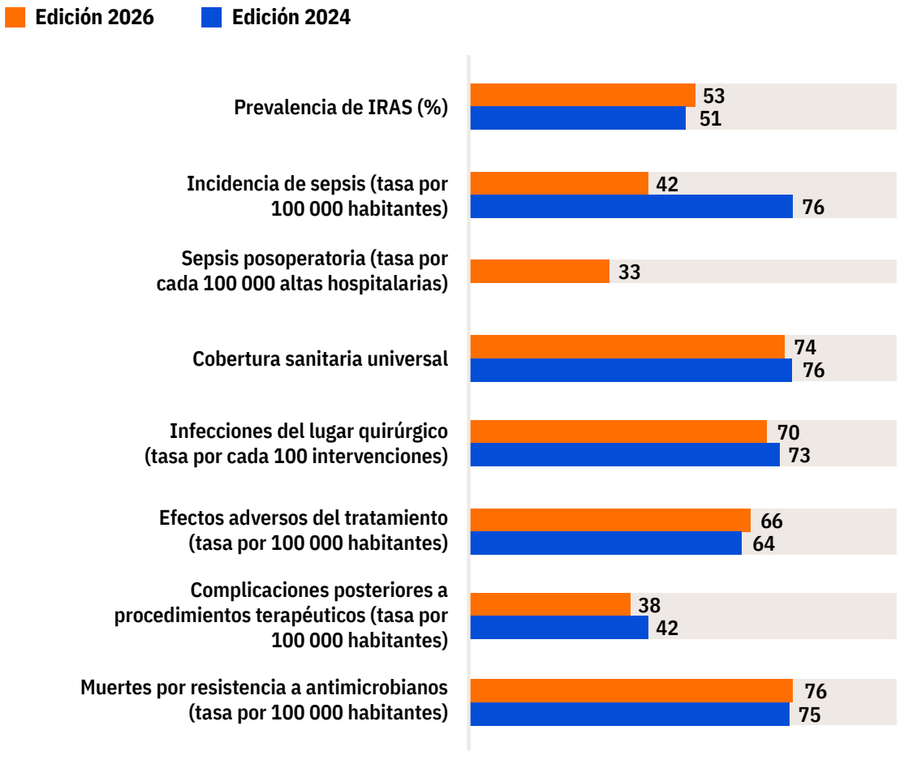


Figura 1: Puntuaciones medias en seguridad del paciente del Barómetro por indicador y país (puntuaciones sobre 100)



Nota: los valores mostrados en estos gráficos de barras no deben interpretarse como tasas reales, ya que han sido transformados para calcular las puntuaciones del Barómetro. Para más información, consulta el apartado «Sistema de puntuación del Barómetro» del anexo.

La atención sanitaria de alta calidad comienza en la seguridad del paciente y vela por la capacidad del sistema.

Cada paciente que ingresa en un hospital tiene una expectativa simple y esencial: que la atención que reciba sea segura, fiable y enfocada en su recuperación; y que no se vea amenazada por daños prevenibles.



La atención sanitaria de alta calidad comienza por la seguridad del paciente y vela por la capacidad del sistema. Reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) acorta la estancia hospitalaria y mejora el flujo de pacientes, aumentando la disponibilidad de días-cama y reduciendo así las listas de espera[1].

Esta edición del Barómetro muestra un descenso impulsado principalmente por los indicadores de sepsis, con una puntuación global de seguridad en 58/100, frente a 62/100 en 2024[2].

> Incluso pequeños fallos en la seguridad pueden convertirse rápidamente en fallos de capacidad, porque las complicaciones suelen ocupar una cama durante dos o tres semanas adicionales. Esto tiene un enorme efecto dominó en todo el sistema.



Prof. Dr. Dirk de Ridder
Director de calidad y director del Institute for Healthcare Policy de UZ Leuven, Bélgica

Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)

Se observa una leve mejora en la puntuación para las IRAS (de 51/100 en 2024 a 53/100 en 2026) en países como Italia, Irlanda y España. Los líderes asistenciales describen este progreso como algo tangible, pero frágil.

El Dr. Rafael Bengoa, *senior fellow* en Harvard University y exdirector de Sistemas de Salud en la OMS, señala que las herramientas de mejora existen, pero «los clínicos no disponen de tiempo para difundir las buenas prácticas», por lo que los avances siguen siendo locales.

El Dr. Matthias Gründling, director de SepsisDialog en University Medical Center Greifswald, añade que el control de infecciones se ve limitado por la lentitud en el proceso de transformación a escala del sistema.

> Los sistemas deberían alertar a los clínicos cuando no se cumplen los parámetros clave de las guías. Vincular las guías de forma directa con los flujos de trabajo digitales podría mejorar la seguridad del paciente de forma sustancial.



Dr. Matthias Gründling
Director de Sepsis Dialog en University Medical Center Greifswald, Alemania

Infecciones del lugar quirúrgico (ILQ)

Las infecciones del lugar quirúrgico (ILQ) se producen en entre **0,6% y el 9,6%** de las intervenciones realizadas en Europa[3]. Esto se refleja en la puntuación de desempeño de las ILQ, con una cifra que se mantiene relativamente alta (70/100), aunque ligeramente inferior a la de 73/100 obtenida en 2024. No obstante, la ausencia de datos por parte de varios países limita la evaluación comparativa y el aprendizaje. Las lagunas de datos implican un riesgo para la resiliencia, dado que impide que los sistemas puedan identificar o abordar la variabilidad.

> Para poder lograr mejoras en cualquier área, los profesionales de la salud deben contar con las herramientas y la capacidad necesarias para asumir proyectos a medida que avanzan, lo cual requiere una medición constante y transparencia.



Dr. Rafael Bengoa
Senior fellow, en Harvard University y exdirector de Sistemas de Salud en la OMS, España



1. Stewart S., et al. Impact of healthcare-associated infection on length of stay. Journal of Hospital Infection. 2021. https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.02.026
2. Nota: los indicadores sobre seguridad del paciente utilizados en 2026 no son directamente comparables con los de 2024, los cambios en la puntuación global deben interpretarse con cautela.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Healthcare associated infections: surgical site infections. Annual epidemiological report for 2021–2022. Stockholm: ECDC; 2025.

Sepsis y sepsis posoperatoria

Cada minuto muere más de una persona debido a una sepsis en Europa; y tres cuartas partes de los 2,8 millones de supervivientes afectados sufren secuelas a largo plazo[4].

La incidencia de la sepsis obtiene una puntuación media de 42/100. Este descenso refleja, potencialmente, una mejora en las medidas de vigilancia más que una atención deficiente.

La sepsis posoperatoria tiene un desempeño aún más bajo, de 33/100. La puntuación de Polonia, que es la más alta y se ubica en **80/100,** abre un abanico de posibilidades, pero la inconsistencia en la seguridad perioperatoria y las transiciones asistenciales siguen impactando en la variabilidad.

> Aunque se ha logrado un gran avance en los cuidados intensivos quirúrgicos, sigue existiendo un gran potencial para mejorar la seguridad del paciente, especialmente en el abordaje de la sepsis.



Dr. Matthias Gründling
Director de Sepsis Dialog en University Medical Center Greifswald, Alemania

Cobertura sanitaria universal (CSU)

La seguridad del paciente y la calidad asistencial son elementos integrales de un sistema con cobertura sanitaria universal eficaz.[5] La puntuación del Barómetro para **la CSU disminuyó de 76/100 en 2024 a 74/100 en 2026.** El Dr. Rafael Bengoa vincula este descenso a la fragmentación y las brechas en la atención primaria y social, que trasladan algunas complicaciones evitables a los hospitales.

Las presiones sobre los profesionales de la salud agravan esta situación. El Dr. Anders Ahlsson, director de servicios sanitarios y médicos de Region Stockholm, señala que la carga administrativa reduce el tiempo disponible para la observación directa del paciente. Alexandra Hammond, directora asociada de Net Zero and Sustainable Procurement en NHS England, también subraya que el fortalecimiento de la seguridad del paciente aporta beneficios en materia de sostenibilidad.

> La reducción del tiempo de atención directa al paciente afecta de forma directa a la detección precoz y a la fiabilidad en la prevención de infecciones.



Prof. Dr. Anders Ahlsson
Director de servicios sanitarios y médicos de Region Stockholm, Suecia

> Evitar el daño prevenible reduce las complicaciones, los residuos y la actividad clínica innecesaria; y contribuye tanto a los objetivos medioambientales como a la capacidad asistencial.



Alexandra Hammond
Directora asociada de Net Zero and Sustainable Procurement en NHS England, Reino Unido



Implicaciones y perspectivas

Si comparamos los resultados de 2026 con los de 2024, en algunos países se observan mejoras significativas en materia de seguridad del paciente, entre ellos: Malta (+14), Bélgica (+7), Irlanda (+9), Alemania (+4) y Luxemburgo (+6). Sin embargo, el progreso general del sistema sigue siendo limitado.

Los riesgos de infección siguen siendo elevados, tal como refleja el descenso de las puntuaciones en sepsis, lo que podría indicar que las complicaciones asociadas pueden prolongar las estancias hospitalarias y aumentar la presión en cuidados intensivos. Los líderes clínicos entrevistados en el marco de este informe vinculan estas deficiencias a la escasez de personal, la variabilidad en los perfiles y las competencias de los equipos y la fragmentación en los circuitos asistenciales.

Existe una clara oportunidad de progreso, ya que aproximadamente la mitad de los eventos relacionados con la seguridad del paciente se consideran prevenibles[6]. El daño prevenible rara vez es causado debido a un solo error. Reducirlos exige comprender los riesgos y los retos de fiabilidad existentes dentro de sistemas sanitarios complejos que operan bajo una presión constante. Cuando un sistema sanitario cuenta con pocos profesionales sanitarios, la consistencia de la atención disminuye y se compromete la seguridad del paciente[7].

Los datos del Barómetro sugieren que la prevención y el control de infecciones siguen siendo un factor de riesgo continuo para los sistemas sanitarios. Los sistemas podrían considerar algunas iniciativas como la implementación de equipos especializados en el control de infecciones, reforzar la detección precoz del deterioro clínico mediante sistemas de alerta temprana más eficaces, transiciones asistenciales más seguras y datos más completos que impulsen el aprendizaje. Reducir con antelación las brechas y la falta de coordinación en el circuito asistencial es otra medida esencial para que los hospitales tengan que gestionar episodios urgentes evitables.

Si miramos hacia el futuro, reducir daños prevenibles podría generar beneficios medioambientales, ya que se reducirían emisiones y residuos innecesarios. La medición constante, la mejora de las condiciones laborales, los traspasos más claros y el rediseño riguroso de los roles profesionales podrían contribuir al progreso.

4. European Sepsis Alliance. European sepsis report [Internet]. Brussels: European Sepsis Alliance; 2023. Disponible en: https://www.europeansepsisalliance.org/europeansepsisreport. Consultado el 21 de mayo de 2026.
5. World Health Organization. Universal health coverage and patient safety & quality: understanding the central role of patient safety and quality in UHC. Geneva: WHO; 2014.
6. World Health Organization; Organisation for Economic Co operation and Development. 10 facts on patient safety. Geneva: WHO; 2019.
7. Ball J.E., et al. Post operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: a cross sectional study. International Journal of Nursing Studies. 2018;78:10 15. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004.

BD **CAPÍTULO 2**

Los profesionales sanitarios:

la gran debilidad estructural de los sistemas sanitarios

Hallazgos clave:

La puntuación media global del indicador de los profesionales sanitarios se sitúa en **56/100, frente al 62/100 registrado en 2024. Este indicador recoge todos los factores relacionados con los profesionales sanitarios incluidos en esta edición del Barómetro.**[8]

El envejecimiento de los profesionales sanitarios representa un riesgo estructural clave para la capacidad de respuesta a la demanda asistencial y mantener la seguridad del paciente. El análisis de médicos y enfermeras de 55 años o más, ampliando el indicador de la edición anterior, obtiene una media de apenas **44/100**. Este dato confirma que los sistemas sanitarios se aproximan a un punto crítico de jubilaciones sin reemplazos suficientes con los nuevos graduados.

La disponibilidad de los médicos se está deteriorando. La media de todos los países en la ratio de médicos por paciente ha caído de **56/100 en 2024 a 50/100** con descensos marcados en **Suecia** y nuevas caídas en países como **Dinamarca, Irlanda, Suiza y Francia.**

Las puntuaciones relativas a la disponibilidad de enfermeras también están descendiendo (77/100 frente a 79/100 en 2024). Bélgica, Francia, Alemania y Suecia se encuentran entre los países que registran descensos ligeros en esta edición del Barómetro.

Por otra parte, el **indicador de la ratio de enfermeras por médico también ha descendido (56/100 frente a 61/100 en 2024).** Observamos esta tendencia en países como Alemania, Polonia e Italia y apunta a una creciente fragilidad en los equipos asistenciales de primera línea.

Los nuevos graduados no cubren la demanda. Este nuevo indicador, que evalúa la incorporación de nuevos profesionales sanitarios al sistema, muestra que solo Francia y Alemania alcanzan la puntuación máxima en graduados, mientras que otros países se encuentran muy por debajo del nivel necesario para compensar la pérdida de profesionales.

8. Nota: los indicadores sobre los profesionales sanitarios utilizados en 2026 no son directamente comparables con los de 2024, los cambios en la puntuación global deben interpretarse con cautela.

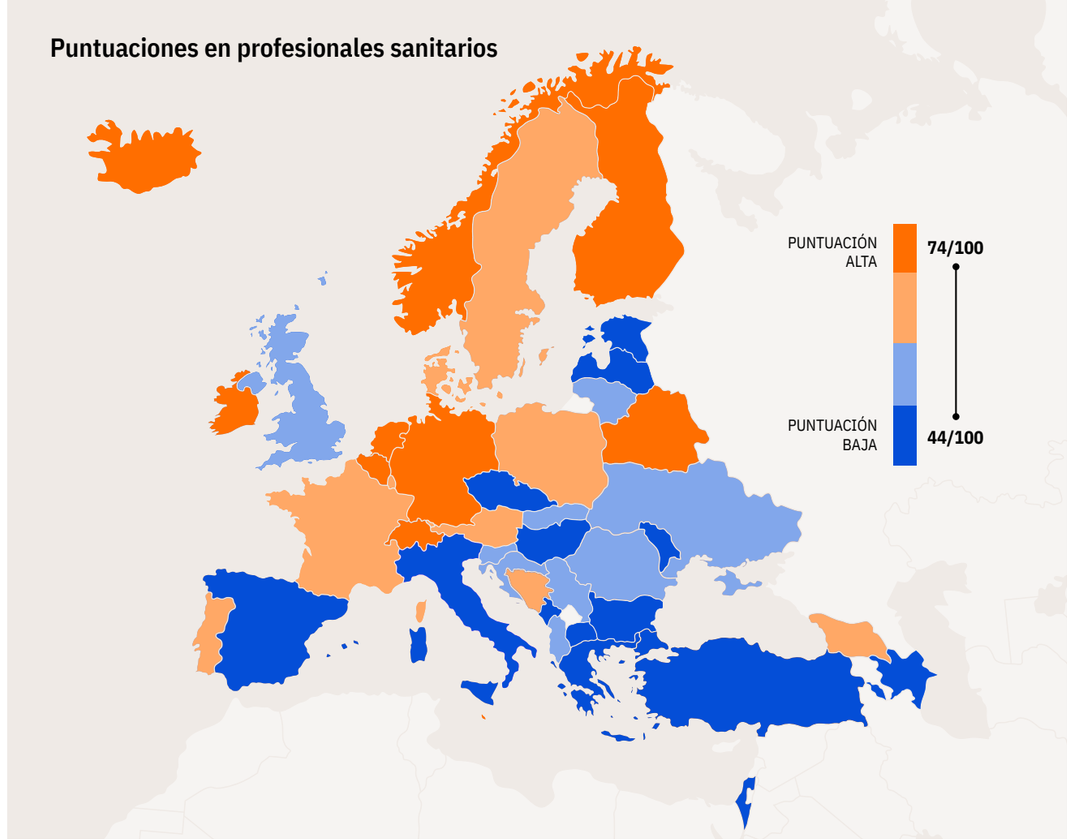
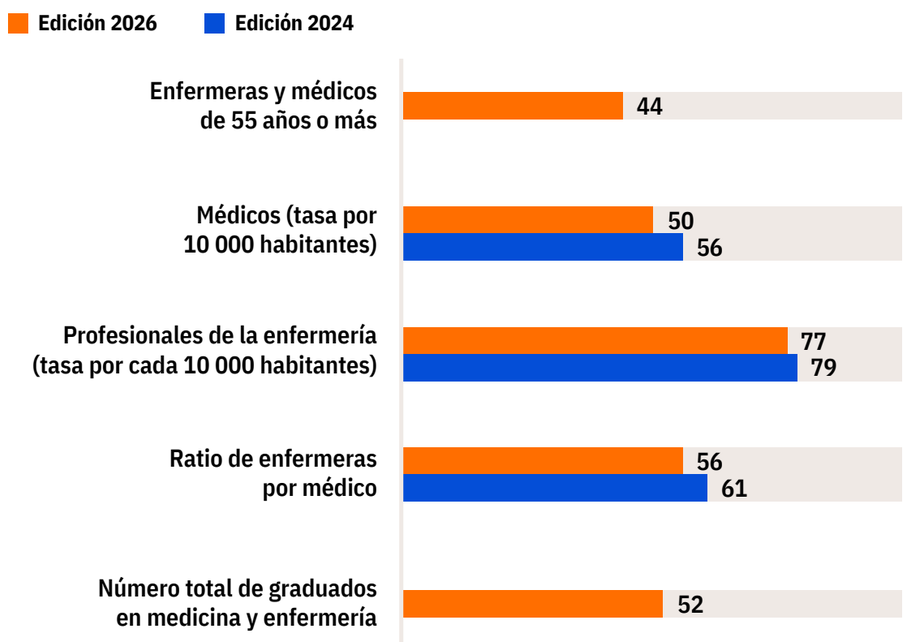


Figura 2: Puntuaciones medias en profesionales sanitarios del Barómetro por indicador y país (puntuaciones sobre 100)



Nota: los valores mostrados en estos gráficos de barras no deben interpretarse como tasas reales, ya que han sido transformados para calcular las puntuaciones del Barómetro. Para más información, consulta el apartado «Sistema de puntuación del Barómetro» del anexo.

La resiliencia de los profesionales de la salud sustenta la resiliencia del sistema.

Cuando en un país el número de profesionales sanitarios no es suficiente o no están bien distribuidos, la seguridad y la calidad de la atención se ven comprometidas. Esta edición del Barómetro muestra un profesional de la salud sometido a una creciente presión, no solo por el aumento de la demanda, sino también por desequilibrios estructurales.



Número de médicos (por cada 10 000 habitantes)

El descenso del número de médicos por población es una señal de alerta relacionada con el envejecimiento, la rotación y falta de retención y los largos procesos formativos de los profesionales de la salud. La media de todos los países ha descendido de **56/100 en 2024 a 50/100**, con caídas considerables en Suecia y nuevas bajadas en Dinamarca, Irlanda, Suiza y Francia.

Algunos sistemas sanitarios se enfrentan también a una brecha de profesionales, donde las jubilaciones superan a la incorporación de nuevos graduados[9]. Muchos países recurren a personal sanitario formado internacionalmente para cubrir estas carencias, una solución a corto plazo que añade fragilidad y contribuye a la escasez de estos profesionales en otros lugares[10].

9. Ellen Kuhlmann. The health workforce crisis in the European Union. 2025.
10. OMS. Migración del personal sanitario en la región europea de la OMS: estudios de caso de Albania, Armenia, Georgia, Irlanda, Malta, Noruega, República de Moldavia, Rumanía y Tayikistán. 2025.

Ratio de enfermeras por médico

La proporción de enfermeras por médico también ha disminuido, de 61/100 en 2024 a 56/100. Algunos grandes sistemas sanitarios como Alemania, Polonia e Italia están experimentando retrocesos, poniendo de manifiesto la tensión en la composición de los equipos, así como en la combinación de competencias. El Prof. Dr. Dirk De Ridder señala que la optimización no consiste solo en tener más profesionales, sino en garantizar que las cualificaciones adecuadas estén en el momento y lugar necesarios.

> « Hemos observado situaciones en las que la ausencia de las competencias adecuadas en el momento de la asistencia sanitaria dificultó una detección precoz del deterioro clínico. »



Prof. Dr. Dirk de Ridder
Director de calidad y director del Institute for Healthcare Policy de UZ Leuven, Bélgica

Enfermeras y médicos de 55 años o más

El envejecimiento de los profesionales de la salud pone de manifiesto la fragilidad del sistema y refleja una tendencia más amplia: más de un tercio de los médicos y alrededor de una cuarta parte de las enfermeras en la UE tienen 55 años o más y se espera que se jubilen en los próximos años[11]. Por tanto, los países obtienen una media de tan solo **44/100 en este indicador.**

Muchos países afrontan un alto riesgo debido a que la posibilidad de jubilación se acelera a partir de los 60 años, provocando una gran concentración de profesionales saliendo a la vez del sistema sanitario. Sin medidas de retención específicas o un rediseño de roles, el perfil de edad actual y las tasas de nuevos graduados ponen en jaque a muchos sistemas, que podrían enfrentarse a una reducción neta de la capacidad asistencial en los próximos años, debilitando la resiliencia tanto de los profesionales sanitarios como del sistema en su conjunto.

Graduados en medicina y enfermería

La cifra de nuevos graduados no avanza al ritmo necesario para compensar estas pérdidas inminentes. Aunque las puntuaciones de Francia y Alemania son positivas, la mayoría de los países se sitúan muy por debajo de lo necesario para cubrir la creciente demanda asistencial y reemplazar la capacidad que se perderá por el envejecimiento generalizado de los profesionales de la salud.

El tiempo de formación requiere plazos prolongados, por lo que las evaluaciones internacionales recomiendan estrategias de retención y mejora de condiciones laborales como palancas más eficaces a corto plazo para estabilizar la disponibilidad de profesionales sanitarios[12]. Las nuevas generaciones de profesionales de la salud que se incorporan al mercado laboral también aportan nuevas perspectivas sobre la conciliación, los objetivos profesionales y la atención al paciente. Comprender estas diferencias y desarrollar un enfoque constructivo que promueva equipos intergeneracionales es esencial para retener a los nuevos graduados en este ámbito[13,14].



11. OECD and the European Commission, Health at a Glance: Europe 2024, 2024
12. OECD (2016). Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places
13. Pawlak et al. Generational differences in nurse stress and coping strategies in relation to perceived patient safety: a cross-sectional study. 2025. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2025.100385
14. Pietrantonio et al., Age diversity management in healthcare: leveraging generational differences with an inclusive approach. 2025. https://doi.org/10.4081/itjm.2025.2074

Cómo abordar los retos de los profesionales sanitarios

No existe una única solución para los desafíos de los profesionales de la salud en los sistemas sanitarios. Algunas medidas para avanzar hacia el progreso pueden incluir una mayor integración del personal sanitario, una mayor flexibilidad en la organización de los equipos asistenciales y la mejora de las condiciones laborales: desde una dotación de personal adecuada y cargas de trabajo manejables hasta la seguridad física y el apoyo psicosocial.

Un estudio de 2026 muestra que una proporción considerable de profesionales **sanitarios se siente agotada frecuentemente (40 %), mentalmente distanciada del trabajo (25 %) o con menor capacidad de concentración durante la jornada laboral (23%)**[15].

Para atraer y retener talento, el Dr. Anders Ahlsson apremia a los líderes para que analicen la realidad del trabajo diario y reduzcan la carga administrativa, que consume el tiempo, la energía y la productividad de los profesionales. Por su parte, Sonya Carassik Ratty, directora ejecutiva de Adapt & Live, subraya la necesidad de ofrecer apoyo entre pares, acceso a servicios de salud mental y mentoría para los profesionales sanitarios.

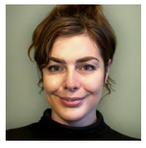
> Trabajar de forma aislada en una planta no favorece un buen entorno laboral. El exceso de burocracia administrativa y la sobrecarga digital reducen el tiempo de atención directa al paciente y debilitan la retención de talento.



Prof. Dr. Anders Ahlsson

Director de servicios sanitarios y médicos de Region Stockholm, Suecia

> Uno de los mayores desafíos a los que se enfrentan actualmente nuestros profesionales es su capacidad de afrontar la presión cuando no reciben el apoyo que necesitan.



Sonya Carassik Ratty

Directora ejecutiva de Adapt & Live, Reino Unido

El Prof. Dr. Dirk De Ridder propone como posible medida de mitigación el traslado de algunos procedimientos a la atención primaria para liberar camas, siempre y cuando la atención primaria pueda recibir a estos pacientes, así como la redistribución de tareas y el rediseño de procesos, de forma que los profesionales de la enfermería especializados no se vean inmersos en tareas administrativas repetitivas que pueden automatizarse o delegarse.

> Tomemos como ejemplo el cáncer de próstata: tras una prostatectomía robótica, el 99 % de nuestros pacientes se va a casa pasadas 23 horas. Las tareas que solíamos manejar durante la estancia hospitalaria se están trasladando cada vez más a la atención primaria, en gran parte porque la COVID-19 nos obligó a replantearnos cómo se presta la atención sanitaria.



Prof. Dr. Dirk de Ridder

Director de calidad y director del Institute for Healthcare Policy de UZ Leuven, Bélgica

El Dr. Rafael Bengoa sugiere que la escasez de enfermeras no siempre es el único problema y que parte de la solución pasa por una mayor flexibilidad y el rediseño estructural de dónde se asignan los perfiles y las competencias adecuadas dentro de las instituciones sanitarias. Amah Kouevi, director del French Patient Experience Institute, describe cómo funciona esto en la práctica generando una flexibilidad que fortalece la resiliencia en las distintas partes del sistema asistencial.

> Necesitamos flexibilidad para reorganizar a nuestros profesionales sanitarios, permitir que las personas asuman diferentes roles y apoyar la innovación local con el personal con el que ya contamos.



Dr. Rafael Bengoa

Senior fellow, en Harvard University y exdirector de Sistemas de Salud en la OMS, España

> La fortaleza de nuestros sistemas reside en su diversidad. Las instalaciones públicas, privadas, hospitalarias y comunitarias colaboran para generar resiliencia, garantizando que, cuando una parte del sistema se encuentra bajo presión, las demás puedan absorber la carga.



Amah Kouevi

Director del French Patient Experience Institute, Francia

Implicaciones y perspectivas

Algunos sistemas se están adaptando; sin embargo, la evidencia disponible apunta a unos profesionales sanitarios sometidos a una gran presión estructural. La escasez persistente y el envejecimiento del colectivo sanitario están limitando la disponibilidad de médicos y enfermeras, mientras que unas condiciones laborales que limitan el tiempo de atención al paciente amplían las brechas en seguridad y eficiencia.

La resiliencia de los profesionales sanitarios se está posicionando como un factor cada vez más limitante para ofrecer una atención segura y de calidad. Cuando los equipos cuentan con poco personal y falta de estabilidad, con alta rotación, personal temporal y falta de familiaridad con los protocolos locales, resulta más difícil mantener una atención fiable entre los turnos y unidades asistenciales[16].

Existen una serie de medidas concretas que pueden implementarse para contribuir a la mejora de la situación de los profesionales sanitarios:

- Rediseñar roles y procesos para optimizar el tiempo asistencial y fortalecer la incorporación y supervisión en entornos con gran variabilidad en la combinación de competencias profesionales.
- Ampliar y modernizar los itinerarios formativos a la vez que se mejoran las condiciones laborales y la remuneración para reforzar la retención de talento.
- Mejorar los flujos de trabajo e introducir herramientas digitales e IA para aumentar la productividad, liberando al personal para la atención al paciente y permitiendo una práctica más flexible en distintos entornos asistenciales, para que los hospitales no absorban demanda evitable.

La innovación, combinada con una inversión sostenida en formación y apoyo a los profesionales, puede proteger la capacidad actual y contribuir a la sostenibilidad a largo plazo.

15. Foglia et al., Enhancing healthcare workers' safety and well-being through a comprehensive qualitative analysis across hospital settings. 2026.

16. Beauvais B., et al. When agency fails: an analysis of the association between hospital agency staffing and quality outcomes. Risk Management and Healthcare Policy. 2024.

Sostenibilidad medioambiental:
un multiplicador de resiliencia

Hallazgos clave:

De acuerdo con los datos del Barómetro, el desempeño en materia de sostenibilidad medioambiental es heterogéneo, con una puntuación media de **52/100.**

Los datos incluidos en esta edición del Barómetro se basan en los resultados estadísticos más recientes. Sin embargo, dichos datos no se han actualizado desde la publicación anterior del Barómetro, lo que significa que no han cambiado. Esto indica una brecha en el seguimiento continuo del desempeño de la atención sanitaria en este ámbito.

Francia, Irlanda y Suecia se encuentran entre los países con mejor desempeño en materia de emisiones per cápita generales procedentes del sector sanitario. Sus altas puntuaciones indican que, en comparación con otros sistemas, sus emisiones de gases de efecto invernadero por persona procedentes del sector sanitario son relativamente bajas.

Otros países, como Italia y Polonia, obtienen buenos resultados en una dimensión diferente: el peso de la huella del sector sanitario sobre las emisiones nacionales totales es menor. Es decir, aunque sus sistemas sanitarios no siempre presentan los niveles más bajos de emisiones en términos absolutos, el sector sanitario representa una proporción menor de la huella de carbono general del país, lo que sugiere un progreso en la descarbonización de la sanidad en relación con otros sectores emisores.

La métrica de «tCO_2e per cápita en función de la proporción del PIB destinada a la sanidad»[17] pone de relieve la relación existente entre la inversión y la intensidad de carbono. Un nivel más elevado de tCO_2e per cápita con niveles de gasto similares puede señalar ineficiencias estructurales. Por el contrario, unos niveles de emisiones más bajos con niveles de gasto similares sugieren sistemas sanitarios más eficientes desde el punto de vista de las emisiones de carbono.

Muchos países de Europa occidental se sitúan por debajo de la media del conjunto de países analizados. Esto no quiere decir estrictamente que sean ineficientes, sino que a menudo reflejan un mayor acceso, intensidad y alcance de la atención sanitaria. Algunos países con puntuaciones más bajas pueden estar liderando esfuerzos de descarbonización más amplios, como el uso de electricidad renovable o el desarrollo de regulación climática.

17. tCO_2e significa toneladas de dióxido de carbono equivalente, una unidad estándar para contabilizar las emisiones de gases de efecto invernadero independientemente del gas del que provengan. En el anexo se ofrecen más detalles sobre el indicador.

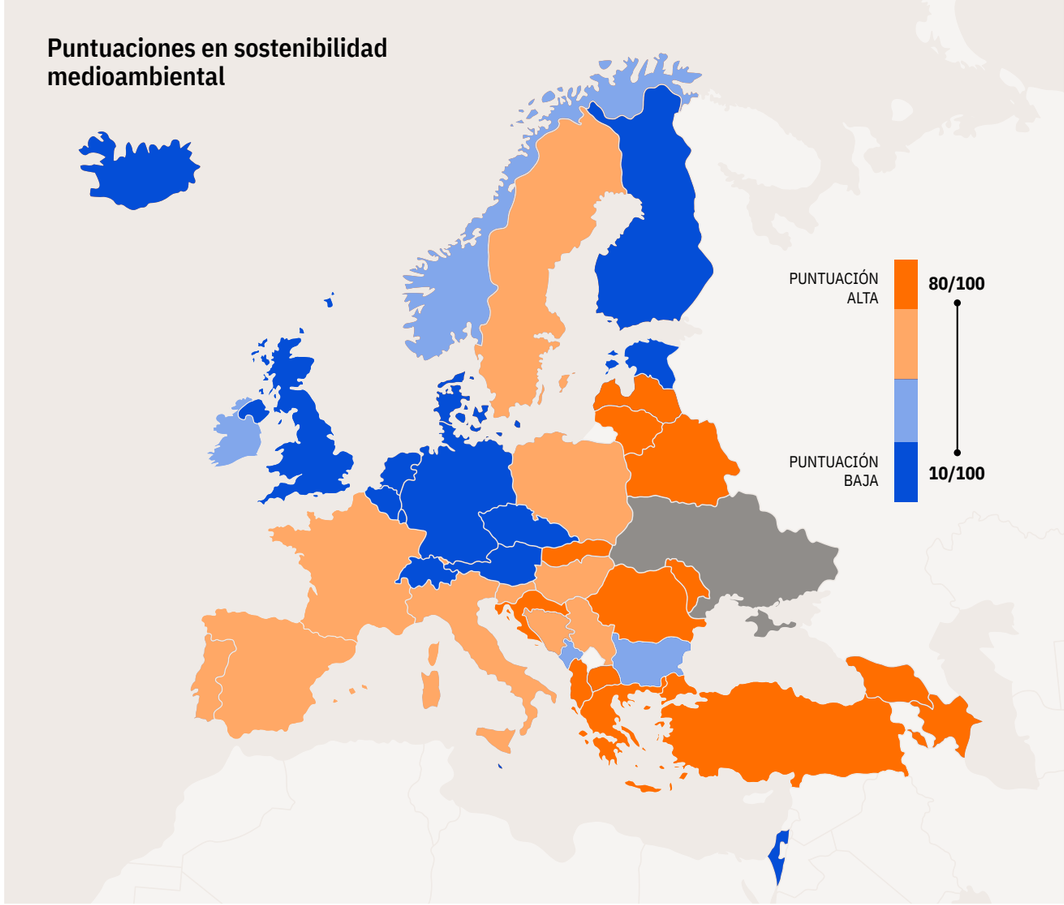
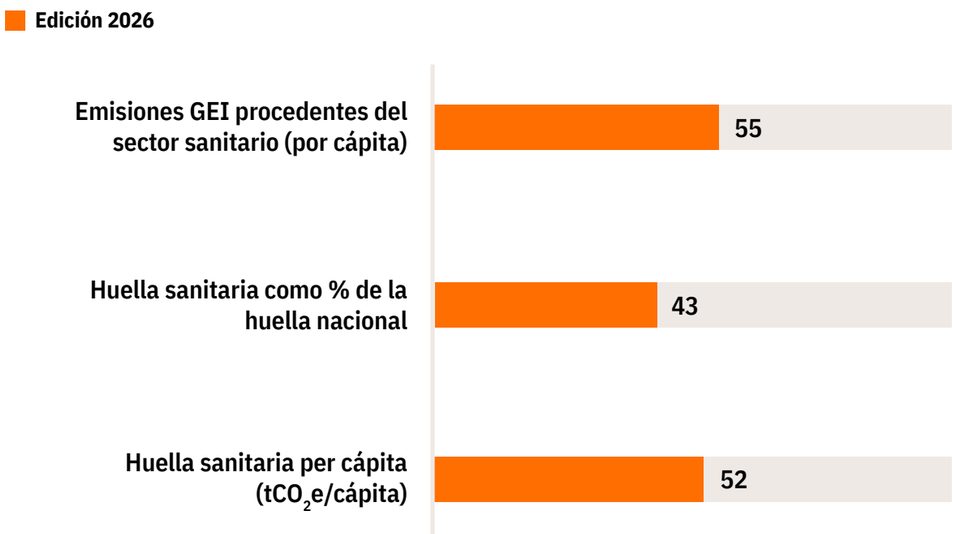


Figura 3: Puntuaciones medias en materia de sostenibilidad medioambiental del Barómetro por indicador y país (puntuaciones sobre 100)



Nota: los valores mostrados en estos gráficos de barras no deben interpretarse como tasas reales, ya que han sido transformados para calcular las puntuaciones del Barómetro. Para más información, consulta el apartado «Sistema de puntuación del Barómetro» del anexo.

La sostenibilidad medioambiental, un factor clave de la resiliencia sanitaria.

La sostenibilidad medioambiental se considera cada vez más un factor fundamental de la resiliencia sanitaria, otorgándole una importancia creciente a la medición y el reporte precisos de la sostenibilidad del sistema sanitario, impulsado en parte por la Lancet Comission on Sustainable Care[18]. Para reflejar su importancia, esta edición del Barómetro dedica una sección completa a la sostenibilidad medioambiental. Las puntuaciones muestran una media de 52 / 100 en los 42 países analizados y en el conjunto de indicadores de sostenibilidad, con una amplia variabilidad en las emisiones sanitarias per cápita, el peso del sector sobre las emisiones nacionales y la huella general.

Unas emisiones elevadas procedentes del ámbito sanitario pueden reflejar la amplitud de los servicios prestados por servicios sanitarios avanzados, accesibles y con gran cobertura, más que una falta de esfuerzo en sostenibilidad. A medida que los países avanzan en la descarbonización de otros sectores, la sanidad puede ser uno de los ámbitos más difíciles de descarbonizar, debido en parte a la complejidad de sus cadenas de suministro.

Existen muchos factores que pueden influir en las emisiones del sector sanitario: cómo y dónde se presta la atención, la sostenibilidad de la compra y de las cadenas de suministro, y la eficacia de los circuitos asistenciales para reducir pruebas, tratamientos y actividades evitables. Las mejoras en sostenibilidad medioambiental pueden integrarse en iniciativas de resiliencia más amplias. Los sistemas sanitarios pueden mejorar la eficiencia y los resultados asistenciales a la vez que reducen su impacto medioambiental mediante políticas que reduzcan tanto los residuos como la atención de bajo valor[19].



Emisiones de gases de efecto invernadero per cápita procedentes del sector sanitario nacional

Las puntuaciones de las emisiones de gases de efecto invernadero ilustran la desigualdad en el avance hacia la descarbonización del sector sanitario.

Francia, Irlanda y Suecia obtienen puntuaciones más altas (70/100) frente a una media del conjunto de países, que se sitúa en 55/100. En comparación con otros sistemas sanitarios, estos tres países generan emisiones de gases de efecto invernadero relativamente bajas por persona procedentes del sector sanitario, mientras que otros aún dependen en gran medida de operaciones intensivas en energía y carbono.

La mayor parte de las emisiones sanitarias per cápita están estrechamente relacionadas con la madurez del sistema. Los países con acceso sanitario universal, alta cobertura de servicios, diagnóstico avanzado y tratamientos complejos tienden a prestar más servicios sanitarios por persona, lo que aumenta las emisiones per cápita.

18. Singh S, et al. The Lancet Commission on sustainable health care measurement framework for advancing sustainable health care transformation. Lancet. 2026.
19. Organisation for Economic Co operation and Development. Decarbonising health systems across OECD countries. Paris: OECD Publishing; 2025.

Por ello, las comparaciones de emisiones per cápita deben interpretarse junto con los resultados en salud y la equidad, de forma que permita comprender mejor cómo el desempeño del sistema sanitario condiciona los objetivos de sostenibilidad, como demuestra la OCDE en su informe de 2025 *Decarbonising Health Systems Across OECD Countries* (La descarbonización de los sistemas sanitarios en los países de la OCDE)[20].

Huella del sector sanitario como porcentaje de las emisiones nacionales

El peso del sector sanitario sobre las emisiones nacionales también varía entre países. En muchos países de renta alta, sectores como la energía, la generación de electricidad y la industria pesada ya están reduciendo sus emisiones, mientras que la sanidad es más difícil de descarbonizar. Como resultado, el sector sanitario puede representar una mayor proporción de las emisiones nacionales, incluso si las emisiones absolutas se mantienen estables o disminuyen.

Gran parte de Europa occidental y septentrional se sitúa por debajo de la media de todos los países analizados, que es de 43/100. En los países con mejor desempeño, esto puede significar que el sector sanitario representa una proporción menor de la huella de carbono total, aunque no siempre sean los países con menores emisiones en términos absolutos.

Abordaje de una transición climática desigual entre sistemas sanitarios

Los hallazgos destacan una transición climática fragmentada. Las mejoras en eficiencia pueden aumentar las emisiones reportadas inicialmente, ya que ampliar el acceso al diagnóstico, los tratamientos y la atención preventiva pueden aumentar las emisiones a corto plazo y, al mismo tiempo, mejorar los resultados, tal y como se explica a través de la paradoja de Jevons[21]. Alexandra Hammond subraya **la necesidad de vincular la sostenibilidad medioambiental a la eficiencia operativa.**

Los reingresos evitables, los procedimientos innecesarios y las estancias prolongadas generan emisiones, consumo energético y residuos que podrían evitarse, mientras que las complicaciones incrementan la huella de carbono, dado que la atención de alta complejidad requiere un uso intensivo de recursos adicionales.

> Un sistema sanitario bien gestionado es aquel que utiliza adecuadamente sus productos, ofrece la mejor atención a sus pacientes y prioriza la sostenibilidad.



Alexandra Hammond
Directora asociada de Net Zero and Sustainable Procurement en NHS England, Reino Unido

El Prof. Dr. Dirk De Ridder señala que algunas complicaciones, como la falta de detección del deterioro clínico o procesos perioperatorios débiles, derivan en estancias hospitalarias prolongadas, mayor uso de materiales y residuos y más carga asistencial de los profesionales sanitarios. Los hallazgos del Barómetro sobre infecciones y **sepsis posoperatoria refuerzan el vínculo entre seguridad, eficiencia e impacto medioambiental.**

Las presiones climáticas intensificarán esta interdependencia, ya que las olas de calor, los fenómenos meteorológicos extremos y la inestabilidad de las cadenas de suministro impactan en la demanda asistencial y afectan directamente a la salud humana[22]. Los cambios demográficos representan un factor de riesgo adicional que, junto al aumento de la carga global de enfermedad y una creciente complejidad asistencial, contribuyen a una mayor demanda de atención y mayores emisiones[23].

20. Organisation for Economic Co operation and Development. Decarbonising health systems across OECD countries. Paris: OECD Publishing; 2025.
21. Reid MJA, Mateen B. The Jevons paradox in global health: efficiency, demand, and the AI dilemma. Lancet Digit Health. 2025;7(10).
22. Curtis S, et al. Impact of extreme weather events and climate change for health and social care systems. Public Health. 2017.
23. MacNeill AJ, McGain F, Sherman JD. Planetary health care: a framework for sustainable health systems. The Lancet Planetary Health. 2021;5(2):e66 e68. doi:10.1016/S2542 5196(21)00005 X.

«Estamos empezando a comprender el verdadero coste de las complicaciones, no solo en términos de materiales o de impacto financiero para el hospital, sino también en términos de capacidad.»



Prof. Dr. Dirk de Ridder

Director de calidad y director del Institute for Healthcare Policy de UZ Leuven, Bélgica

Existe una gran oportunidad en la mejora de las mediciones. La complejidad de las cadenas de suministro sanitarias plantea desafíos para la contabilidad de las emisiones de carbono en el sector, dificultando la comparación de los avances o su puesta en práctica. Las cadenas de suministro intensivas en carbono dominan la huella sanitaria: se estima que entre el 60 y el 80 % de las emisiones del sector sanitario proceden de emisiones indirectas de las cadenas de suministro[24]. Por tanto, los sistemas avanzados que dependen de la tecnología y de las compañías farmacéuticas pueden mostrar huellas más elevadas, incluso con hospitales que demuestran una alta eficiencia.

Robert S. Kaplan y Karthik Ramanna, cofundadores del E-ledgers Institute, proponen un modelo prometedor. Su sistema de contabilidad de carbono E-ledgers imita la estructura, trazabilidad y auditabilidad de la contabilidad financiera, tal y como exponen en *Harvard Business Review*[25]. Aplicado al sector sanitario, permite reportar emisiones de forma consistente, cuantificar la huella de carbono asociada al diseño de los circuitos asistenciales y a la variabilidad clínica, informar las decisiones de compra comparando coste y emisiones de carbono y vincular directamente la sostenibilidad con las decisiones financieras y operativas.

«Cuando las organizaciones conocen las emisiones asociadas a los productos de sus proveedores, pueden utilizar esa información para fomentar una competencia sana. En lugar de comparar a los proveedores únicamente por precio, calidad y plazo de entrega, ahora también pueden evaluar las emisiones por kilogramo de material o producto adquirido, así como los métodos de transporte utilizados para trasladar los productos. Esto proporciona a las instituciones una base más sólida para seleccionar proveedores y socios logísticos.»



Prof. Dr. Robert S. Kaplan

Prof. Robert S. Kaplan, profesor emérito de desarrollo del liderazgo en Harvard Business School, EE.UU.

Este enfoque podría reforzar las estrategias nacionales que ya exigen la notificación de emisiones y apoyar la colaboración integrada con los proveedores descrito por Alexandra Hammond en el NHS del Reino Unido, donde el compromiso de reducción de emisiones comienza en la contratación y se implementan de forma colaborativa, y no únicamente desde el cumplimiento normativo.

La variación entre países también muestra diferencias en los patrones de residuos y en el uso de productos, no solo en la práctica clínica. Algunos de los sistemas sanitarios más desarrollados presentan las emisiones más altas, pero la implementación de algunos cambios operativos podría ayudar a reducir su impacto medioambiental, incluyendo la mejora de procesos ineficientes que generan desperdicio de medicamentos y la repetición de pruebas diagnósticas. Actuar sobre estas áreas reduce tanto los costes como las emisiones. Como señala Alexandra Hammond, «la sostenibilidad consiste en hacer las cosas bien y ofrecer una atención sanitaria excelente», enfatizando que un mejor uso de los recursos es, sencillamente, una buena práctica operativa.



Implicaciones y perspectivas

En los sistemas sanitarios, el desempeño en materia de sostenibilidad medioambiental de la atención sanitaria sigue siendo heterogéneo y desigual. Los sistemas que integren la sostenibilidad medioambiental en el diseño de circuitos asistenciales y en los estándares de prestación de cuidados, reduzcan la variabilidad evitable, refuercen la contabilidad de las emisiones de carbono y trabajen de forma proactiva con los proveedores, podrán obtener beneficios operativos, financieros y medioambientales.

Herramientas como el sistema E-ledgers de Kaplan y Ramanna pueden ayudar convertir la sostenibilidad en una práctica medible y preparada para la toma de decisiones. Reforzar la relación entre seguridad, eficiencia, contratación y sostenibilidad tiene un gran impacto en la resiliencia a largo plazo, mejorando la prestación de atención sanitaria y a su vez, reduciendo el impacto medioambiental de los sistemas sanitarios.

24. Organización Mundial de la Salud. Decarbonizing the healthcare supply chain: strategic actions for health systems. Geneva: World Health Organization; 2025. Disponible en: https://www.who.int/publications/b/81844
25. Kaplan, Robert S., and Karthik Ramanna. "Accounting for Climate Change." Harvard Business Review 99, n. º 6 (noviembre-diciembre de 2021): 120-131. (nota: revisión editorial, no revisión por pares)

BD **CAPÍTULO 4**

Eficiencia:

aprovechar la capacidad existente para impulsar la resiliencia

Hallazgos clave:

El desempeño medio de la eficiencia en el conjunto de países en estos indicadores sigue siendo desigual, con una puntuación media de **62/100.** Este resultado refleja la dificultad de los sistemas sanitarios nacionales para seguir el ritmo de la creciente demanda pese a los avances moderados en algunos indicadores de eficiencia[26].

La duración de la estancia hospitalaria muestra pequeñas mejoras. Bélgica, Irlanda, Polonia e Italia obtuvieron puntuaciones más altas y, además, la media del conjunto de países alcanzó los **42/100**, lo cual indica un estancamiento generalizado en la capacidad asistencial del sistema.

Las muertes prevenibles muestran un ligero descenso respecto a la edición anterior del Barómetro. Las puntuaciones de varios países se mantienen sin cambios, mientras que pequeños descensos en países como Dinamarca o el Reino Unido sitúan la puntuación media del conjunto de países en **50/100** frente al **51/100** registrado en 2024.

Las puntuaciones relativas a la esperanza de vida saludable descienden respecto a la última edición del Barómetro, con una caída en la mayoría de los países y un descenso en la puntuación media total de **78/100 en 2024 a 71/100 en 2026**.

La capacidad digital está muy polarizada, como muestra el nuevo indicador sobre el uso de la historia clínica electrónica, que refleja la transición hacia soluciones clínicas digitales y sus implicaciones en la eficiencia asistencial. Los países nórdicos, los Países Bajos y Alemania, entre otros, obtienen puntuaciones elevadas en el uso de la historia clínica electrónica, mientras que muchos otros no disponen de datos, lo que pone de manifiesto una importante fragmentación digital y en la disponibilidad de la información.

La capacidad de las UCI varía ampliamente. Se han introducido dos nuevos indicadores respecto a la ocupación de camas hospitalarias. El primero, relativo a la capacidad de las UCI, refleja la capacidad potencial de los hospitales para gestionar un aumento repentino de pacientes. Alemania se encuentra entre los pocos países con puntuaciones elevadas, mientras que Suecia obtiene la puntuación más baja del Barómetro entre los países con datos disponibles, lo cual evidencia una falta de preparación de los sistemas sanitarios ante picos de demanda.

Las tasas de ocupación de camas presentan una elevada variabilidad. El indicador de ocupación de camas, incorporado en esta edición, aporta un nivel adicional de análisis al indicador del número de camas en la UCI. La puntuación media de todos los países se sitúa en **56/100**, con Grecia a la cabeza y e Irlanda en último lugar, en los países con datos disponibles. En muchos sistemas sanitarios la disponibilidad de camas hospitalarias limita la capacidad de resiliencia ante picos de presión asistencial.

El "gasto de bolsillo" obtiene una puntuación relativamente alta en comparación con otros indicadores de eficiencia. Este nuevo indicador se ha incluido para reflejar la carga financiera que recae directamente sobre el paciente y sus implicaciones de cara al acceso equitativo y la eficiencia del sistema. La puntuación media del conjunto de países se sitúa en 73/100, con varios países que alcanzan90/100, como el Reino Unido, Suecia, los Países Bajos, Irlanda, Alemania, Francia y Dinamarca.

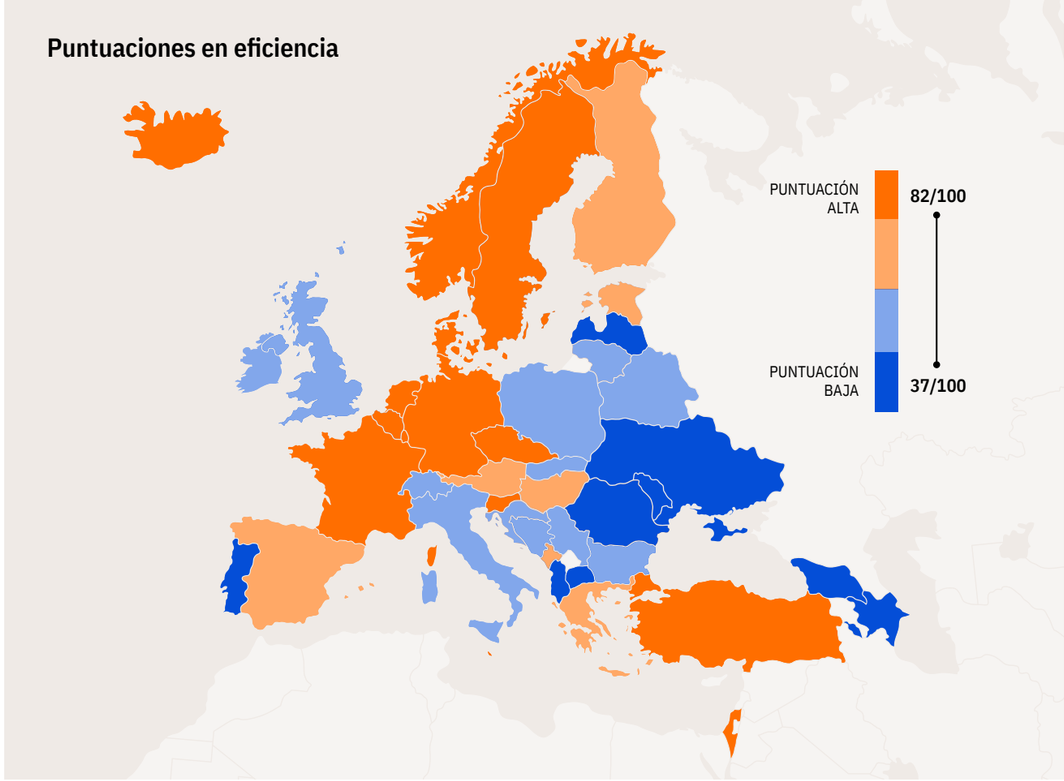
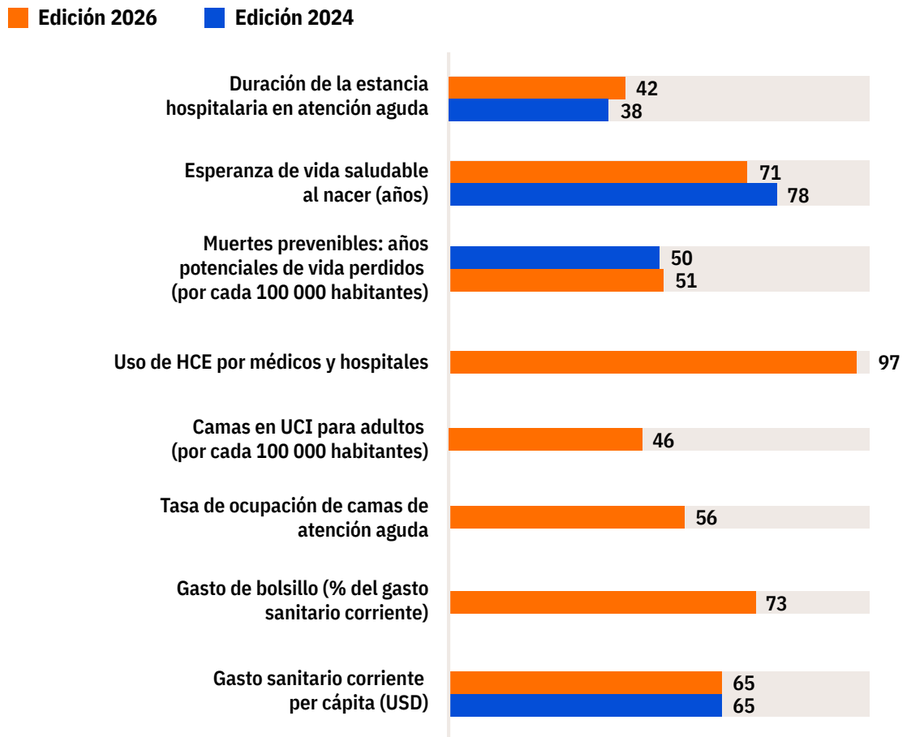


Figura 4: Puntuaciones medias de eficiencia del Barómetro por indicador y país (puntuaciones sobre 100)



Nota: los valores mostrados en estos gráficos de barras no deben interpretarse como tasas reales, ya que han sido transformados para calcular las puntuaciones del Barómetro. Para más información, consulta el apartado «Sistema de puntuación del Barómetro» del anexo.

26. Nota: los indicadores sobre eficiencia utilizados en 2026 no son directamente comparables con los de 2024, los cambios en la puntuación global deben interpretarse con cautela.

La eficiencia en la atención sanitaria es el reflejo de cómo los sistemas sanitarios optimizan el tiempo de los profesionales, la capacidad de camas y la infraestructura en un modelo asistencial seguro y predecible.

Las brechas entre las necesidades locales y sistémicas, la especialización asistencial fragmentada y la falta de previsión, son factores que impactan en la fluidez de todo el sistema y en su eficiencia[27]. Esta edición del Barómetro muestra pequeños avances en contextos aislados, pero no una mejora global del sistema sanitario, necesaria para compensar la escasez de profesionales y el aumento de la demanda asistencial.



Duración de la estancia hospitalaria

La duración de la estancia hospitalaria sigue siendo un indicador clave de la fluidez asistencial. Mientras que Bélgica, Irlanda, Polonia e Italia muestran un progreso incremental, la puntuación media del conjunto de países se mantiene estable, en 42/100, ligeramente por encima del 38/100 registrado en 2024. Estos cambios aislados sugieren una mejor coordinación en algunos lugares, pero no es escalable para que muestren un impacto real en la fluidez de todo el sistema.

Indicadores de resultados en pacientes

Los indicadores de resultados muestran una tendencia similar. Las muertes prevenibles se mantienen estables, con una puntuación de 50/100, y se observan ligeros descensos en países como Dinamarca y el Reino Unido. La esperanza de vida saludable ha disminuido en la mayoría de los sistemas, resultando en la reducción de la puntuación media de 78/100 en 2024 a 71/100. Estas tendencias podrían reflejar no solo el desempeño hospitalario, sino también desafíos previos en la atención primaria, la prevención y el diagnóstico precoz.

> « La prevención no es la única solución, pero podría contribuir a la reducción de la presión sobre la capacidad y liberar recursos que actualmente se desaprovechan en una atención de bajo valor. »



Prof. Dr. Dominique Vandijck

Catedrático de economía de la salud, política sanitaria, innovación sanitaria y gestión de la calidad en Ghent University, Bélgica

Transformación digital

La transformación digital orientada a mejorar la eficiencia de la atención sanitaria sigue siendo desigual. Los sistemas nórdicos, los Países Bajos y Alemania, entre otros, obtienen puntuaciones más altas en el uso de la historia clínica electrónica, mientras que otros países carecen de datos disponibles. Esta fragmentación en la transformación digital puede limitar la interoperabilidad, ralentizar la toma de decisiones y reducir la posibilidad de automatizar tareas de bajo valor. La historia clínica electrónica no solo digitaliza la documentación, transforma procesos al mejorar el flujo de información en el sector sanitario y el acceso seguro a la información del paciente[28].

Camas en UCI para adultos por cada 100 000 habitantes

La capacidad para atender a pacientes críticos también varía ampliamente. De media, los países obtienen una puntuación de **46/100** en camas UCI para adultos por cada 100 000 habitantes, un indicador que puede afectar la capacidad de cada país para hacer frente a picos de demanda, mantener la actividad programada y evitar cuellos de botella en los servicios de urgencias. Los picos estacionales, como las enfermedades respiratorias en invierno, pueden aumentar la presión asistencial.

Por ejemplo, un estudio sobre la ocupación de camas en UCI durante la pandemia de la COVID-19, vinculó la ocupación de camas con un mayor riesgo de mortalidad en pacientes ingresados en UCI, demostrando así la importancia de mantener la disponibilidad de camas para mitigar efectos adversos en la atención al paciente[29].

27. Åhlin C, et al. Bottom up perspectives on hospital wide patient flow: a multi site qualitative study of solutions to organisational paradoxes. BMC Health Services Research. 2026.

28. Costa C, et al. Electronic health records and data exchange in the WHO Europe region: a subregional analysis of achievements, challenges, and prospects. International Journal of Medical Informatics. 2023.
29. Wilde H, et al. The association between mechanical ventilator compatible bed occupancy and mortality risk in intensive care patients with COVID 19: a national retrospective cohort study. BMC Medicine. 2021.

Abordar las presiones sobre la eficiencia en todo el sistema sanitario

Las presiones en materia de eficiencia persisten en los hospitales, donde los flujos de trabajo fragmentados consumen tiempo clínico y ralentizan la toma de decisiones. Los procesos más rígidos pueden dificultar la adaptación de los equipos y estas barreras operativas pueden impactar en el diagnóstico precoz por parte de los profesionales sanitarios y en la derivación entre especialidades, reduciendo potencialmente las oportunidades de prevenir el deterioro clínico o la disminución de la estancia hospitalaria.

> Los procesos rutinarios, como los traspasos de información o los traslados, a menudo necesitan rediseñarse, porque las pequeñas ineficiencias se repiten cientos de veces al día.



Prof. Dr. Dirk De Ridder

Director de calidad y director del Institute for Healthcare Policy de UZ Leuven, Bélgica

> Cuando los servicios no están conectados entre sí, la carga asistencial para los profesionales aumenta. Crear un sistema más integrado beneficiaría tanto a los pacientes como a los profesionales que prestan la atención.



Sonya Carassik Ratty

Directora ejecutiva de Adapt & Live, Reino Unido

La eficiencia también depende de las transiciones asistenciales. El Prof. Dr. Dirk De Ridder destaca que los procesos de traslado están «generando incidencias, porque los flujos de trabajo se han desarrollado en base a supuestos que ya no se sostienen». Las transiciones asistenciales, especialmente las altas hospitalarias que se derivan a atención primaria, son puntos clave respecto a la comunicación entre los diferentes profesionales de la salud de cara a proteger los resultados en pacientes y prevenir los reingresose[30].

El Barómetro refleja este desafío en las transiciones asistenciales mediante la elevada ocupación de camas. La puntuación media del conjunto de países es de 56/100, con la mayor presión en Irlanda, donde la capacidad limitada deja poco margen para atender los picos de demanda sin alterar la fluidez del sistema.

«Generando incidencias, porque los flujos de trabajo se han desarrollado en base a supuestos que ya no se sostienen.»

Prof. Dr. Dirk De Ridder

Tras estos indicadores subyacen las limitaciones estructurales analizadas en los capítulos anteriores de este informe. La escasez y el envejecimiento de los profesionales sanitarios y la combinación desigual de competencias pueden limitar la capacidad de gestionar circuitos asistenciales más eficientes. El Dr. Bengoa subraya que «los modelos asistenciales fragmentados ralentizan la mejora. Sin una atención sanitaria integrada e incentivos alineados, el impacto se mantiene a nivel local y no se amplía a todo el sistema». Amah Kouevi describe cómo las medidas de resultados en salud desde la perspectiva del paciente (PROMs) pueden conectar su experiencia con los objetivos de eficiencia.

> Al comparar las medidas de resultados comunicados por los pacientes entre regiones y enfoques terapéuticos, los PROMs permiten identificar qué prácticas clínicas ofrecen los mejores resultados y contribuyen a impulsar el avance científico.



Amah Kouevi

Director del French Patient Experience Institute, Francia

Implicaciones y perspectivas

En los distintos sistemas sanitarios, los hospitales se enfrentan a una brecha cada vez mayor entre el aumento de la demanda y la capacidad disponible. Una eficiencia real pasa por liberar la capacidad desaprovechada reduciendo la actividad clínica y operativa innecesaria, de forma que pueda generarse más valor con los recursos actuales y limitados.

La eficiencia en la atención sanitaria sigue siendo moderada y desigual entre países. Los avances en la duración de la estancia hospitalaria son limitados y no están equilibrados con el aumento de la presión asistencia, las muertes prevenibles no muestran mejoras y la esperanza de vida saludable está en declive. Las limitaciones en la infraestructura digital y de datos, en la capacidad para atender pacientes críticos y de las transiciones asistenciales siguen debilitando la capacidad de respuesta del sistema y la fluidez asistencial.

Estos puntos débiles, agravados por la escasez y el envejecimiento del personal sanitario, reducen la flexibilidad operativa. Los procesos ineficientes también generan emisiones y residuos innecesarios al generar retrasos y duplicidades.

Mejorar la eficiencia requerirá procesos de alta hospitalaria y traspaso de información más fiables, una inversión en digitalización dirigida a mejorar la interoperabilidad y la reducción de la carga administrativa, así como modelos asistenciales rediseñados que trasladen la actividad adecuada hacia la atención primaria. Una mayor integración con atención primaria será esencial para prevenir la demanda asistencial aguda evitable y facilitar altas más tempranas y seguras.

De cara al futuro, las mejoras más rápidas podrían derivarse del alivio de la carga administrativa, el refuerzo de la interoperabilidad y el rediseño de los procesos clínicos para optimizar el tiempo que se emplea con los pacientes, con el apoyo de la tecnología y una inteligencia artificial responsable que permita agilizar los flujos de trabajo y reforzar la toma de decisiones.

30. Becker A, et al. Interventions to improve communication at hospital discharge and rates of readmission. JAMA Netw Open. 2021.

REFLEXIONES FINALES

Los sistemas sanitarios se enfrentan a una presión mantenida. En el Barómetro se destacan oportunidades claras para reforzar la resiliencia, como el seguimiento de las complicaciones derivadas de la asistencia sanitaria y la mejora de las transiciones asistenciales. Las siguientes conclusiones reflejan temas prioritarios comunes entre países, basados en los datos del Barómetro, las perspectivas aportadas por líderes clave y las colaboraciones de BD con distintos organismos e instituciones. Cada una de ellas incluye posibles beneficios en el funcionamiento del sistema y en la utilización de los recursos disponibles.

1 Priorizar la seguridad del paciente como primera línea de defensa

La seguridad del paciente debe considerarse una capacidad organizativa esencial en lugar de un indicador de calidad aislado, con responsabilidades a nivel directivo en materia de prevención de infecciones, la detección precoz del deterioro clínico y la seguridad perioperatoria.

2 Reforzar la capacidad de los profesionales sanitarios mediante el rediseño de roles, la mejora de condiciones laborales y la inversión en planes formativos específicos

La inversión en los profesionales de la salud debe equilibrarse, evitando medidas cortoplacistas e iniciativas fragmentadas que quedan estancadas si no se acompañan de cambios en la estructura del sistema. La inversión podría reorientarse al rediseño de roles profesionales, la protección del tiempo clínico y la implementación de programas formativos y de incorporación específicos, especialmente para profesionales contratados internacionalmente.

3 Impulsar la atención integrada mediante responsabilidad compartida y la coordinación del sistema

La integración puede requerir responsabilidad compartida en los resultados en salud obtenidos entre atención primaria, hospitalaria y otros recursos asistenciales. Debería considerarse el equilibro de incentivos, criterios de escalada y acceso a los datos en diferentes ámbitos asistenciales que refuercen la resiliencia y protejan los resultados en el paciente.

4 Reforzar las bases del sistema para mejorar el rendimiento operativo

El rendimiento operativo del sistema puede depender de cómo reacciona cuando se encuentra bajo presión. Se debería reconsiderar el rediseño completo de los circuitos asistenciales, el refuerzo de la gobernanza de la escalada y los procesos de alta y la estandarización de la toma de decisiones operativas.

5 Automatizar tareas para reducir la carga de los profesionales sanitarios

La automatización debería ser un punto clave en el sistema y no una medida innovadora discrecional. Se debe priorizar la eliminación de tareas repetitivas, la simplificación y estandarización de flujos de trabajo y la protección del tiempo clínico y de la capacidad de concentración de los profesionales.

6 Integrar a diario la sostenibilidad medioambiental en el día a día de la asistencia sanitaria

Los procesos con mayores emisiones pueden indicar ineficiencias subyacentes, uso innecesario de recursos y mayor desperdicio y flujos asistenciales debilitados. Optimizando el uso de productos, eliminando duplicidades e implementando una contratación sanitaria más disciplinada pueden reducirse las emisiones y mejorar la eficiencia operativa. La medición de la huella de carbono a través de herramientas como los E-ledgers pueden apoyar una toma de decisiones más orientadas y rigurosas.

7 Ampliar el enfoque en la prevención y la salud de la población como factores clave de la resiliencia

Ningún sistema sanitario puede hacer frente a la carga de las enfermedades crónicas aumentando únicamente la capacidad asistencial. Los líderes del sector sanitario reconocen que, cada vez más, la optimización hospitalaria por sí sola no puede absorber esta presión. Apostar por la prevención, a través de cribados más tempranos, el diagnóstico precoz y una gestión proactiva en atención primaria, debería considerarse parte de la estrategia central de los sistemas sanitarios, reduciendo así la demanda evitable y protegiendo la capacidad hospitalaria.

BD como aliado del sistema sanitario

BD seguirá orientando sus esfuerzos en detectar qué factores amenazan la resiliencia de los sistemas sanitarios en materia de la seguridad del paciente, los profesionales sanitarios, la eficiencia y la sostenibilidad de la asistencia sanitaria.

El verdadero impacto se origin realizando cambios en todo el sistema. BD continuará trabajando con líderes del sector para convertir estas recomendaciones en resultados tangibles, para que la asistencia sanitaria siga siendo segura, de calidad y sostenible, para las generaciones actuales y futuras.



BD RADIOGRAFÍAS POR PAÍS

Estas radiografías por país recogen aspectos destacados de la edición 2026 del Barómetro. Los indicadores incluidos a continuación no son exhaustivos.

Listado de abreviaturas:

CSU - cobertura sanitaria universal

EVS - esperanza de vida saludable

GEI - gases de efecto invernadero

HCE - historia clínica electrónica

ILQ - infecciones del lugar quirúrgico

IRAS - infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

RAM - resistencia a los antimicrobianos

tCO_2e/cápita - toneladas de CO_2 equivalente per cápita

UCI - unidad de cuidados intensivos

(En el anexo se incluye la lista completa de indicadores y sus fuentes)



Alemania

▲ PRINCIPALES FORTALEZAS	▲ POR ENCIMA DE LA MEDIA	▲ ÁREAS EN MEJORA
• CSU: 90/100 • Disponibilidad de enfermeras: 90/100 • Graduados: 100/100 • Gasto de bolsillo: 90/100 • HCE: 100/100	• Camas en UCI: 70/100 (frente a 46/100 de media del conjunto de países) • ILQ: 80/100 (frente a 70/100 de media del conjunto de países) • Disponibilidad de médicos: 60/100 (frente a 50/100 de media del conjunto de países)	• Efectos adversos: +20 respecto a la última edición
▼ PRINCIPALES DEBILIDADES	**▼ POR DEBAJO DE LA MEDIA**	**▼ ÁREAS EN DESCENSO**
• Profesionales de 55 años o más: 10/100 • Duración de la estancia hospitalaria: 10/100 • tCO_2e per cápita: 30/100 • Huella sanitaria como porcentaje de la huella nacional: 30/100	• Duración de la estancia hospitalaria: 10/100 (frente a 42/100 de media del conjunto de países) • Profesionales de 55 años o más: 10/100 (frente a 44/100 de media del conjunto de países)	• CSU: -10 respecto a la última edición • Ratio de enfermeras por médico: -20 respecto a la última edición • Gasto sanitario: -10 respecto a la última edición

PALANCAS DE ACTUACIÓN: Aprovechar la fortaleza de la UCI y de las herramientas digitales para reducir la duración la estancia hospitalaria mediante la mejora de la gobernanza del proceso de alta y un inicio más temprano de la rehabilitación.

Bélgica

▲ PRINCIPALES FORTALEZAS	▲ POR ENCIMA DE LA MEDIA	▲ ÁREAS EN MEJORA
• Muertes por RAM: 80/100 • ILQ IRAS: 90/100 • CSU: 90/100 • Disponibilidad de enfermeras: 90/100	• Disponibilidad de médicos: 80/100 (frente a 50/100 de media del conjunto de países) • Disponibilidad de enfermeras: 90/100 (frente a 77/100 de media del conjunto de países) • ILQ: 90/100 (frente a 70/100 de media del conjunto de países)	• Duración de la estancia hospitalaria: +10 respecto a la última edición • Muertes por RAM: +10 respecto a la última edición
▼ PRINCIPALES DEBILIDADES	**▼ POR DEBAJO DE LA MEDIA**	**▼ ÁREAS EN DESCENSO**
• Sepsis posoperatoria: 20/100 • tCO_2e per cápita: 10/100 • Emisiones GEI per cápita: 30/100 • Huella de carbono sanitaria: 30/100	• Sepsis posoperatoria: 20/100 (frente a 33/100 de media del conjunto de países) • tCO_2e per cápita: 10/100 (frente a 52/100 de media del conjunto de países)	• Disponibilidad de enfermeras: -10 respecto a la última edición

PALANCAS DE ACTUACIÓN: Centrar los esfuerzos en la reducción de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) en las diferentes unidades de hospitalización y en la fiabilidad de los procesos de escalada clínica, aprovechando las buenas prácticas en ILQ para estandarizar los paquetes de medidas en las unidades de hospitalización y acortar las estancias.

Dinamarca

▲ PRINCIPALES FORTALEZAS	▲ POR ENCIMA DE LA MEDIA	▲ ÁREAS EN MEJORA
• Muertes por RAM: 90/100 • Gasto de bolsillo: 90/100 • HCE: 100/100 • Disponibilidad de enfermeras: 90/100	• Sepsis: 60/100 (frente a 42/100 de media del conjunto de países) • CSU: 80/100 (frente a 74/100 de media del conjunto de países)	• Muertes por RAM: +10 respecto a la última edición
▼ PRINCIPALES DEBILIDADES	**▼ POR DEBAJO DE LA MEDIA**	**▼ ÁREAS EN DESCENSO**
• Huella de carbono sanitaria: 20/100 • tCO_2e per cápita: 20/100 • Profesionales de 55 años o más: 40/100	• tCO_2e per cápita: 20/100 (frente a 52/100 de media del conjunto de países)	• Disponibilidad de médicos: -10 respecto a la última edición • Gasto sanitario: -10 respecto a la última edición • EVS: -10 respecto a la última edición

PALANCAS DE ACTUACIÓN: Mejorar la disponibilidad de datos perioperatorios y de capacidad asistencial y aprovechar la madurez digital para integrar los circuitos asistenciales de sepsis y los criterios de alta en el día.

España

▲ PRINCIPALES FORTALEZAS	▲ POR ENCIMA DE LA MEDIA	▲ ÁREAS EN MEJORA
• CSU: 80/100 • Graduados: 80/100 • EVS: 80/100 • Gasto de bolsillo: 80/100	• Muertes prevenibles: 70/100 (frente a 50/100 de media del conjunto de países) • EVS: 80/100 (frente a 71/100 de media del conjunto de países) • CSU: 80/100 (frente a 74/10 de media del conjunto de países) • tCO_2e per cápita: 70/100 (frente a 52/100 de media del conjunto de países)	• IRAS: +10 respecto a la última edición • Efectos adversos: +10 respecto a la última edición
▼ PRINCIPALES DEBILIDADES	**▼ POR DEBAJO DE LA MEDIA**	**▼ ÁREAS EN DESCENSO**
• Sepsis posoperatoria: 30/100 • Profesionales de 55 años o más: 10/100 • Ratio de enfermeras por médico: 30/100	• IRAS: 40/100 (frente a 53/100 de media del conjunto de países) • Ratio de enfermeras por médico: 30/100 (frente a 56/100 de media del conjunto de países)	• CSU: -10 respecto a la última edición • EVS: -10 respecto a la última edición • Disponibilidad de médicos: -10 respecto de la última edición

PALANCAS DE ACTUACIÓN: Mantener los avances en la prevención de las IRAS y reforzar el equilibrio de los equipos médicos y de enfermería para apoyar la actividad asistencial programada.

Francia

▲ PRINCIPALES FORTALEZAS	▲ POR ENCIMA DE LA MEDIA	▲ ÁREAS EN MEJORA
• Gasto de bolsillo: 90/100 • Graduados: 100/100 • Disponibilidad de enfermeras: 90/100 • Gasto sanitario: 80/100	• ILQ: 80/100 (frente a 70/100 de media del conjunto de países) • EVS: 80/100 (frente a 71/100 de media del conjunto de países)	• Ninguna registrada
▼ PRINCIPALES DEBILIDADES	**▼ POR DEBAJO DE LA MEDIA**	**▼ ÁREAS EN DESCENSO**
• Huella de carbono sanitaria: 40/100 • Profesionales de 55 años o más: 10/100 • Efectos adversos: 40/100 • Disponibilidad de médicos: 40/100	• Disponibilidad de médicos: 40/100 (frente a 50/100 de media del conjunto de países) • Profesionales de 55 años o más: 10/100 (frente a 44/100 de media del conjunto de países)	• Disponibilidad de médicos: -10 respecto a la última edición • Disponibilidad de enfermeras: -10 respecto a la última edición • EVS: -10 respecto a la última edición

PALANCAS DE ACTUACIÓN: Proteger la productividad quirúrgica aprovechando el liderazgo en los indicadores de ILQ y agilizar los procesos de incorporación de nuevos profesionales para compensar el envejecimiento, utilizando la fortaleza de nuevos graduados para equilibrar la combinación de competencias en las distintas unidades de hospitalización.

Irlanda

▲ PRINCIPALES FORTALEZAS	▲ POR ENCIMA DE LA MEDIA	▲ ÁREAS EN MEJORA
• Muertes por RAM: 90/100 • Disponibilidad de enfermeras: 100/100 • Ratio de enfermeras por médico: 90/100 • Gasto sanitario: 90/100 • Gasto de bolsillo: 90/100	• Disponibilidad de enfermeras: 100/100 (frente a 77/100 de media del conjunto de países) • Muertes prevenibles: 60/100 (frente a 50/100 de media del conjunto de países)	• Duración de la estancia hospitalaria: +10 respecto a la última edición • IRAS: +10 respecto a la última edición
▼ PRINCIPALES DEBILIDADES	**▼ POR DEBAJO DE LA MEDIA**	**▼ ÁREAS EN DESCENSO**
• Camas en UCI: 20/100 • Ocupación de camas: 20/100 • Huella de carbono sanitaria: 40/100 • tCO_2e per cápita: 40/100	• Camas en UCI: 20/100 (frente a 46/100 de media del conjunto de países)	• Disponibilidad de médicos: -10 respecto a la última edición • EVS: -10 respecto de la última edición • Complicaciones: -10 respecto a la última edición

PALANCAS DE ACTUACIÓN: Priorizar la preparación ante picos de demanda en UCI y aumentar la visibilidad de datos perioperatorios. Además, ampliar procesos de alta liderados por enfermería y la escalada clínica para proteger la fluidez asistencial.



Italia

▲ PRINCIPALES FORTALEZAS	▲ POR ENCIMA DE LA MEDIA	▲ ÁREAS EN MEJORA
• HCE: 90/100 • EVS: 80/100 • Graduados: 90/100 • CSU: 80/100	• Sepsis posoperatoria: 60/100 (frente a 33/100 de media del conjunto de países) • Graduados 90/100: (frente a 52/100 de media del conjunto de países) • tCO_2e per cápita: 70/100 (frente a 52/100 de media del conjunto de países)	• Duración de la estancia hospitalaria: +10 respecto a la última edición • IRAS: +20 respecto de la última edición
▼ PRINCIPALES DEBILIDADES	**▼ POR DEBAJO DE LA MEDIA**	**▼ ÁREAS EN DESCENSO**
• Sepsis: 30/100 • Profesionales de 55 años o más: 20/100 • Duración de la estancia hospitalaria: 20/100 • Camas en UCI: 30/100	• Duración de la estancia hospitalaria: 20/100 (frente a 42/100 de media del conjunto de países) • Camas de UCI: 30/100 (frente a 46/100 de media del conjunto de países) • Ratio de enfermeras por médico: 30/100 (frente a 56/100 de media del conjunto de países)	• Disponibilidad de médicos: -10 respecto a la última edición • EVS: -10 respecto a la última edición

PALANCAS DE ACTUACIÓN: Integrar la seguridad perioperatoria en unidades de hospitalización y aumentar la cirugía ambulatoria para reducir la duración de la estancia hospitalaria.



Países Bajos

▲ PRINCIPALES FORTALEZAS	▲ POR ENCIMA DE LA MEDIA	▲ ÁREAS EN MEJORA
• Muertes por RAM: 80/100 • Disponibilidad de enfermeras: 90/100 • Gasto de bolsillo: 90/100 • HCE: 100/100	• Muertes prevenibles: 70/100 (frente a 50/100 de media del conjunto de países) • Disponibilidad de enfermeras: 90/100 (frente a 77/10 de media del conjunto de países) • Ratio enfermeras por médico: 70/100 (frente a 56/100 de media del conjunto de países)	• Efectos adversos: +10 respecto a la última edición
▼ PRINCIPALES DEBILIDADES	**▼ POR DEBAJO DE LA MEDIA**	**▼ ÁREAS EN DESCENSO**
• Sepsis posoperatoria: 10/100 • Profesionales de 55 años o más: 20/100 • Camas en UCI: 20/100 • Huella de carbono sanitaria: 20/100 • tCO_2e per cápita: 20/100	• Sepsis posoperatoria: 10/100 (frente a 33/100 de media del conjunto de países) • Camas en UCI: 20/100 (frente a 46/100 de media del conjunto de países) • tCO_2e per cápita: 20/100 (frente a 52/100 de media del conjunto de países)	• CSU: -10 respecto a la última edición • EVS: -10 respecto a la última edición • Complicaciones: -10 respecto de la última edición

PALANCAS DE ACTUACIÓN: Poner el foco en la escalada clínica posoperatoria y reforzar los datos sobre la duración de la estancia hospitalaria para mejorar la planificación de camas y la fluidez asistencial.



Polonia

▲ PRINCIPALES FORTALEZAS	▲ POR ENCIMA DE LA MEDIA	▲ ÁREAS EN MEJORA
• Sepsis posoperatoria: 80/100 • CSU: 80/100 • Graduados: 80/100): • Gasto de bolsillo: 80/100	• Sepsis posoperatoria: 80/100 (frente a 33/100 de media del conjunto de países) • Graduados: 80/100 (frente a 52/100 de media del conjunto de países) • tCO_2e per cápita: 70/100 (frente a 52/100 de media del conjunto de países)	• Duración de la estancia hospitalaria: +20 respecto de la última edición
▼ PRINCIPALES DEBILIDADES	**▼ POR DEBAJO DE LA MEDIA**	**▼ ÁREAS EN DESCENSO**
• Complicaciones (20/100) • Muertes prevenibles (30/100) • Ratio de enfermeras por médico (40/100) • Duración de la estancia hospitalaria (40/100)	• Muertes prevenibles: 30/100 (frente a 50/100 de media del conjunto de países) • Ratio enfermeras por médico: 40/100 (frente a 56/100 de media del conjunto de países)	• Ratio de enfermeras por médico: -10 respecto a la última edición • EVS: -10 respecto a la última edición • Efectos adversos: -10 respecto de la última edición

PALANCAS DE ACTUACIÓN: Implantar a escala nacional los paquetes de medidas perioperatorias y actuar sobre las muertes prevenibles mediante la detección precoz y la coordinación del abordaje de la cronicidad.



Reino Unido

▲ PRINCIPALES FORTALEZAS	▲ POR ENCIMA DE LA MEDIA	▲ ÁREAS EN MEJORA
• CSU: 100/100 • Gasto de bolsillo: 90/100 • Disponibilidad de enfermeras: 90/100 • Gasto sanitario: 80/100 • EVS: 80/100 • Muertes por RAM: 80/100	• CSU: 100/100 (frente a 74/100 de media del conjunto de países) • Disponibilidad de enfermeras: 90/100 (frente a 77/100 de media del conjunto de países) • Gasto de bolsillo: 90/100 (frente a 73/100 de media del conjunto de países)	• Efectos adversos: +10 respecto a la última edición
▼ PRINCIPALES DEBILIDADES	**▼ POR DEBAJO DE LA MEDIA**	**▼ ÁREAS EN DESCENSO**
• Duración de la estancia hospitalaria: 10/100 • Profesionales de 55 años o más: 10/100 • Sepsis posoperatoria: 10/100 • Sepsis: 30/100 • Ocupación de camas: 30/100 • tCO_2e per cápita: 30/100):	• Duración de la estancia hospitalaria: 10/100 (frente a 42/100 de media del conjunto de países) • Sepsis posoperatoria: 10/100 (frente a 33/100 de media del conjunto de países) • Disponibilidad de médicos: 40/100 (frente a 50/100 e media del conjunto de países) • tCO_2e per cápita: 30/100 (frente a 52/100 de media del conjunto de países)	• Muertes prevenibles: -10 respecto a la última edición • Duración de la estancia hospitalaria: -10 respecto a la última edición

PALANCAS DE ACTUACIÓN: Reforzar la respuesta a la sepsis perioperatoria e impulsar los modelos de alta temprana con apoyo asistencial para reducir la duración de la estancia hospitalaria sin añadir más camas.

Suecia

▲ PRINCIPALES FORTALEZAS	▲ POR ENCIMA DE LA MEDIA	▲ ÁREAS EN MEJORA
• Muertes por RAM: 90/100 • Disponibilidad de enfermeras: 90/100 • EVS: 90/100 • HCE: 100/100 • Gasto de bolsillo: 90/100	• EVS: 90/100 (frente a 71/100 de media del conjunto de países) • Sepsis: 50/100 (frente a 42/100 de media del conjunto de países)	• Ninguna registrada
▼ PRINCIPALES DEBILIDADES	**▼ POR DEBAJO DE LA MEDIA**	**▼ ÁREAS EN DESCENSO**
• IRAS (30/100) • Profesionales de 55 años o más (20/100) • Camas en UCI (10/100) • Sepsis posoperatoria (40/100)	• Camas en UCI: 10/100 (frente a 46/100 de media del conjunto de países) • Profesionales de 55 años o más: 20/100 (frente a 44/100 de media del conjunto de países)	• Disponibilidad de médicos: -40 respecto a la última edición • Disponibilidad de enfermeras: -10 respecto a la última edición • CSU: -10 respecto a la última edición

PALANCAS DE ACTUACIÓN: Reforzar los equipos médicos y añadir capacidad en UCI para hacer frente a los picos de demanda, sin comprometer la seguridad perioperatoria.

Suiza

▲ PRINCIPALES FORTALEZAS	▲ POR ENCIMA DE LA MEDIA	▲ ÁREAS EN MEJORA
• Muertes por RAM: 90/100 • CSU: 90/100 • Disponibilidad de enfermeras: 100/100 • Ratio de enfermeras por médico: 100/100 • Gasto sanitario: 100/100	• Disponibilidad de enfermeras: 100/100 (frente a 77/100 de media del conjunto de países) • Ratio de enfermeras por médico: 100/100 (frente a 56/100 de media del conjunto de países)	• Ninguna registrada
▼ PRINCIPALES DEBILIDADES	**▼ POR DEBAJO DE LA MEDIA**	**▼ ÁREAS EN DESCENSO**
• Duración de la estancia hospitalaria: 20/100 • Camas en UCI: 20/100 • tCO_2e per cápita: 10/100 • Huella de carbono sanitaria: 10/100	• Duración de la estancia hospitalaria: 20/100 (frente a 42/100 de media del conjunto de países) • Camas en UCI: 20/100 (frente a 46/100 de media del conjunto de países) • Profesionales de 55 años o más: 30/100 (frente a 44/100 de media del conjunto de países)	• Disponibilidad de médicos: -10 respecto a la última edición • Complicaciones: -10 respecto a la última edición • Duración de la estancia hospitalaria: -10 respecto a la última edición

PALANCAS DE ACTUACIÓN: Aprovechar la solidez de la enfermería para acelerar la movilización precoz y el proceso de alta e invertir en la capacidad de la UCI.



En esta edición del Barómetro de resiliencia sanitaria, se ha incorporado un nuevo grupo de indicadores en materia de sostenibilidad.

En versiones anteriores del Barómetro, los indicadores de sostenibilidad se incluían dentro de las puntuaciones de eficiencia de cada país. Sin embargo, en la edición de este año, los países reciben puntuaciones diferenciadas en eficiencia y sostenibilidad medioambiental, de acuerdo con las agrupaciones de indicadores detalladas a continuación.

Dado que los indicadores incluidos en el Barómetro pueden variar ligeramente de un año a otro, las puntuaciones no son directamente comparables entre ediciones. No obstante, el Barómetro se ha diseñado para mantener un núcleo estable de indicadores dentro de cada dimensión, lo que permite evaluar de forma significativa la evolución y tendencias a lo largo del tiempo.

Tabla 1: descripción completa de los indicadores y fuentes

FUENTES DE DATOS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS					
Nuevo	Indicador	Descripción completa	Año	Fuente	Fecha de consulta
SEGURIDAD DEL PACIENTE					
	Efectos adversos	Efectos adversos del tratamiento (tasa por 100 000 habitantes)	2022	IHME	07.04.2026
	Complicaciones	Complicaciones posteriores a procedimientos terapéuticos	2022	IHME	07.04.2026
	Muertes por RAM	Muertes por resistencia a antimicrobianos (tasa por 100 000 habitantes)	2021	IHME	07.04.2026
	Sepsis	Incidencia de sepsis (tasa por 1000 000 habitantes)	2021	The Lancet	16.03.2026
	IRAS - total	Prevalencia de IRAS (%)	2022-23	ECDC	16.03.2026
	IRAS - ILQ	Infecciones del lugar quirúrgico (tasa por cada 100 intervenciones)	2021-22	ECDC	16.03.2026
Nuevo	Sepsis posoperatoria	Sepsis posoperatoria (tasa por cada 100 000 altas hospitalarias)	2020-21	OCDE	16.03.2026
	Cobertura sanitaria universal	Índice de cobertura sanitaria universal (ODS 3.8.1)	2023	OMS	16.03.2026
PROFESIONALES SANITARIOS					
	Ratio enfermeras por paciente (enfermeras)	Profesionales de la enfermería (tasa por cada 10 000 habitantes)	2022-23	OMS	16.03.2026
	Ratio de médicos por paciente (médicos)	Médicos (tasa por cada 10 000 habitantes)	2023	OMS	16.03.2026
	Ratio de enfermeras por médico	Ratio de enfermeras por médico	2023	OCDE	16.03.2026
Nuevo	Número total de personal de 55 años o más	Enfermeras y médicos de 55 años o más	2022-23	Portal de datos de las Cuentas Nacionales de Recursos Humanos para la Salud (NHWA) de la OMS	16.03.2026
Nuevo	Número total de graduados en medicina y enfermería	Número total de graduados en medicina y enfermería	2023-24	Eurostat	16.03.2026
EFICIENCIA					
	Duración de la estancia hospitalaria	Duración de la estancia hospitalaria en atención aguda (número de días)	2022	OCSE	16.03.2026
	Gasto sanitario corriente per cápita (USD)	Gasto sanitario corriente per cápita (USD)	2026	OMS	16.03.2026
	Muertes prevenibles	Años potenciales de vida perdidos (por cada 100 000 habitantes)	2022-23	OCSE	16.03.2026
	Esperanza de vida saludable	Esperanza de vida saludable (EVS) al nacer (años)	2024	OMS	16.03.2026
Nuevo	Camas en UCI para adultos	Camas en UCI para adultos (por cada 100 000 habitantes)	2023	OCSE	16.03.2026
Nuevo	Ocupación de camas	Tasa de ocupación de camas de atención aguda	2023	OCSE	16.03.2026
Nuevo	Gasto de bolsillo	Gasto de bolsillo (% del gasto sanitario corriente)	2023	OMS	16.03.2026
Nuevo	Uso de historia clínica electrónica	Uso de HCE por médicos y hospitales	2021	OCSE	16.03.2026

FUENTES DE DATOS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS					
Nuevo	Indicador	Descripción completa	Año	Fuente	Fecha de consulta
Nuevo: SOSTENIBILIDAD					
Nuevo	Emisiones de gases de efecto invernadero procedentes del sector sanitario (per cápita)	Emisiones de gases de efecto invernadero per cápita derivadas del consumo del sector sanitario nacional	2022	The Lancet	16.03.2026
	Huella sanitaria como % de la huella nacional	Huella sanitaria como porcentaje de las emisiones nacionales	2019	Healthcare Without Harm	16.03.2026
	Huella sanitaria per cápita (tCO_2e /cápita)	Huella sanitaria per cápita según el porcentaje del PIB destinado a sanidad	2019	Healthcare Without Harm	16.03.2026

Tabla 2: Lista completa de las partes interesadas entrevistadas

Nombre	País	Cargo y organización
Dr. Rafael Bengoa	España	*Senior fellow* en Harvard University y exdirector de Sistemas de Salud en la OMS
Prof. Robert S. Kaplan	EE. UU.	Profesor emérito de desarrollo del liderazgo en Harvard Business School
Prof. Dominique Vandijck	Bélgica	Catedrático de economía de la salud, política sanitaria, innovación sanitaria y gestión de la calidad en Ghent University
Alexandra Hammond	Reino Unido	Directora asociada de Net Zero and Sustainable Procurement en NHS England
Prof. Dr. Dirk De Ridder	Bélgica	Director de calidad y director del Institute for Healthcare Policy de UZ Leuven
Prof. Dr. Anders Ahlsson	Suecia	Director de servicios sanitarios y médicos de Region Stockholm
Amah Kouevi	Francia	Director del French Patient Experience Institute
Dr. Matthias Gründling	Alemania	Director de SepsisDialog en University Medical Center Greifswald
Sonya Carassik Ratty	Reino Unido	Directora ejecutiva, Adapt & Live

Sistema de puntuación del Barómetro

Clasificación

En el Barómetro de resiliencia sanitaria de BD, cada país recibió una puntuación agregada de resiliencia de 0 a 100. Esta puntuación es una medida compuesta, calculada como la media de las puntuaciones de resiliencia en las cuatro áreas temáticas: seguridad del paciente, profesionales sanitarios, sostenibilidad medioambiental y eficiencia.

Asignación de puntuaciones por indicador

Para cada uno de los indicadores individuales de resiliencia, los datos brutos se convierten a una escala de 1 a 10, con el fin de estandarizarlos y facilitar la comparación. Las puntuaciones entre 1 y 10 se multiplicaron por 10 y se presentaron en el Barómetro en una escala de 0 a 100, permitiendo el uso de números enteros para las medias nacionales y regionales.

Este proceso implicó la creación de rangos específicos para cada indicador, con el objetivo de crear una distribución adecuada de los datos de los distintos países. Siempre que ha sido posible, se ha buscado aproximarse a una distribución normal, manteniendo al mismo tiempo un tamaño de rango estándar.

Interpretación de las puntuaciones del Barómetro

Dado que los datos originales en los que se basa el Barómetro están definidos en diferentes escalas y unidades de medida, se creó un sistema de puntuación de 0 a 100 para clasificar e interpretar de forma estandarizada los datos procedentes de las diversas fuentes.

Según el sistema unificado, 100/100 representa la mejor puntuación posible en todos los indicadores. Como muestra la tabla de clasificación de la sección anterior, una puntuación más alta siempre será más positiva, ya que indica un mayor nivel de resiliencia sanitaria del país.



Tabla 3: sistema de puntuación del Barómetro por indicador

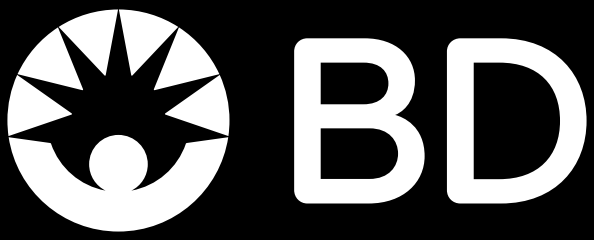
Indicador	Fuente	Unidad de medida de la escala original	Puntuación asignada en el Barómetro
SEGURIDAD DEL PACIENTE			
Efectos adversos	IHME	Tasa por 100 000 habitantes	<0.25 = 100 >6 = 10
Complicaciones	IHME	Tasa por 100 000 habitantes	<10 = 100 >70 = 10
Muertes por RAM	IHME	Tasa por 100 000 habitantes	<18 = 100 >162 = 10
Sepsis	The Lancet	Tasa por 100 000 habitantes	<250 = 100 >2,250 = 10
IRAS - total	ECDC	% de prevalencia	<1.3 = 100 >11.7 = 10
IRAS - ILQ	ECDC	Tasa por cada 100 intervenciones	<1 = 100 >9 = 10
Sepsis posoperatoria	OCDE	Por cada 100 000 altas hospitalarias	<50 = 100 >3,500.01 = 10
Cobertura de CSU	OMS	Índice de cobertura sanitaria universal	<40 = 10 >87.51 = 100
PROFESIONALES SANITARIOS			
Ratio enfermeras por paciente (enfermería)	OMS	Enfermeras (tasa por cada 10 000 habitantes)	>145 = 100 <10 = 10
Ratio médico por paciente (médicos)	OMS	Médicos (tasa por cada 10 000 habitantes	<9 = 10 >81 = 100
Ratio de enfermeras por médico	OCDE	Ratio de enfermeras por médico	< 0.45 = 10 >4.05 = 100
Número total de profesionales de 55 años o más	Portal de datos de las Cuentas Nacionales de Recursos Humanos para la Salud (NHWA) de la OMS	Número total de enfermeras y médicos de 55 años o más	<250 = 100 >100,000.01=10
Número total de graduados en medicina y enfermería	Eurostat	Número total de graduados en medicina y enfermería	<250 = 10 >35,000.01 = 100

Indicador	Fuente	Unidad de medida de la escala original	Puntuación asignada en el Barómetro
EFICIENCIA			
Duración de la estancia hospitalaria	OCDE	Duración de la estancia hospitalaria en atención aguda (número de días)	<4 = 100 >7.21= 10
Gasto sanitario corriente (per cápita en USD)	OMS	Gasto sanitario corriente per cápita (USD)	<50 = 10 >8,800.01 = 100
Muertes prevenibles	OCDE	Años potenciales de vida perdidos (por cada 100 000 habitantes)	<870 = 100 >7,830 =10
Esperanza de vida saludable	OMS	Esperanza de vida saludable (EVS) al nacer (años)	<50 = 10 >74 = 100
Camas de UCI para adultos	OCDE	Camas en UCI para adultos (por cada 100 000 habitantes)	<4.5 = 10 >40.5 = 100
Tasa de ocupación de camas	OCDE	Tasa de ocupación de camas de atención aguda	<50 = 100 >90 = 10
Gasto de bolsillo	OMS	Gasto de bolsillo (% del gasto sanitario)	<7.5 = 100 >67.5 = 10
Uso de historia clínica electrónica	OCDE	Uso de HCE por médicos y hospitales	<10 = 10 >90.01 = 100
SOSTENIBILIDAD			
Emisiones de gases de efecto invernadero de la atención sanitaria (per cápita)	The Lancet	Emisiones de gases de efecto invernadero per cápita derivadas del consumo del sector sanitario nacional	<15 = 100 >2,000.01 = 10
Huella sanitaria como % de la huella nacional	Healthcare Without Harm	Huella como porcentaje de las emisiones nacionales	<0.7 = 100 >6.3 = 10
Huella sanitaria per cápita (tCO_2e /cápita)	Healthcare Without Harm	Huella per cápita según el porcentaje del PIB destinado a sanidad	<0.09 =100 >0.81 = 10

Tabla 4: comparación por país de las puntuaciones medias por categoría y de la puntuación total del Barómetro, 2024 frente a 2026

País (A-I)	Puntuación media en seguridad del paciente		Puntuación media en profesionales sanitarios		Puntuación media en sostenibilidad		Puntuación media en eficiencia		Puntuación media total del Barómetro	
	2024	2026	2024	2026	2024	2026	2024	2026	2024	2026
Albania	60.0	58.0	40.0	53.3	-	70.0	63.3	50.0	54.2	55.8
Alemania	63.3	66.7	78.3	64.0	-	36.7	52.9	67.5	64.1	62.3
Austria	67.8	65.7	65.0	60.0	-	40.0	55.7	64.3	63.0	60.5
Azerbaiyán	60.0	62.5	55.0	50.0	-	80.0	43.3	36.7	54.0	54.0
Bielorrusia	64.0	54.0	76.7	63.3	-	70.0	46.7	56.7	62.7	58.3
Bélgica	52.5	60.0	74.0	74.0	-	23.3	50.0	67.5	57.4	60.9
Bosnia y Herzegovina	50.0	44.0	50.0	56.7	-	60.0	66.7	56.7	54.5	51.7
Bulgaria	63.8	51.7	35.0	44.0	-	46.7	44.3	58.3	50.5	51.0
Chequia	55.0	50.0	65.0	52.0	-	35.0	53.3	72.5	56.7	57.6
Chipre	60.0	64.0	57.5	37.5	-	63.3	70.0	76.7	62.5	59.3
Croacia	60.0	48.0	80.0	54.0	-	73.3	61.4	58.3	64.7	56.8
Dinamarca	74.0	72.0	52.0	60.0	-	30.0	60.0	82.0	61.9	64.4
Eslovaquia	63.3	48.6	65.0	52.5	-	65.0	54.0	57.5	61.1	53.5
Eslovenia	45.7	40.0	70.0	56.0	-	53.3	58.6	71.4	56.1	56.2
España	56.3	54.3	54.0	48.0	-	56.7	62.9	62.9	58.0	55.9
Estonia	62.2	60.0	55.0	52.0	-	26.7	42.9	66.3	54.0	56.1
Finlandia	74.4	68.6	66.0	70.0	-	40.0	55.7	65.7	66.2	64.1
Francia	65.7	61.7	74.0	60.0	-	56.7	68.3	68.6	68.9	62.9
Georgia	52.0	52.5	65.0	56.7	-	70.0	50.0	43.3	54.0	52.7
Grecia	44.3	40.0	73.3	50.0	-	63.3	61.7	66.7	56.3	54.0
Hungría	58.9	53.3	60.0	46.0	-	60.0	51.4	62.5	56.5	55.9
Irlanda	58.8	68.3	76.7	68.0	-	50.0	61.7	58.6	62.9	62.4
Islandia	67.5	73.3	65.0	62.0	-	10.0	74.0	74.3	68.8	67.4
Israel	-	60.0	-	50.0	-	20.0	-	67.5	-	58.9
Italia	65.6	60.0	57.5	52.0	-	60.0	58.3	58.8	61.6	57.8

País (L-U)	Puntuación media en seguridad del paciente		Puntuación media en profesionales sanitarios		Puntuación media en sostenibilidad		Puntuación media en eficiencia		Puntuación media total del Barómetro	
	2024	2026	2024	2026	2024	2026	2024	2026	2024	2026
Letonia	52.5	52.0	34.0	44.0	-	70.0	56.7	51.4	48.9	52.5
Lituania	60.0	55.7	66.0	56.0	-	80.0	50.0	57.5	58.1	59.6
Luxemburgo	58.8	65.0	60.0	60.0	-	23.3	57.1	68.8	58.4	59.5
Macedonia del Norte	66.0	54.0	43.3	45.0	-	70.0	46.7	50.0	54.5	51.5
Malta	51.1	65.0	85.0	62.5	-	40.0	66.0	70.0	60.0	60.6
Moldavia	56.0	60.0	40.0	50.0	-	70.0	36.7	50.0	45.8	55.4
Montenegro	70.0	55.0	50.0	50.0	-	50.0	53.3	66.7	60.0	55.7
Noruega	82.5	73.3	77.5	66.0	-	46.7	66.7	76.7	76.1	68.5
Países Bajos	60.0	58.3	67.5	62.0	-	30.0	57.1	72.9	60.5	60.0
Polonia	65.0	56.7	55.0	60.0	-	60.0	48.6	56.7	56.8	57.9
Portugal	56.7	47.5	85.0	58.0	-	56.7	57.1	56.3	62.5	53.8
Reino Unido	60.0	56.7	68.3	52.5	-	36.7	51.7	56.7	60.0	52.6
Rumanía	70.0	58.3	66.7	56.0	-	76.7	54.3	50.0	63.3	58.9
Rusia	58.0	48.0	60.0	80.0	-	60.0	48.0	56.7	54.2	55.5
Serbia	60.0	56.7	46.7	55.0	-	60.0	56.7	56.7	56.4	56.4
Suecia	78.0	58.6	68.0	58.0	-	53.3	65.0	71.4	70.0	61.8
Suiza	82.0	70.0	76.0	70.0	-	13.3	65.0	57.1	73.8	57.6
Turquía	70.0	70.0	50.0	44.0	-	70.0	54.0	70.0	58.6	63.8
Ucrania	62.0	56.0	55.0	55.0	-	-	36.7	40.0	53.0	51.0



lp.bd.com/BD-Barometer-ES

BD y el logotipo de BD son marcas comerciales
propiedad de Becton, Dickinson o sus filiales. © 2026 BD.
Reservados todos los derechos. NPM-9502 (09/26)