Panorama da Saúde: América Latina e Caribe 2026



Panorama da Saúde: América Latina e Caribe 2026

Para a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) este estudo foi publicado sob a responsabilidade do Secretário-Geral da OCDE e não reflete necessariamente as opiniões oficiais dos países membros da OCDE.

Para o BID, As opiniões expressadas nesta obra são exclusivamente dos autores e não necessariamente refletem o ponto de vista do BID, de sua Diretoria Executiva, nem dos países que representa.

Para o Banco Mundial, as apurações, interpretações e conclusões aqui expressas não refletem necessariamente as opiniões do Banco Mundial, de seu Conselho Diretor ou dos governos que representam.

Os nomes e a representação dos países e territórios utilizados nesta publicação conjunta seguem a prática da OCDE.

Este documento e qualquer dados emapa aqui incluídos foram elaboradossem prejuízo do status ou soberania dequalquer território, da delimitação delimites e fronteiras internacionais e donome do território, cidade ou área.

Por favor, cite esta publicação como:
OECD/IDB/The World Bank (2026), *Panorama da Saúde: América Latina e Caribe 2026*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/4c248a70-pt.

ISBN 978-92-64-86752-9 (impresso)
ISBN 978-92-64-76188-9 (PDF)
ISBN 978-92-64-35939-0 (HTML)

Publicado originalmente em inglês sob o título: OECD/IDB/The World Bank (2026), *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2026*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/445b3259-en.
No caso de qualquer discrepância entre a obra original e a tradução, somente o texto da obra original deverá ser considerado válido.

Fotografias: Capa © Ministerio de Salud, Peru.

As erratas das publicações da OCDE podem ser acessadas online em: https://www.oecd.org/en/publications/support/corrigenda.html.

© OCDE/O Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)/O Banco Mundial 2026

Atribuição 3.0 IGO (Intergovernmental Organizations) (CC BY 3.0 IGO)
Este trabalho é disponibilizado sob a licença Creative Commons Attribution 3.0 IGO. Ao utilizar esta obra, você aceita estar vinculado aos termos desta licença (https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/).
Atribuição – você deve citar a obra.
Traduções – você deve citar o trabalho original, identificar as alterações no original e adicionar o texto a seguir: *Esta tradução não foi elaborada pela OCDE, pelo BID nem pelo Banco Mundial e não deve ser considerada uma tradução oficial da OCDE, do BID ou do Banco Mundial. A OCDE, o BID e o Banco Mundial não se responsabilizam por qualquer conteúdo ou erro presente nesta tradução. No caso de qualquer discrepância entre a obra original e a tradução, somente o texto da obra original deverá ser considerado válido.*
Adaptações – você deve citar a obra original e acrescentar o seguinte texto: *Esta é uma adaptação de um trabalho original da OCDE, do BID e do Banco Mundial. As opiniões expressas e os argumentos empregados nesta adaptação não devem ser relatados como representando as opiniões oficiais da OCDE ou de seus países membros, do BID, de sua Diretoria Executiva, nem dos países que representa, nem do Banco Mundial.*
Material de terceiros – a licença não se aplica ao material de terceiros contido na obra. Se usar esse material, você é responsável por obter permissão do terceiro e por quaisquer reclamações de violação.
Você não deve usar o logotipo, a identidade visual ou a imagem da capa da OCDE, do BID ou do Banco Mundial sem permissão expressa ou sugerir que a OCDE, o BID ou o Banco Mundial endossam o uso da obra.
Qualquer disputa decorrente desta licença será resolvida por arbitragem de acordo com as Regras de Arbitragem do Tribunal Permanente de Arbitragem (PCA-por seu acrônimo em inglês) de 2012. A sede da arbitragem será Paris (França). O número de árbitros será de um.

Prefácio

A América Latina e o Caribe alcançaram avanços importantes na ampliação da cobertura de saúde e na melhoria da saúde da população nas últimas décadas. A região enfrenta agora uma fase mais desafiadora: transformar a cobertura em atendimento eficaz, de alta qualidade, equitativo e financeiramente sustentável. Os países da região estão enfrentando um panorama de saúde cada vez mais complexo, marcado por doenças não transmissíveis, envelhecimento da população, ameaças infecciosas persistentes e riscos ambientais e relacionados ao clima. Essas pressões estão afetando os sistemas de saúde, que ainda enfrentam restrições decorrentes de baixos níveis de investimento, altos custos a cargo do paciente, cobertura fragmentada, escassez de profissionais e infraestrutura e capacidade digital desiguais. Os países precisam gastar mais, mas também gastar melhor: melhorando a qualidade e a equidade, ao mesmo tempo em que preservam a acessibilidade e a sustentabilidade a longo prazo. Esses desafios não são sentidos da mesma forma por todos. As desigualdades de renda, localização geográfica, educação, etnia e outros determinantes sociais continuam influenciando quem adoece, quem recebe atendimento oportuno e de boa qualidade e quem enfrenta dificuldades financeiras ao procurar tratamento. Esta publicação mostra que as médias nacionais muitas vezes ocultam grandes disparidades em termos de riscos, acesso, qualidade, proteção financeira e resultados. Tornar essas lacunas visíveis é um passo necessário para que elas possam ser resolvidas.

Esta terceira edição do *Panorama da saúde: América Latina e Caribe* realça essa mudança. O relatório reúne dados comparáveis sobre o estado de saúde, os determinantes da saúde, os dados de saúde e a infraestrutura do sistema de saúde, as despesas e o financiamento, a qualidade dos cuidados de saúde, a força de trabalho na área da saúde e o envelhecimento em 33 países. Inclui também dois capítulos temáticos sobre questões que são centrais para a atual agenda política da região: qualidade dos cuidados de saúde e desigualdades na saúde e nos cuidados de saúde. O valor da série *Panorama da saúde* reside não apenas na compilação desses dados, mas também na apresentação deles de maneira consistente e acessível, permitindo que os países avaliem seu progresso e aprendam com as diferenças entre os sistemas de saúde. Uma característica marcante deste relatório é que ele coloca a América Latina e o Caribe em diálogo entre si e com os sistemas de saúde da OCDE. Essas comparações não constituem classificações nem um modelo único a ser seguido; trata-se de uma forma estruturada de identificar lacunas e extrair lições de sistemas que enfrentam pressões semelhantes relacionadas ao envelhecimento, às doenças crônicas, à melhoria da qualidade, à transformação digital e à sustentabilidade financeira.

Uma mensagem comum se destaca nessas análises: muitos países da região estabeleceram as bases para um acesso mais amplo, mas a próxima geração de reformas deve se concentrar na qualidade. A qualidade é uma prioridade em todo o sistema, abrangendo governança, regulamentação, segurança do paciente, atendimento baseado em evidências, capacitação da força de trabalho, sistemas de dados, incentivos financeiros e serviços integrados e centrados nas pessoas, levando em consideração as necessidades das populações carentes.

Em um momento de restrições orçamentárias rigorosas e crescente demanda por cuidados de saúde, melhores escolhas políticas dependem de evidências mais sólidas. Ao combinar indicadores sólidos com a análise de políticas, esta publicação tem como objetivo apoiar governos, profissionais e pesquisadores na identificação de prioridades, na avaliação comparativa do progresso e no aprendizado com as experiências em toda a região. As evidências aqui apresentadas podem ajudar os países a se questionarem não apenas sobre como mobilizar mais recursos para a saúde, mas também sobre como utilizá-los de maneira mais eficaz.

A OCDE, o Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Banco Mundial têm o prazer de colaborar nesta terceira edição regional. Juntos, eles têm como objetivo apoiar os países no uso de dados e no diálogo sobre políticas para promover reformas que sejam tecnicamente sólidas, financeiramente viáveis e que atendam às necessidades da população. Esperamos que este relatório contribua para um diálogo informado sobre políticas públicas e para o esforço conjunto de construir sistemas de saúde na América Latina e no Caribe que não apenas tenham uma cobertura mais ampla, mas que também sejam mais sólidos em termos de qualidade e equidade e sustentáveis ao longo do tempo.

Índice

Prefácio 3

Guia do leitor 7

Resumo executivo 10

1 Qualidade dos cuidados de saúde na América Latina e no Caribe 13
- Introdução 14
- Qualidade dos cuidados de saúde na América Latina e no Caribe medida através de indicadores internacionalmente comparáveis 14
- Panorama das políticas e da qualidade institucional dos cuidados de saúde 18
- Políticas, marcos legais e regulatórios e principais organizações que promovem a qualidade dos cuidados de saúde 22
- O planejamento estratégico da força de trabalho em saúde como um passo crucial para garantir a qualidade profissional 24
- Certificação, recertificação e desenvolvimento profissional contínuo no centro da abordagem regulatória dos países para a garantia da qualidade da força de trabalho em saúde 25
- Acreditação e garantia de qualidade dos serviços de saúde 26
- Garantindo a segurança e a qualidade das tecnologias 28
- Indicadores de qualidade, estudos de auditoria nacionais e diretrizes de prática 30
- Incentivos financeiros para aumentar a qualidade dos cuidados de saúde 32
- Segurança do paciente e negligência médica 33
- Cuidados integrados e centrados nas pessoas 34
- Observações finais e recomendações práticas para a região 37
- Referências 42
- Notas 44

2 Desigualdades em saúde e cuidados de saúde na América Latina e no Caribe 45
- Introdução 46
- Fatos estilizados sobre as desigualdades em saúde na América Latina e no Caribe 47
- Como os países da ALC respondem às iniquidades: insights da pesquisa sobre equidade de 2025 53
- Considerações finais e prioridades de ação 68
- Prioridades passíveis de ação para a região 68
- Referências 69

3 Estado de saúde 71
- Expectativa de vida ao nascer 72
- Mortalidade infantil e neonatal 74
- Mortalidade em crianças menores de 5 anos 76
- Mortalidade entre adolescentes 78

Mortalidade por todas as causas 80
Mortalidade por doenças cardiovasculares 82
Mortalidade por câncer 84
Mortalidade por lesões 86
Mortalidade materna 88
Saúde mental 90
Tuberculose 92
HIV/AIDS 94
Doenças transmitidas por mosquitos 96
Diabetes 98

4 Fatores determinantes da saúde 101
Planejamento familiar 102
Desnutrição infantil 104
Saúde dos adolescentes 106
Adultos com sobrepeso e obesos 108
Alimentação e nutrição 110
Água e saneamento 112
Tabaco 114
Consumo de álcool e drogas 116
Segurança no trânsito 118
Riscos ambientais e climáticos 120

5 Dados de saúde e infraestrutura do sistema de saúde 123
Disponibilidade de dados de saúde 124
Uso e capacidades de dados de saúde 126
Tecnologias médicas: equipamentos de radioterapia 128
Atendimento hospitalar 130
Gravidez e parto 132
Saúde infantil 134

6 Despesas e financiamento em saúde 137
Despesas de saúde per capita e em relação ao PIB 138
Financiamento dos cuidados de saúde pelo governo e pelos planos de seguro de saúde obrigatórios 140
Financiamento dos cuidados de saúde a partir de pagamentos diretos dos agregados familiares, modelos de pagamento voluntário e recursos externos 142
Proteção financeira 144

7 Qualidade dos cuidados de saúde 147
Mortalidade evitável (prevenível e tratável) 148
Programas de vacinação infantil 150
Internações hospitalares evitáveis 152
Mortalidade intra-hospitalar após infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral 154
Tratamento do câncer 156
Segurança do paciente e prescrição segura 158

8 Força de trabalho em saúde 161
Médicos 162
Enfermeiros e parteiras 164

Dentistas, farmacêuticos e fisioterapeutas 166
Agentes comunitários de saúde e saúde ambiental e ocupacional 168
Graduados 170
"Estoque" de médicos e enfermeiros migrantes para países da OCDE 172

9 Envelhecimento 175
Tendências demográficas 176
Expectativa de vida e expectativa de vida saudável aos 60 anos 178
Fatores que determinam as necessidades de cuidados continuados e a resposta do sistema 180
Cuidadores remunerados e não remunerados 182
Formação de cuidadores e carga de tempo 184

Guia do leitor

O relatório *Panorama da Saúde: América Latina 2026* é uma publicação conjunta da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Banco Mundial (BM). Este relatório foi coordenado por Frederico Guanais e Nicolas Larraín, da OCDE, Sebastian Bauhoff, do BID, e Cristian A. Herrera, Nicole Feune de Colombi e Jeremy Veillard, do BM. O Capítulo 1 foi escrito em coautoria por Nicole Feune de Colombi, Cristian A. Herrera, Denizhan Duran, Renzo Calderon e Jeremy Veillard, do BM, e Niek Klazinga e Nicolás Larraín, da OCDE. O Capítulo 2 foi escrito em coautoria por Sebastian Bauhoff, William Savedoff e Laura Goyeneche, do BID, e Ángel González, da OCDE. Os capítulos 3 a 9 foram escritos em coautoria por Ángel González, Frederico Guanais, Nicolas Larrain e Berta Piqué-Smith, da OCDE. Os autores gostariam de agradecer a Mark Pearson e Francesca Colombo, da Direção de Emprego, Trabalho e Assuntos Sociais da OCDE, a Javier Guzman e Ferdinando Regalia, do Banco Interamericano de Desenvolvimento, e a Michele Gragnolati e Jaime Saavedra, do Banco Mundial.

Gostaríamos também de agradecer a Lucy Hulett pela contribuição editorial e a Guillaume Haquin pelo apoio na gestão de recursos.

Este relatório contou com a expertise e a generosa contribuição de materiais de apoio de diversos membros de organizações internacionais que atuam na área da saúde na América Latina e no Caribe, tais como a Organização Mundial da Saúde e seu escritório regional para as Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde. Em especial, os autores gostariam de agradecer ao Dr. Eduardo Benjamín Puertas, à Dra. Ana Paula Cavalcante e a María Isabel Duré pelas trocas de ideias esclarecedoras durante a elaboração deste relatório.

Este relatório contou com comentários, revisões e o fornecimento de dados por meio de questionários pelos países incluídos no relatório *Panorama da saúde: América Latina 2026*. Nesse sentido, os autores gostariam de agradecer ao Dr. Francisco Oviedo e aos funcionários dos Ministérios da Saúde que colaboraram na elaboração deste relatório.

Estrutura da publicação

Panorama da saúde: América Latina e Caribe 2026 está dividido em nove capítulos:

O Capítulo 1, sobre a ***Qualidade dos cuidados de saúde na América Latina e no Caribe***, examina as políticas e os arranjos institucionais que determinam a qualidade da assistência médica em 19 países. Ele está estruturado em torno de seis domínios: governança, auditoria externa, atendimento baseado em evidências, capacitação da equipe, segurança do paciente e atendimento integrado e centrado na pessoa. Com base em indicadores internacionalmente comparáveis e em uma pesquisa específica da OCDE sobre políticas relacionadas à qualidade dos cuidados de saúde, o capítulo apresenta um levantamento detalhado dos mecanismos regulatórios, de avaliação e de financiamento, além de identificar opções de políticas para apoiar sistemas de saúde mais resilientes, equitativos e de alto desempenho.

O Capítulo 2, sobre ***Desigualdades na saúde e nos cuidados de saúde***, analisa as disparidades persistentes entre os grupos populacionais no que diz respeito à exposição a riscos à saúde, ao acesso e à qualidade da assistência, à proteção financeira e aos resultados de saúde, de acordo com renda, escolaridade, local de residência, etnia, gênero, idade, situação migratória, deficiência e afiliação ao sistema de saúde. Com base em dados regionais, em uma pesquisa específica da OCDE sobre políticas e em perfis adicionais dos países compilados pelo Secretariado da OCDE, o relatório analisa como os países estão respondendo por meio de políticas nas áreas de governança, financiamento, prestação de serviços, força de trabalho, saúde digital, sistemas de dados e preparação para emergências.

O Capítulo 3, sobre a ***Situação da saúde***, destaca as variações entre os países em relação à expectativa de vida ao nascer e à sobrevivência até os 65 anos, à mortalidade infantil e neonatal, à mortalidade de crianças menores de cinco anos e de adolescentes, e à mortalidade por todas as causas, bem como às principais causas específicas de morte e morbidade, incluindo doenças cardiovasculares, câncer, lesões, mortalidade materna, saúde mental, tuberculose, doenças transmitidas por mosquitos e diabetes.

O Capítulo 4 sobre ***Fatores determinantes da saúde,*** aborda os determinantes não médicos da saúde. Ele aborda o planejamento familiar, a desnutrição infantil e a saúde dos adolescentes, além de indicadores relacionados ao estilo de vida e ao comportamento, como o sobrepeso e a obesidade em adultos, a alimentação e a nutrição, e o tabagismo. Além disso, abrange os setores de água e saneamento, segurança viária e riscos ambientais e climáticos.

O Capítulo 5, sobre ***Dados de saúde e infraestrutura do sistema de saúde***, analisa a disponibilidade, a digitalização e a interoperabilidade dos dados relativos à assistência ao paciente, incluindo o uso de sistemas de prontuários eletrônicos e o acesso dos pacientes às suas próprias informações, além das capacidades dos países para o uso secundário dos dados. Em seguida, apresenta indicadores sobre a infraestrutura e a prestação de serviços de assistência hospitalar, gravidez e parto, e cuidados de saúde infantil.

O Capítulo 6, sobre ***Despesas e financiamento da saúde***, examina as tendências dos gastos com saúde nos países da ALC. Ele analisa como os serviços e os bens de saúde são financiados, bem como a combinação entre programas governamentais e de seguro obrigatório, planos privados voluntários, pagamentos diretos do próprio bolso pelas famílias e recursos externos. Além disso, avalia a proteção financeira, incluindo a parcela do consumo das famílias absorvida por gastos diretos e voluntários com saúde.

O Capítulo 7, sobre a ***Qualidade dos cuidados de saúde***, baseia-se no quadro de referência da OCDE sobre Qualidade e Resultados dos Serviços de Saúde (HCQO) para analisar o desempenho dos sistemas de saúde na ALC. Abrange mortalidade evitável (preveníveL e tratável), cobertura vacinal infantil, internações hospitalares evitáveis por doenças crônicas, taxa de letalidade intra-hospitalar após infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, resultados do tratamento do câncer, bem como segurança do paciente e prescrição segura, incluindo o consumo de antimicrobianos.

O Capítulo 8, sobre a ***Força de trabalho na área da saúde***, examina a oferta de médicos, enfermeiros e parteiras, bem como de profissionais de saúde afins, como dentistas, farmacêuticos e fisioterapeutas. Ele também abrange os agentes comunitários de saúde e os profissionais de saúde ambiental e ocupacional, além de apresentar dados sobre o número de formandos em medicina e enfermagem e o contingente de médicos e enfermeiros formados na ALC que atuam em países da OCDE.

O Capítulo 9, sobre o ***Envelhecimento***, apresenta as tendências demográficas na ALC, tanto atuais quanto projetadas, bem como a expectativa de vida e a expectativa de vida saudável aos 60 anos. Os cuidados continuados também são destacados, com indicadores sobre os fatores que determinam as necessidades de cuidados e a resposta do sistema, cuidadores remunerados e não remunerados, capacitação dos cuidadores e carga de tempo, além da mortalidade por doença de Alzheimer e outras demências.

Países da América Latina e do Caribe

Para esta terceira edição do *Panorama da saúde: América Latina e Caribe 2026*, foram incluídos 33 países regionais, como indicado na Tabela 1. Os países foram selecionados com base em sua localização geográfica na América Latina ou no Caribe e no fato de serem Estados soberanos.

Tabela 1. Países da América Latina e do Caribe incluídos e seus códigos ISO

País	Código ISO	País	Código ISO
Antígua e Barbuda	ATG	Guiana	GUY
Argentina	ARG	Haiti	HTI
Bahamas	BHS	Honduras	HND
Barbados	BRB	Jamaica	JAM
Belize	BLZ	México	MEX
Bolívia	BOL	Nicarágua	NIC
Brasil	BRA	Panamá	PAN
Chile	CHL	Paraguai	PRY
Colômbia	COL	Peru	PER
Costa Rica	CRI	São Cristóvão e Neves	KNA
Cuba	CUB	Santa Lúcia	LCA
Domínica	DMA	São Vicente e Granadinas	VCT
República Dominicana	DOM	Suriname	SUR
Equador	ECU	Trindade e Tobago	TTO
El Salvador	SLV	Uruguai	URY
Granada	GRD	Venezuela	VEN
Guatemala	GTM		

Seleção e apresentação dos indicadores

Os indicadores foram selecionados com base em sua relevância para o monitoramento do desempenho dos sistemas de saúde, levando em consideração a disponibilidade e a comparabilidade dos dados existentes na região da ALC. A publicação utiliza os dados administrativos e programáticos de rotina coletados pela Organização Mundial da Saúde, pelo Grupo do Banco Mundial e pela OCDE, bem como pesquisas populacionais específicas por país que coletam informações demográficas e de saúde.

Os indicadores são apresentados na forma de gráficos de fácil compreensão e textos explicativos. Cada um dos temas abordados nesta publicação é apresentado em duas páginas. A primeira página define o indicador, apresenta um breve comentário destacando as principais conclusões extraídas dos dados e fornece algumas referências importantes. Na página ao lado há um conjunto de gráficos. Eles geralmente mostram os níveis atuais do indicador e, sempre que possível, as tendências ao longo do tempo. Em alguns casos, é incluído um gráfico adicional que relaciona o indicador com outra variável. Quando uma média da OCDE ou da ALC for incluída em um gráfico, trata-se da média não ponderada dos países apresentados, salvo indicação em contrário. O número de países incluídos nas médias regionais é representado pelo número que acompanha "OCDE" ou "ALC" (*por exemplo*, ALC15 representa a média de 15 países da ALC com dados disponíveis).

As limitações quanto à comparabilidade dos dados são indicadas tanto no texto (no quadro relacionado a "Definição e comparabilidade") quanto nas notas de rodapé dos gráficos.

A situação da saúde e do sistema de saúde pode evoluir rapidamente, possivelmente ainda mais nos países de baixa e média renda do que nos de alta renda. Portanto, é importante observar que alguns indicadores podem não refletir a situação mais recente de alguns países. Os autores reuniram os dados mais recentes disponíveis para que o panorama descrito em cada capítulo e seção da publicação reflita o cenário mais atualizado possível.

Para o Capítulo 3, sobre a ***Situação da saúde***, os dados de mortalidade são extraídos de duas fontes complementares: o Banco de Dados de Mortalidade da OMS, que se baseia em dados medidos e, portanto, tem prioridade, e o Estudo da Carga Global de Doenças (GBD), realizado pelo Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde (IHME), que fornece estimativas modeladas. Nos casos em que a classificação das causas de morte é facilmente comparável entre a CID-10 e a lista de causas do GBD, ambas as fontes são apresentadas para garantir a exaustividade.

Com base nessas fontes, os denominadores populacionais utilizados para calcular as taxas de mortalidade provêm das *Perspectivas da População Mundial da ONU* (várias edições), utilizando estimativas de meados do ano. As taxas de mortalidade por faixa etária são padronizadas por idade para fins de comparabilidade, salvo indicação em contrário, utilizando uma população-padrão que reflete a distribuição etária de 2022 dos quatro países da OCDE da ALC, uma estrutura que é tanto demograficamente representativa da América Latina e do Caribe quanto consistente com os relatórios da OCDE. Essa população-padrão também foi utilizada para indicadores não específicos de doenças no Capítulo 7. Para a análise por sexo, as taxas de mortalidade por faixa etária são calculadas separadamente para homens e mulheres e padronizadas utilizando o mesmo conjunto de pesos.

Indicadores dos países da ALC que são membros ou parceiros da OCDE

Quatro países da ALC são membros da OCDE: Chile, Colômbia, Costa Rica e México. A Argentina, o Brasil e o Peru estão atualmente em processo de adesão à OCDE. A média da OCDE é calculada como a média não ponderada de todos os países membros da OCDE com dados disponíveis para o indicador (não apenas os quatro membros da OCDE da ALC: Chile, Colômbia, Costa Rica e México), independentemente de os valores de cada país aparecerem ou não no gráfico.

Pesquisas sobre políticas que serviram de base para os Capítulos 1 e 2

Os Capítulos 1 e 2 baseiam-se em duas pesquisas específicas sobre políticas da OCDE realizadas para esta edição do *Panorama da saúde: América Latina e Caribe 2026.* Essas pesquisas foram elaboradas para complementar indicadores quantitativos comparáveis internacionalmente com informações estruturadas sobre políticas, governança e arranjos institucionais nos diversos países.

O Capítulo 1 baseia-se na **Pesquisa sobre as Políticas de Qualidade dos Cuidados de *Saúde do relatório Panorama da saúde: América Latina e Caribe 2026*, da OCDE**, realizada on-line entre outubro de 2025 e fevereiro de 2026 com funcionários dos Ministérios da Saúde que participaram da publicação. Doze países responderam diretamente: Argentina, Belize, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Granada, México, Paraguai, Peru e Santa Lúcia. A pesquisa abrangeu os arranjos institucionais e de políticas destinados a promover a qualidade dos cuidados de saúde, incluindo governança, regulamentação, certificação da força de trabalho, acreditação, diretrizes clínicas, avaliação de tecnologias em saúde, auditoria e análise de desempenho, incentivos financeiros, segurança do paciente, controle de infecções, experiência do paciente e fontes e indicadores selecionados de dados de saúde. O Secretariado da OCDE elaborou perfis adicionais dos seguintes países: República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua e Panamá, utilizando fontes públicas e entrevistas com especialistas.

O Capítulo 2 baseia-se na **Pesquisa sobre Desigualdade e Inequidade nas *Políticas de Saúde do relatório Panorama da saúde: América Latina e Caribe 2026***, realizada on-line entre outubro de 2025 e fevereiro de 2026 com funcionários dos Ministérios da Saúde que participaram da elaboração da publicação. Seis países responderam diretamente: Argentina, Colômbia, Costa Rica, Equador, Paraguai e Peru. A pesquisa abordou a forma como os países lidam com as desigualdades em saúde por meio de políticas, governança e práticas operacionais, incluindo leis, estratégias, mecanismos de financiamento, coleta e desagregação de dados, monitoramento e avaliação, recursos de saúde digital, intervenções direcionadas a populações desfavorecidas e ações intersetoriais. O Secretariado da OCDE elaborou perfis adicionais dos seguintes países: República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua e Panamá, utilizando fontes públicas e entrevistas com especialistas.

Resumo executivo

O *Panorama da saúde: América Latina e Caribe 2026* apresenta uma avaliação comparativa da saúde e do desempenho dos sistemas de saúde em 33 países da América Latina e do Caribe (ALC), combinando indicadores comparáveis com uma análise temática de questões políticas prioritárias. Esta edição aborda dois desafios interligados: melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e reduzir as desigualdades na saúde e nos cuidados de saúde.

O primeiro capítulo temático mostra que, embora muitos países da América Latina e do Caribe tenham estratégias, regulamentações e indicadores de qualidade em vigor, poucos dispõem das ferramentas necessárias para transformá-los em um atendimento de melhor qualidade. O segundo mostra que as desigualdades continuam sendo um obstáculo fundamental para novos avanços na área da saúde. Os grupos desfavorecidos enfrentam maiores riscos à saúde, mais obstáculos ao acesso oportuno aos cuidados médicos, menor qualidade, proteção financeira mais precária e resultados menos favoráveis.

Os sete capítulos dedicados aos dados documentam o contexto mais amplo no qual esses desafios estão se desenrolando. De modo geral, os resultados apontam para uma mensagem clara em termos de políticas públicas: Os sistemas de saúde da ALC precisam passar da expansão da cobertura para a melhoria do desempenho. A região estabeleceu bases importantes, mas a próxima fase da reforma dependerá de tornar os sistemas mais eficazes, equitativos e preparados para o envelhecimento, as doenças crônicas e os choques futuros.

A iniciativa de alcançar a cobertura universal gerou avanços históricos, que agora precisam ser acompanhados por uma assistência médica de melhor qualidade e mais equitativa

- **Os indicadores de saúde na América Latina e no Caribe continuam a melhorar, mas o progresso já não está a reduzir a diferença em relação aos países da OCDE.** A expectativa de vida atingiu 74,6 anos em 2024, um aumento de 2,4 anos em relação a 2010, mas permaneceu abaixo da média da OCDE, de 81,3 anos, variando de cerca de 81 anos no Chile e na Costa Rica a menos de 70 no Haiti e na Bolívia. A mortalidade infantil caiu 34,4% entre 2010 e 2024, chegando a 14,4 mortes por 1.000 nascidos vivos, em comparação com cerca de 4 na OCDE, enquanto a mortalidade de crianças menores de 5 anos diminuiu 43%, chegando a 16,3 por 1.000, cerca de três vezes o nível da OCDE. Novos avanços dependerão menos da ampliação do atendimento e mais da melhoria da eficácia, da segurança e da capacidade de resposta dos serviços de saúde.
- **As altas taxas de mortalidade evitável mostram onde a cobertura não se traduz em melhores resultados.** Em 2023, a mortalidade evitável atingiu 297 mortes por 100 mil habitantes na ALC25, em comparação com 162 na OCDE. A vacinação continua sendo um ponto forte, mas os resultados menos satisfatórios nos cuidados de emergência e no tratamento do câncer apontam para deficiências no diagnóstico, no encaminhamento, na resposta a emergências, no tratamento especializado e na continuidade do atendimento. A mortalidade por câncer tratável foi, em média, de 19,3 mortes por 100 mil habitantes na ALC26 cerca de 30% acima da média da OCDE, e piorou na última década, aumentando em 1,2, enquanto a média da OCDE caiu 2,8.

As políticas de qualidade na ALC estabeleceram padrões, mas ainda faltam ferramentas para promover a melhoria contínua e resultados melhores

- **A maioria dos países estabeleceu as bases para uma governança de qualidade, mas a implementação continua sendo desigual.** A qualidade é considerada uma prioridade transversal nas estratégias de saúde em 14 dos 19 países, e o licenciamento de prestadores de serviços e a regulamentação de medicamentos são mencionados em 17 dos 19. No entanto, apenas o Peru e o Chile apresentam planos de implementação de qualidade com orçamento completo e estruturas de monitoramento, o que sugere que a qualidade é frequentemente reconhecida como uma prioridade, mas sem os orçamentos e os mecanismos de prestação de contas necessários para mudar a prestação de cuidados.
- **A avaliação da qualidade está se expandindo, mas apresenta uma ligação fraca com a prestação de contas e os incentivos.** Muitos países divulgam indicadores de qualidade, sistemas de auditoria e diretrizes clínicas, mas apenas seis possuem conjuntos nacionais abrangentes de indicadores de qualidade. Em 12 dos 19 países, as reformas no sistema de pagamento vinculado à qualidade não são implementadas em nível nacional. A acreditação é relatada em

9 países, o apoio à decisão clínica em 6 e o financiamento baseado no desempenho em 4, o que aponta para uma lacuna entre o estabelecimento de padrões e a incorporação da melhoria contínua aos cuidados de rotina. A infraestrutura de dados subdesenvolvida é relatada como uma barreira pela maioria dos países, enquanto a medição padronizada da experiência do paciente é relatada apenas no Equador, no Chile e na Colômbia. Apenas quatro países relatam a existência de sistemas de codificação padronizados para incidentes de segurança e quase acidentes.

As disparidades na equidade persistem porque o acesso, por si só, não garante um atendimento eficaz, acessível e centrado na pessoa

- **Equidade significa garantir um atendimento eficaz, e não apenas o acesso ao atendimento.** Os grupos desfavorecidos enfrentam riscos maiores à saúde, mais obstáculos ao acesso oportuno aos cuidados médicos, atendimento de menor qualidade e menos contínuo, proteção financeira mais precária e resultados menos favoráveis. A demanda não atendida por serviços de saúde é, em média, de 35% na região, variando de 3,2% na Costa Rica a 73% no Peru. A mortalidade infantil é cerca de três vezes maior entre os mais pobres do que entre os mais ricos no Peru, cerca de um quarto maior no Haiti, e as disparidades entre as áreas rurais e urbanas ultrapassam 40% em vários países.
- **As políticas de equidade ainda se concentram mais na expansão dos serviços do que em adaptá-los aos grupos carentes.** A expansão da infraestrutura é relatada por 13 dos 14 países, a ampliação do alcance por 11 e a telessaúde por 9, mas o apoio ao transporte por apenas 7, a equipe bilíngue ou comunitária por 6 e as políticas de inclusão digital por 4. A proteção financeira também continua incompleta: 13 dos 14 países relatam a existência de serviços subsidiados ou gratuitos e 8 mencionam isenções de copagamento, mas apenas 4 dispõem de fundos para despesas catastróficas.
- **Os sistemas de dados sobre equidade continuam sendo muito limitados para orientar as ações.** Todos os países pesquisados coletam informações desagregadas sobre acesso aos serviços e resultados de saúde, mas apenas 6 dos 14 fazem isso em relação à qualidade dos cuidados de saúde e apenas 5 em relação à proteção financeira. Os sistemas de dados registram a etnia em 7 países, a deficiência em apenas 1 e a situação migratória em nenhum. Sem uma desagregação mais detalhada, alguns dos grupos mais vulneráveis da região continuam sendo pontos cegos das políticas públicas.

Para eliminar as disparidades em termos de qualidade e equidade, também é necessário fortalecer a capacidade do sistema de saúde e as ações de prevenção, a fim de preparar a região para enfrentar novos riscos à saúde

- **A expansão dos ganhos em termos de saúde exigirá que se aborde a nova realidade epidemiológica.** As doenças não transmissíveis, incluindo doenças cardiovasculares e cânceres, foram responsáveis por 75,9% do total de mortes na região da ALC33 em 2023. No entanto, o progresso na redução da mortalidade por principais DNTs tem sido muito mais lento do que nos países da OCDE: a mortalidade por doenças cardiovasculares diminuiu apenas 4% na ALC25 entre 2010 e 2023, em comparação com 28,4% na OCDE, enquanto a mortalidade por câncer diminuiu 4%, em comparação com 18% na OCDE.
- **As lacunas em infraestrutura na ALC abrangem tanto as capacidades físicas quanto as digitais:** Em 2024, os países da ALC contavam com 22,6 leitos hospitalares por 10 mil habitantes, em comparação com 42,0 na OCDE, enquanto as altas hospitalares em nove países que forneceram dados atingiram uma média de 4.964 por 100 mil habitantes, contra 13.639 na OCDE. Os sistemas digitais continuam a ser desiguais: Costa Rica, Paraguai e Peru relatam uma integração quase completa entre os conjuntos de dados de atenção primária, hospitais, prescrições e mortalidade, enquanto outros países relatam integrações mais limitadas, muitas vezes restritas aos dados de mortalidade hospitalar ou de prescrições hospitalares.

Os gastos com saúde provenientes de fontes públicas na ALC continuam baixos, e grande parte dos cuidados de saúde é paga diretamente pelas famílias

- **A ALC gasta muito menos com saúde do que os países da OCDE, e uma parcela menor é financiada por meio de sistemas públicos coletivos ou obrigatórios.** Em 2024, os gastos atuais com saúde per capita nos países da OCDE eram quase quatro vezes maiores do que nos países da ALC, chegando a 6.097 dólares em PPP, em comparação com 1.518 dólares em PPP. As despesas com saúde representaram 6,5% do PIB na ALC33, em comparação com 9,3% na OCDE. Os planos de saúde públicos e os sistemas de seguro obrigatório financiaram 57% das despesas correntes com saúde na ALC, em comparação com cerca de 75% a nos países da OCDE.
- **Os altos gastos diretos expõem as famílias a dificuldades financeiras quando precisam de cuidados e podem limitar o acesso oportuno a esses cuidados, especialmente para os grupos mais pobres.** Os gastos diretos representaram 32% dos gastos atuais com saúde na ALC em 2024, em comparação com 20% na OCDE. Os gastos diretos representaram 3,4% do consumo final das famílias na ALC, semelhante à média da OCDE, de 3,2%, e ultrapassaram 4,5% em Honduras, Suriname, Paraguai, São Cristóvão e Nevis, Chile e Panamá.

A escassa disponibilidade de mão de obra é um grande obstáculo ao acesso a serviços de saúde de alta qualidade, enquanto as necessidades de cuidados continuados e de assistência médica continuam a crescer à medida que a população envelhece rapidamente

- **Os sistemas de saúde da ALC enfrentam uma grave escassez de profissionais e uma falta de integração entre capacitação, alocação, retenção e âmbito de atuação.** A ALC conta com 2,4 médicos por 1.000 habitantes, em comparação com 3,6 na OCDE, com uma variação que vai de 9,5 em Cuba a 0,3 no Haiti. A densidade de enfermeiros e parteiras é muito menor, situando-se em 3,9 por 1.000 habitantes na ALC, em comparação com 10,3 na OCDE. Além disso, a região apresenta uma proporção elevada de médicos, com apenas 1,6 enfermeiros e parteiras por médico, em comparação com 2,9 na OCDE. Os fluxos de formação também continuam desequilibrados: enquanto o número de formados em medicina está próximo da média da OCDE, o número de formados em enfermagem é metade da média da OCDE.
- **O envelhecimento da população aumentará drasticamente a demanda por serviços de saúde e cuidados continuados.** Estima-se que a proporção de pessoas com 65 anos ou mais na ALC quase duplique, passando de 9,3% em 2023 para 18,1% em 2050, enquanto a proporção de pessoas com 80 anos ou mais deverá aumentar de 1,8% para 4,9%. A região conta com cerca de 25 milhões de cuidadores não remunerados, em comparação com cerca de 3 milhões de cuidadores remunerados; para manter os índices atuais de cuidados, seriam necessários cerca de 60,5 milhões de cuidadores não remunerados até 2050.

1 Qualidade dos cuidados de saúde na América Latina e no Caribe

Apesar dos grandes avanços na cobertura de cuidados de saúde na última década, as grandes disparidades de qualidade na América Latina e no Caribe continuam causando mortalidade, ineficiência e desigualdade evitáveis. Este capítulo analisa as disposições políticas e institucionais relativas à qualidade dos cuidados de saúde em 19 países, em seis domínios: governança, garantia externa, cuidados baseados em evidências, capacidade da força de trabalho, segurança dos pacientes e cuidados integrados e centrados nas pessoas. Embora muitos países tenham estabelecido os fundamentos básicos de uma governança de qualidade, poucos criaram os sistemas de aprendizagem necessários para transformar o cumprimento das normas em melhores resultados. As grandes diferenças entre os países sugerem uma organização desigual dos cuidados agudos e crônicos, com a prevenção apresentando, em geral, melhores resultados do que o tratamento. Sistemas de medição, ferramentas de segurança do paciente e incentivos estão cada vez mais em vigor, mas ainda não são utilizados rotineiramente para orientar protocolos, pagamentos ou prestação de contas. Os cuidados integrados e centrados nas pessoas continuam sendo as áreas menos desenvolvidas. As ações prioritárias incluem o fortalecimento da governança, a qualidade da força de trabalho, a segurança do paciente, a divulgação pública de informações, o financiamento vinculado à qualidade, o monitoramento da equidade e a infraestrutura digital interoperável.

Introdução

A Cobertura de Saúde Universal (CSU) avançou a passos largos na América Latina e no Caribe, juntamente com expansões históricas nos gastos com saúde, embora os ganhos em saúde tenham sido frequentemente desiguais e modestos (Dmytraczenko and Almeida, 2015[1]). O índice regional de cobertura de serviços essenciais aumentou de 66 em 2000 para 80 em 2019, antes de recuar para 74 em 2021, refletindo tanto o progresso quanto as fragilidades persistentes (WHO, 2021[2]).

No entanto, a expansão da cobertura por si só não é suficiente para proporcionar melhores resultados de saúde. Traduzir a cobertura nominal em melhores resultados requer cuidados de alta qualidade, definidos pela Organização Mundial da Saúde e pela OCDE como cuidados que sejam eficazes, seguros, centrados nas pessoas, oportunos, equitativos, integrados e eficientes (OECD/WHO/World Bank Group, 2018[3]). A qualidade não se refere apenas à possibilidade de as pessoas terem acesso aos serviços, mas também à forma como esses serviços são organizados e prestados de modo a contribuir para melhores resultados.

A qualidade dos cuidados tornou-se o desafio central para os sistemas de saúde na América Latina e no Caribe (ALC). As persistentes lacunas de qualidade continuam enfraquecendo a promessa da cobertura universal de saúde, contribuindo para mortes evitáveis, desperdício de recursos, maiores desigualdades em saúde e perda de confiança (Kruk et al., 2018[4]). Muitas dessas lacunas de qualidade refletem a forma como os cuidados são organizados em sistemas de saúde fragmentados e segmentados, nos quais as diferenças no acesso e na qualidade entre grupos de rendimento, territórios e populações enfraquecem tanto a confiança nas instituições quanto a equidade dos cuidados (Roberti et al., 2024[5]). As persistentes fragilidades na coordenação dos cuidados e na supervisão regulatória, a medição limitada dos resultados clínicos e da experiência do paciente e o uso insuficiente de dados para a melhoria restringem ainda mais a prestação de cuidados de alta qualidade (OECD/The World Bank, 2023[6]; Lorenzoni et al., 2019[7]). No caso de doenças crônicas, multimorbidade e episódios agudos que exigem transições entre níveis de atendimento, a qualidade depende cada vez mais não apenas do que ocorre dentro de cada unidade de saúde, mas também da continuidade ao longo da trajetória do paciente, apoiada por encaminhamentos eficazes, compartilhamento de informações, cuidados multidisciplinares e uma clara prestação de contas.

Cuidados de alta qualidade também promovem a eficiência e uma melhor utilização dos recursos. Em contextos de restrições orçamentárias, melhorar a qualidade dos cuidados aumenta o retorno do investimento em saúde ao alinhar a prática com as evidências, prevenir complicações e reduzir variações injustificadas que não estão relacionadas às necessidades dos pacientes. Melhorar a qualidade é, portanto, um objetivo tanto de saúde quanto fiscal: ao alinhar os cuidados mais estreitamente com as evidências e reduzir os danos evitáveis, os sistemas de saúde podem melhorar os resultados, aumentar o valor obtido com os gastos existentes e liberar recursos para responder às necessidades não atendidas (OECD, 2017[8]).

Muitos países da região estabeleceram bases importantes para a garantia da qualidade, incluindo marcos regulatórios, padrões, políticas de qualidade e responsabilidades institucionais. A próxima etapa é mais exigente: requer conectar esses elementos de forma mais eficaz, para que a medição oriente a ação, a regulamentação apoie a implementação e o financiamento e a prestação de contas reforcem a melhoria dos cuidados, em vez de funcionarem como mecanismos separados. Os países não partem do mesmo ponto, e sua posição pode variar entre diferentes áreas do sistema. Alguns ainda estão consolidando mecanismos básicos de governança e garantia da qualidade, enquanto outros podem concentrar-se cada vez mais na implementação, na aprendizagem organizacional, na prestação de contas e no uso mais sistemático de informações e incentivos relacionados à qualidade.

Este capítulo examina essas questões combinando resultados de qualidade comparáveis internacionalmente com uma análise das políticas, instituições e mecanismos de implementação que moldam a prestação de cuidados de alta qualidade, com foco nas implicações para as intervenções e para a melhoria do desempenho do sistema. A análise considera a governança, a garantia da qualidade profissional e dos serviços, a avaliação de tecnologias em saúde, a medição e a segurança do paciente, os incentivos financeiros e os cuidados integrados e centrados nas pessoas. Ao vincular o desempenho observado à arquitetura política subjacente, o capítulo identifica opções de ação para apoiar o desenvolvimento de sistemas de saúde mais resilientes, equitativos e de alto desempenho, capazes de responder às necessidades de saúde em evolução da região e de reforçar a confiança nas instituições públicas.

A análise examina não apenas quais mecanismos de qualidade os países adotaram, mas também até que ponto esses mecanismos constituem um sistema coerente, capaz de traduzir padrões, medição e supervisão em melhores cuidados e melhores resultados. A comparação entre países com diferentes pontos de partida também oferece oportunidades de benchmarking e aprendizagem entre pares dentro da região, ao mesmo tempo em que aproveita a experiência da OCDE para identificar como sistemas de qualidade mais consolidados articulam governança, implementação e melhoria contínua.

Qualidade dos cuidados de saúde na América Latina e no Caribe medida através de indicadores internacionalmente comparáveis

A avaliação dos cuidados de saúde entre países tem sido historicamente difícil na América Latina e no Caribe devido a sistemas de informação de saúde fragmentados, práticas de notificação desiguais e disponibilidade limitada de dados comparáveis. Análises anteriores do desempenho dos sistemas de saúde na região baseavam-se frequentemente em estatísticas de mortalidade, estudos ao nível das unidades de saúde ou dados administrativos específicos de cada país, limitando a possibilidade de uma comparação sistemática entre países. Nas últimas duas décadas, porém, foram feitos progressos importantes. Muitos países reforçaram os sistemas de informação de saúde de rotina, expandiram os registros de saúde digitais e melhoraram a

comunicação de dados hospitalares, de mortalidade e de utilização de serviços. Ao mesmo tempo, os investimentos crescentes em capacidades de informação sobre saúde e a utilização secundária de dados de saúde permitiram um monitoramento mais consistente do desempenho dos sistemas de saúde. Estes desenvolvimentos melhoraram significativamente a disponibilidade de indicadores internacionalmente comparáveis sobre a qualidade dos cuidados de saúde, tornando cada vez mais possível avaliar resultados, processos de cuidados e experiências dos pacientes entre países. Embora estes indicadores forneçam informações valiosas sobre o estado da qualidade dos cuidados na região, a sua interpretação deve também ter em conta as diferenças nos sistemas de dados, práticas de notificação e organização dos sistemas de saúde entre os países (Kruk et al., 2018[4]).

Os esforços internacionais para medir e comparar a qualidade dos serviços de saúde têm sido reforçados por meio do desenvolvimento de estruturas conceituais e indicadores padronizados. O quadro da OCDE para a qualidade e os resultados dos serviços de saúde (HCQO) oferece uma abordagem estruturada para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde entre países, organizando indicadores em dimensões essenciais da qualidade (incluindo eficácia, segurança e cuidados centrados nas pessoas) e em todos os níveis de atendimento, como cuidados primários, atendimento hospitalar e saúde pública (OECD, 2024[9]). O quadro enfatiza o uso de indicadores internacionalmente comparáveis para monitorar o desempenho dos sistemas de saúde na prevenção de doenças, na prestação de tratamentos eficazes e na minimização de danos aos pacientes. Dentro dessa abordagem, os indicadores podem capturar diferentes estágios dos processos de atendimento e resultados, desde intervenções preventivas até resultados de tratamento e desfechos de saúde. Ao proporcionar um quadro de medição comum, os indicadores HCQO apoiam a comparação entre países e ajudam a identificar áreas em que os sistemas de saúde apresentam bom desempenho ou onde podem ser necessárias melhorias adicionais.

Um panorama multidimensional da qualidade dos cuidados de saúde na América Latina e no Caribe

Com base no quadro da OCDE para a qualidade e os resultados dos serviços de saúde (HCQO), o capítulo sobre a qualidade dos dados relativos aos cuidados de saúde do Panorama da saúde: América Latina e Caribe 2026 (Capítulo 7) apresenta um conjunto de indicadores que abrangem as principais dimensões da qualidade dos cuidados de saúde em toda a região. Começa com indicadores de mortalidade evitável, uma medida geral da capacidade do sistema de saúde de minimizar as mortes por causas que não deveriam ocorrer com políticas de saúde pública eficazes e assistência médica oportuna, distinguindo entre causas evitáveis que podem ser reduzidas por meio de prevenção em toda a população e causas tratáveis que dependem mais diretamente do desempenho e da qualidade dos serviços de saúde. Em segundo lugar, o capítulo evidencia o desempenho da prevenção em saúde por meio de indicadores de cobertura vacinal. Esses indicadores avaliam o alcance e a eficácia dos programas de imunização infantil, incluindo a cobertura para difteria, tétano e coqueluche (DTP3), vacinas contra o sarampo e a hepatite B, que, em conjunto, aproveitam componentes essenciais dos cuidados preventivos e da proteção da população contra doenças transmissíveis. As internações hospitalares evitáveis por condições crônicas, como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca congestiva e diabetes, fornecem insights sobre a eficácia e a acessibilidade dos cuidados primários na prevenção de complicações que exigem tratamento hospitalar. Os indicadores de letalidade intra-hospitalar após infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral avaliam a qualidade e a oportunidade da assistência hospitalar aguda para emergências cardiovasculares graves. Complementando a avaliação de desempenho dos cuidados agudos, o capítulo apresenta indicadores para o tratamento do câncer, incluindo a mortalidade por câncer tratável e a sobrevida em 5 anos para cânceres infantis. Além disso, indicadores de segurança do paciente e prescrição segura examinam tanto os fundamentos políticos para a segurança do paciente, incluindo o alinhamento com o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente da OMS, quanto os padrões de consumo de agentes antimicrobianos, que fornecem sinais sobre as práticas de prescrição e os riscos potenciais relacionados aos efeitos nocivos da medicação.

Tabela 1.1 e a Tabela 1.2 apresentam um resumo dos indicadores de qualidade dos cuidados comparáveis internacionalmente para os países da América Latina e do Caribe. Os números fornecem uma visão geral sintética do desempenho relativo entre os países e as dimensões dos cuidados, permitindo a identificação de padrões gerais em toda a região.

Tabela 1.1. Indicadores selecionados de qualidade dos cuidados de saúde nos países da ALC

	Mortalidade por **causas evitáveis** Taxa padronizada por idade por 100.000 habitantes		Cobertura vacinal contra a DTP3 em crianças de 1 ano (%)	Cobertura da primeira dose da vacina contra o sarampo em crianças de 1 ano	Segunda dose da vacina contra o sarampo na idade recomendada localmente (%)	Cobertura vacinal contra a hepatite B em crianças de 1 ano (%)	Critérios do Plano de ação global para a Segurança do Paciente 2021-2030 (de um total de 10)
	Mortalidade por causas **tratáveis**	Mortalidade por causas **preveníveis**					
Antígua e Barbuda	117	166	99	97	82	99	
Argentina	108	100	75	82	46	75	4/10
Bahamas			90	86	60	90	
Barbados			94	88	76	94	
Belize	166	252	88	84	83	88	5/10
Bolívia			59	67	61	59	5/10
Brasil	111	155	91	93	68	90	4/10
Chile	62	94	95	93	73	95	4/10
Colômbia	74	122	89	93	86	89	7/10
Costa Rica	77	119	99	93	87	99	7/10
Cuba	113	141	99	99	99	99	8/10
Dominica	163	173	90	80	75	90	
El Salvador			95	96	90	95	4/10
Equador	91	153	70	74	60	70	8/10
Granada	169	174	93	83	67	86	
Guatemala	158	207	81	90	78	81	
Guiana	232	321	98	99	97	98	2/10
Haiti			60	77	54	60	1/10
Honduras			75	79	77	75	
Jamaica	176	246	99	94	93	99	5/10
México	135	176	78	80	69	78	
Nicarágua	132	143					
Panamá	87	106	72	93	82	72	4/10
Paraguai	140	183	80	90	69	80	1/10
Peru	78	121	80	89	76	80	6/10
República Dominicana	132	132	87	89	78	86	6/10
Santa Lúcia	115	156	99	83	67	99	
São Cristóvão e Neves	163	221	97	95	97	97	
São Vicente e Granadinas	217	216	99	99	99	99	
Suriname			69	73	52	69	
Trindade e Tobago	150	171	92	96	89	92	4/10
Uruguai	80	140	94	97	95	94	10/10
Venezuela			62	71	51	62	
ALC	**130**	**167**	**86**	**88**	**76**	**86**	**5/10**
OCDE	**57**	**105**	**93**	**93**	**88**	**92**	

Observação: todos os indicadores apresentam valores referentes a 2024 ou ao ano mais recente disponível, exceto no caso da Mortalidade por causas tratáveis, em que o ano mais recente é 2023. As especificações dos indicadores, os esclarecimentos e as observações para uma interpretação mais aprofundada podem ser consultados nas respectivas seções do Capítulo 7. As médias da OCDE e da ALC são médias simples calculadas com um mínimo de 7 países disponíveis. O número de países nas médias para cada indicador pode variar. Para obter mais especificações, consulte a seção correspondente do Capítulo 7. A escala de cores é construída com base na média da ALC. As células mais cinzentas representam valores progressivamente piores do que a média, enquanto as células mais verdes representam valores cada vez melhores do que a média.
Fonte: ver Capítulo 7.

Embora cada um desses indicadores seja analisado em detalhes no Capítulo 7, observá-los de forma agregada permite identificar padrões gerais e obter insights. Os indicadores que refletem os resultados de saúde e a qualidade dos cuidados agudos apresentam variações consideravelmente maiores entre os países. A mortalidade por causas tratáveis — mortes que deveriam ser evitadas com cuidados de saúde oportunos e eficazes — varia significativamente na região, oscilando entre cerca de 62 mortes por 100.000 habitantes no Chile e mais de 230 por 100.000 na Guiana. Essa diferença de quase quatro vezes sugere disparidades substanciais na capacidade dos sistemas de saúde de diagnosticar, tratar e gerir condições que deveriam ser passíveis de atendimento médico. Essa variação pode refletir diferenças no acesso ao tratamento oportuno, na disponibilidade de serviços especializados e em fatores mais amplos de qualidade do sistema de saúde, incluindo a capacidade da força de trabalho, a infraestrutura e a coordenação dos cuidados de saúde. Em contrapartida, os serviços preventivos tendem a apresentar um desempenho relativamente bom em muitos países da ALC. A cobertura média dos programas básicos de imunização infantil — incluindo difteria, tétano e coqueluche (DTP3), vacinas contendo o componente do sarampo (MCV1 e MCV2) e hepatite B — permanece elevada em vários países, refletindo a prioridade de longa data dada aos programas de vacinação e o sólido legado das iniciativas nacionais de imunização em toda a região.

Indicadores relacionados à segurança do paciente e à prescrição segura sugerem que muitos países da região ainda estão fortalecendo as bases institucionais para cuidados mais seguros. O grau em que os países atendem aos critérios de política e governança descritos no Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030 da OMS varia consideravelmente, indicando diferenças na maturidade das estruturas de segurança do paciente, dos sistemas de notificação e das estratégias nacionais destinadas a reduzir danos evitáveis nos cuidados de saúde. O fortalecimento da governança da segurança do paciente, a promoção da aprendizagem dos sistemas de saúde e a melhoria do monitoramento do uso de medicamentos são cada vez mais reconhecidos como elementos centrais de sistemas de saúde de alta qualidade (WHO, 2024[10]).

Tabela 1.2. Indicadores de qualidade para cuidados agudos e cuidados de saúde primários, países ALC com dados disponíveis

Taxa padronizada por idade e sexo por 100 internações hospitalares (por 100.000 habitantes para internações por diabetes, asma, DPOC)

	Taxa de letalidade intra-hospitalar nos 30 dias após a internação por IAM[1]	Taxa de letalidade intra-hospitalar nos 30 dias após a internação por AVC isquêmico[1]	Taxa de letalidade intra-hospitalar nos 30 dias após a internação por AVC hemorrágico[1]	Internações hospitalares por insuficiência cardíaca congestiva[2]	Internações hospitalares por diabetes[2]	Internações hospitalares por asma[2]	Internações hospitalares por DPOC[2]
Argentina				34	57	18	25
Chile	9	9	25	61	90	14	32
Colômbia	6	6		40	45	12	46
Costa Rica	7	35	25	19	54	11	17
Equador	11	8	17	42	5	5	5
México	23	17	31	36	149	5	20
Paraguai	24	12	26				
Peru	20	2	11	5	26	3	4
ALC	**13**	**12**	**23**	**40**	**64**	**12**	**27**
OCDE	**7**	**9**	**23**	**89**	**93**	**25**	**76**

1. Pacientes com 45 anos ou mais. 2. Pacientes com 15 anos ou mais.
Observações: Todos os indicadores apresentam valores para 2024 ou os mais recentes disponíveis. As especificações dos indicadores, os esclarecimentos e as observações para uma interpretação mais aprofundada podem ser consultados nas respectivas seções do Capítulo 7. As médias da OCDE e da ALC são médias simples calculadas com um mínimo de 7 países disponíveis. O número de países nas médias para cada indicador pode variar. Para obter mais especificações, consulte a seção correspondente do Capítulo 7. A escala de cores é construída com base na média da ALC. As células mais cinzentas representam valores progressivamente piores do que a média, enquanto as células mais verdes representam valores cada vez melhores do que a média.
Fonte: ver Capítulo 7.

Os indicadores de atendimento hospitalar agudo apontam para diferenças acentuadas na capacidade dos sistemas de saúde da região de oferecer tratamento oportuno e eficaz para as principais emergências cardiovasculares (Tabela 1.2). A variação nas taxas de letalidade após infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral sugere um desempenho desigual na resposta a emergências, nos percursos clínicos e na gestão hospitalar, incluindo o acesso a diagnóstico rápido, tratamento especializado e cuidados coordenados. Ao mesmo tempo, essas diferenças também podem estar relacionadas a discrepâncias internas nas práticas de codificação diagnóstica. Evidências entre países indicam que um desempenho mais sólido nessas áreas está frequentemente associado a modelos organizados de prestação de serviços, tais como redes integradas de atendimento cardíaco e de acidente vascular cerebral, unidades especializadas e monitoramento sistemático da qualidade, destacando o papel da organização e da governança do sistema na definição dos resultados (OECD, 2025[11]). Essas iniciativas, juntamente com uma iniciativa para padronizar os códigos diagnósticos, estão atualmente sendo priorizadas em países como o Peru, em um esforço para fortalecer os percursos clínicos e os tempos de resposta às emergências. Os indicadores refletem tanto a qualidade dos

cuidados prestados dentro dos hospitais quanto a organização do percurso assistencial do paciente, incluindo o reconhecimento oportuno, o encaminhamento e a transferência para o nível de atendimento adequado.

As taxas de internação por condições sensíveis aos cuidados ambulatoriais ilustram ainda mais as diferenças na forma como os sistemas de saúde gerenciam doenças crônicas fora do ambiente hospitalar. A ampla variação entre os países reflete diferenças na eficácia, na acessibilidade e na continuidade da atenção primária, particularmente na prevenção e no manejo de condições como insuficiência cardíaca congestiva, diabetes, asma e DPOC. Taxas de internação mais baixas podem indicar um desempenho mais forte dos cuidados primários, incluindo diagnóstico oportuno, acompanhamento regular e tratamento adequado; no entanto, elas também podem refletir capacidade hospitalar limitada ou barreiras de acesso em alguns contextos. Quando analisados em conjunto com os resultados dos cuidados agudos e indicadores sistêmicos mais amplos, esses padrões ressaltam que a qualidade depende tanto dos cuidados prestados em cada unidade quanto da continuidade assistencial à medida que os pacientes transitam entre prestadores e níveis de atendimento. No entanto, a interpretação deve levar em conta as diferenças em termos de acesso, capacidade hospitalar, codificação e integridade dos dados.

A interpretação dessas medidas requer uma análise cuidadosa das características do sistema de saúde e da disponibilidade de dados nos diferentes países

As diferenças observadas refletem frequentemente não apenas a qualidade dos cuidados prestados, mas também variações no acesso, nos relatórios e nos sistemas de dados. Diferenças na codificação diagnóstica, nas práticas de internação, nos fluxos de encaminhamento, na gravidade do caso na internação e na completude dos relatórios hospitalares podem influenciar os resultados entre os países. Por exemplo, as diferenças nas taxas de letalidade podem ser influenciadas não apenas pela qualidade dos cuidados clínicos, mas também pelos padrões de encaminhamento, pelos atrasos no acesso ao tratamento e pelas variações na gravidade dos casos na internação. Compreender esses fatores contextuais é, portanto, essencial ao comparar indicadores de qualidade dos cuidados entre países e ao identificar prioridades para ações políticas.

Uma limitação importante continua sendo o número elevado de valores em falta entre países e indicadores. O conjunto de países incluídos na Tabela 1.2 representa um subconjunto de países da região com sistemas de informação em saúde relativamente mais sólidos e dados disponíveis para comparação internacional. Em muitos países, a coleta de rotina e a comunicação das medidas de desempenho continuam incompletas ou fragmentadas entre os subsistemas dos sistemas de saúde. Como resultado, os indicadores disponíveis fornecem apenas uma visão parcial da qualidade dos cuidados prestados em toda a região.

Além disso, a interpretação dos indicadores de qualidade dos cuidados de saúde na América Latina e no Caribe requer cautela especial, pois o desempenho dos sistemas de saúde é frequentemente influenciado tanto por restrições de acesso quanto por diferenças de qualidade. Por exemplo, baixas taxas de internação hospitalar por doenças crônicas podem refletir um manejo eficaz da doença nos cuidados primários, mas também podem sinalizar acesso limitado aos serviços hospitalares. Por essas razões, a análise isolada de indicadores de resultados e de utilização de serviços pode não captar plenamente os fatores subjacentes à qualidade dos cuidados de saúde na região.

Para compreender melhor os padrões desses dados, é, portanto, necessário complementar os indicadores quantitativos com informações sobre políticas dos sistemas de saúde, mecanismos de governança e estratégias de melhoria da qualidade. A próxima seção se baseia nos resultados de uma pesquisa sobre políticas realizada em 19 países da América Latina e do Caribe para avaliar as estruturas institucionais, os sistemas de monitoramento e os instrumentos políticos que os países adotaram para fortalecer a qualidade dos cuidados de saúde. Essa análise mais aprofundada das políticas de qualidade dos cuidados de saúde proporciona um contexto importante para a interpretação dos indicadores apresentados acima e oferece insights sobre as alavancas políticas disponíveis para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde em toda a região.

Panorama das políticas e da qualidade institucional dos cuidados de saúde

As políticas para promover a qualidade dos cuidados visam garantir que os serviços sejam eficazes, seguros e centrados nas pessoas. A qualidade continua sendo uma preocupação mesmo em sistemas com ampla cobertura, uma vez que o acesso por si só não garante que os cuidados sejam prestados de forma a alcançar consistentemente os resultados desejados ou a cumprir padrões aceitáveis. Para melhorar os resultados de saúde e, ao mesmo tempo, fazer melhor uso dos recursos limitados, os países precisam de estratégias nacionais claras de qualidade dos cuidados de saúde que traduzam a cobertura e o investimento em serviços mais seguros, mais eficazes e mais responsivos (OECD/WHO/World Bank Group, 2018[3]).

A pesquisa conjunta realizada em 2025 pelo Banco Mundial, pela OCDE e pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento, descrita na Caixa 1.1, oferece um panorama atual das estratégias nacionais de qualidade dos cuidados de saúde, dos mecanismos institucionais e das abordagens de implementação na região. Para isso, a pesquisa analisou 23 mecanismos de políticas que os países utilizam para definir padrões, organizar a governança da qualidade, estabelecer e aplicar padrões, apoiar o aprimoramento profissional e organizacional, monitorar e relatar o desempenho, fortalecer a segurança do paciente e promover o atendimento integrado e centrado nas pessoas. Esses mecanismos podem ser agrupados em seis grandes áreas de políticas:

- **Governança e prestação de contas**, que estabelecem liderança, supervisão e orientação em todo o sistema para a qualidade dos cuidados de saúde. Isso inclui governança clínica, relatórios públicos e financiamento baseado no desempenho.
- **Regulamentação e garantia externa**, que estabelecem requisitos mínimos para cuidados seguros e aceitáveis, e avaliam se os prestadores os cumprem. Isso inclui o licenciamento de prestadores de cuidados de saúde, acreditação e inspeção de instituições quanto a padrões mínimos de segurança.
- **Cuidados baseados em evidências e governança tecnológica**, que promovem cuidados mais eficazes e consistentes, alinhando decisões e práticas com evidências. Isso inclui apoio à decisão clínica; padrões clínicos, fluxos de atendimento e protocolos, e avaliação de tecnologias em saúde.
- **Capacidade da força de trabalho e melhoria dos serviços**, que fortalecem a competência profissional e apoiam a melhoria da qualidade em equipes clínicas e organizações. Isso inclui treinamento e supervisão, auditoria clínica e feedback, análises de morbidade e mortalidade, e ciclos de melhoria colaborativos e baseados em equipe.
- **Segurança do paciente e prática clínica segura**, que visam reduzir danos evitáveis e incorporar processos de cuidados mais seguros na prestação de serviços de rotina. Isso inclui regulamentação de medicamentos, protocolos de segurança, listas de verificação de segurança e notificação de eventos adversos.
- **Cuidados integrados e centrados nas pessoas**, que buscam tornar os cuidados mais responsivos às necessidades, preferências e capacidades das pessoas, ao mesmo tempo em que melhoram a continuidade entre os ambientes. Isso inclui engajamento e empoderamento comunitários formalizados, alfabetização em saúde, tomada de decisão compartilhada, apoio entre pares e grupos de pacientes especialistas, feedback e experiência de atendimento do paciente e ferramentas de autogestão do paciente.

Caixa 1.1. OCDE - Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre as políticas de qualidade dos cuidados de saúde

O “Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre as políticas de qualidade dos cuidados de saúde” da OCDE foi realizado online entre outubro de 2025 e fevereiro de 2026 com funcionários dos Ministérios da Saúde participantes do Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026. Doze países responderam diretamente à pesquisa: Argentina, Belize, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Granada, México, Paraguai, Peru e Santa Lúcia.

A pesquisa coletou informações sobre os principais mecanismos institucionais e políticas destinados a promover a qualidade dos cuidados de saúde. Ela abrangeu: o quadro político geral para a qualidade dos cuidados de saúde, disposições legais e regulatórias, planejamento da força de trabalho e certificação e recertificação profissional, acreditação e outros mecanismos externos de avaliação da qualidade, diretrizes de prática clínica, avaliação de tecnologias em saúde e regulamentação de dispositivos médicos, hemoderivados e produtos farmacêuticos, auditoria e avaliação de desempenho; incentivos financeiros para melhorar a qualidade dos cuidados, segurança do paciente, negligência médica e controle de infecções, e mecanismos para que os pacientes influenciem a qualidade dos cuidados de saúde, incluindo a medição da experiência do paciente. Uma segunda seção da pesquisa coletou informações sobre a disponibilidade de fontes de dados e indicadores de saúde selecionados em nível nacional e/ou subnacional.

Informações adicionais foram compiladas para a República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua e Panamá. Para esses países, as informações foram coletadas pela OCDE utilizando fontes públicas e entrevistas com autoridades nacionais, em vez de terem sido obtidas por meio do preenchimento direto da pesquisa por funcionários dos Ministérios da Saúde. Assim, esses perfis de países têm um status diferente das respostas diretas à pesquisa. Eles refletem, tanto quanto é do conhecimento da Secretaria, as informações publicamente disponíveis mais recentes sobre os temas abordados. A pesquisa e a lista de fontes utilizadas para os perfis dos países compilados pela OCDE são apresentadas no anexo do relatório.

Por fim, foi realizado um workshop presencial em Buenos Aires, Argentina, em novembro de 2025, reunindo representantes de seis Ministérios da Saúde da América Latina para validar as respostas da pesquisa e discutir sua interpretação em profundidade.

O Gráfico 1.1 apresenta o estado de implementação dos mecanismos de qualidade dos cuidados em 19 países da América Latina e do Caribe. Ele aponta para um padrão de institucionalização relativamente forte no que diz respeito às bases regulatórias e de segurança, juntamente com um desenvolvimento mais limitado de mecanismos que apoiam uma governança centrada na aprendizagem e no paciente.

Nas seis áreas de política, a pesquisa sugere que a maioria dos países da América Latina e do Caribe tem obtido progressos consistentes nas funções fundamentais de regulamentação e garantia externa. O licenciamento de prestadores e a regulamentação de medicamentos são relatados como implementados em 17 dos 19 países avaliados, indicando que a maioria dos sistemas estabeleceu as regras básicas necessárias para autorizar prestadores e regulamentar os principais insumos para a prestação de cuidados de saúde. Em contrapartida, a acreditação é relatada como estando em vigor em apenas 9 países, demonstrando uma possível desconexão entre políticas e implementação. Um padrão semelhante surge na segurança do

paciente e na prática clínica segura. Vários países foram além da regulamentação básica para adotar ferramentas concretas de redução de danos, mas a implementação ainda é desigual: listas de verificação de segurança cirúrgica estão em vigor, ou em processo de implementação, em 12 dos 19 países, sistemas de notificação de eventos adversos estão em vigor em 11 países, e protocolos de segurança estão em vigor em 9 países, com outros 5 relatando que estão sendo implementados. Essa distribuição é consistente com a experiência internacional, na qual os esforços nacionais de qualidade frequentemente começam com controles regulatórios e instrumentos de segurança do paciente antes de evoluírem para sistemas mais maduros de medição, aprendizagem e melhoria contínua (WHO, 2017[12]).

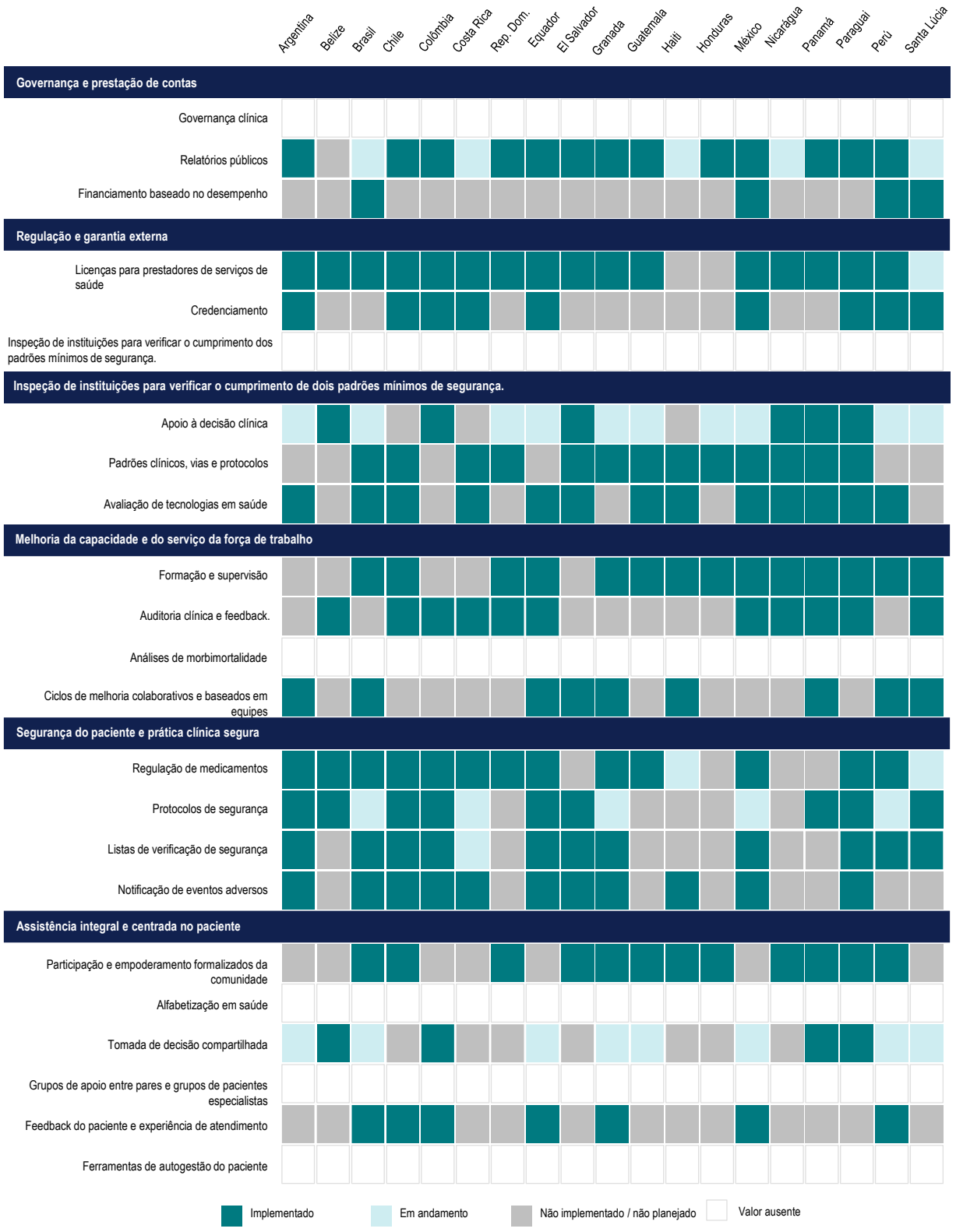
O panorama é mais heterogêneo nas áreas de política que dependem da aprendizagem institucional, do uso ativo de evidências e de maior envolvimento dos pacientes. No âmbito da governança e da prestação de contas, a divulgação pública de informações está implementada em 13 países, mas permanece em fase de planejamento em cinco — Brasil, Costa Rica, Haiti, Nicarágua e Santa Lúcia —, enquanto o financiamento baseado no desempenho é relatado em apenas quatro, indicando que o uso estratégico de incentivos ainda está longe de ser sistemático. Em termos de capacidade da força de trabalho e melhoria dos serviços, o treinamento e a supervisão são relativamente comuns (14 dos 19 países), mas os mecanismos que dependem de reflexão e feedback de rotina estão menos consistentemente incorporados: auditoria clínica e feedback são relatados como implementados em 11 países, e ciclos de melhoria colaborativa em 9, sugerindo que muitos sistemas ainda têm capacidade limitada para converter informações em melhoria contínua. Um gradiente semelhante aparece nos cuidados baseados em evidências e na governança de tecnologias. Padrões clínicos, percursos assistenciais e protocolos, bem como a avaliação de tecnologias em saúde, são relatados em 13 países, mas o apoio à decisão clínica está implementado em apenas 6, com outros 10 ainda em processo, apontando para uma lacuna importante entre o estabelecimento de padrões e sua incorporação na prática cotidiana. A área menos desenvolvida continua sendo os cuidados integrados e centrados nas pessoas. Embora mecanismos de engajamento e empoderamento da comunidade estejam presentes em 12 países, as ferramentas mais operacionais que envolvem diretamente os pacientes nas decisões e na melhoria da qualidade permanecem limitadas.

Ao examinar os 23 mecanismos de política apresentados no Gráfico 1.1, obtém-se uma indicação simples dos diferentes pontos de partida dos países. Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Granada, México, Panamá, Paraguai e Peru relatam a implementação total ou parcial de pelo menos 11 dos mecanismos avaliados, sugerindo uma base de implementação mais consolidada a partir da qual a atenção pode ser direcionada, cada vez mais, para uma aplicação coerente, a aprendizagem e a prestação de contas. Belize, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua e Santa Lúcia ainda estão consolidando um conjunto mais amplo desses mecanismos, enquanto a Costa Rica, com 10 mecanismos implementados ou em processo de implementação, situa-se próxima ao limite entre esses dois grandes grupos. Essa distinção é particularmente evidente nos mecanismos que vão além dos fundamentos básicos do sistema em direção à garantia externa, à gestão rotineira da segurança e à participação dos pacientes: a acreditação está em vigor em 7 dos 10 países do primeiro grupo, em comparação com 1 dos 8 do segundo; os protocolos de segurança são relatados nos 10 países do primeiro grupo, em comparação com 3 dos 8 do segundo; e mecanismos de feedback dos pacientes existem em 7 países do primeiro grupo, em comparação com nenhum do segundo. Ao mesmo tempo, as variações internas de cada país entre as diferentes áreas de política, ilustradas pelos mecanismos relativamente consolidados de acreditação e segurança do paciente da Costa Rica, reforçam a importância de considerar essas situações como diferentes pontos de partida, e não como categorias fixas dos sistemas nacionais de qualidade. Entre os países com dados disponíveis, a mortalidade média por causas tratáveis também é menor no primeiro grupo (cerca de 106 mortes por 100.000 habitantes) do que no segundo (141 mortes), embora essa associação descritiva não deva ser interpretada como evidência de uma relação causal.

O restante deste capítulo examina essas seis áreas de política com maior profundidade, passando dos fundamentos sistêmicos e das políticas nacionais de qualidade para os mecanismos utilizados para melhorar os cuidados na prática e para as políticas no nível dos serviços. Ele começa com a **governança e a prestação de contas**, incluindo políticas nacionais, marcos legais e regulatórios e as instituições responsáveis pela qualidade dos cuidados. Em seguida, passa para a **regulamentação e a garantia externa**, abrangendo a garantia da qualidade dos profissionais de saúde e dos serviços de saúde, bem como a acreditação e os mecanismos relacionados de avaliação externa. O capítulo analisa, em seguida, os **cuidados baseados em evidências e a governança de tecnologias**, incluindo diretrizes de prática clínica, avaliação de tecnologias em saúde e garantia da segurança de produtos farmacêuticos, hemoderivados e dispositivos médicos, antes de abordar a **capacidade da força de trabalho** e a melhoria dos serviços por meio de indicadores, auditorias, divulgação pública de informações e outros mecanismos de avaliação de desempenho. Essa área de política é também complementada por **incentivos financeiros e reformas nas compras** para apoiar melhores cuidados, uma área que permanece menos desenvolvida em muitos países da região, mas que é cada vez mais importante para sistemas de qualidade maduros. Em seguida, o capítulo se aprofunda nas políticas de segurança do paciente e negligência médica e conclui com os cuidados integrados e centrados nas pessoas. Em conjunto, essas seções traçam o caminho da política à implementação para promover cuidados seguros, eficazes e centrados nas pessoas.

Gráfico 1.1. Estado de implementação dos mecanismos de qualidade dos cuidados em 19 países da América Latina e do Caribe

Estado de implementação dos mecanismos de política



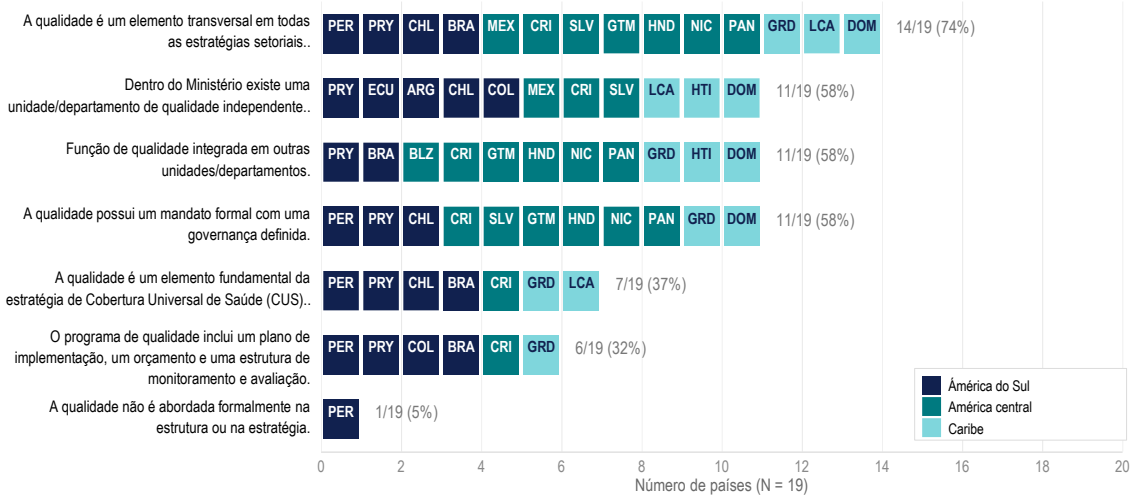
Fonte: Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre as políticas de qualidade dos cuidados de saúde.

Políticas, marcos legais e regulatórios e principais organizações que promovem a qualidade dos cuidados de saúde

Nos 19 países avaliados, a qualidade da assistência está sendo cada vez mais incorporada à estrutura geral das políticas de saúde, embora muitos países ainda estejam em processo de traduzir esse reconhecimento em acordos formais de governança, planos de implementação e capacidade institucional sustentada.

A análise indica que a maioria dos países possui políticas ou estratégias nacionais de qualidade dos cuidados em diferentes estágios de desenvolvimento, mas estas diferem significativamente em escopo e maturidade (Gráfico 1.2). A qualidade é tratada como um elemento transversal nas estratégias setoriais na maioria dos países pesquisados (14 de 19), incluindo Peru, Paraguai, México, Granada, Santa Lúcia, Chile, Costa Rica, Brasil, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá e República Dominicana. Dentro desse grupo, apenas um número menor de países parece ter avançado para um modelo mais operacional, o que evidencia deficiências nas estruturas institucionais: Peru e Chile possuem planos de implementação plenamente orçamentados e estruturas de monitoramento, enquanto Granada possui mandatos formais, mas não dispõe de orçamentos específicos nem de planos orçamentados. Nos demais países (Equador, Argentina, Belize e Haiti), a qualidade é abordada por meio de políticas temáticas, como segurança do paciente, segurança cirúrgica, segurança de medicamentos e acreditação hospitalar, em vez de um único plano nacional abrangente. A Colômbia ocupa uma posição um pouco diferente: embora as políticas relacionadas à qualidade sejam frequentemente organizadas em torno de áreas temáticas, elas estão inseridas em uma arquitetura regulatória mais ampla para a qualidade, destacando-se o Sistema Obrigatório de Garantia da Qualidade da Atenção à Saúde (SOGCS), no âmbito do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde.

Gráfico 1.2. Posicionamento da qualidade dos cuidados na estratégia global do sistema de saúde em 19 países da América Latina e do Caribe



Observação: Resposta à pergunta: como o departamento de qualidade e a estratégia de qualidade estão posicionados dentro do seu Ministério da Saúde?
Fonte: Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre as políticas de qualidade dos cuidados de saúde.

O panorama regulatório da qualidade dos cuidados de saúde na América Latina e no Caribe continua centrado nas funções tradicionais de gestão do sistema de saúde: regulamentação dos serviços e prestadores de saúde, definição de padrões mínimos por meio da acreditação e estabelecimento de mecanismos externos de garantia, como o licenciamento, e de governança clínica.

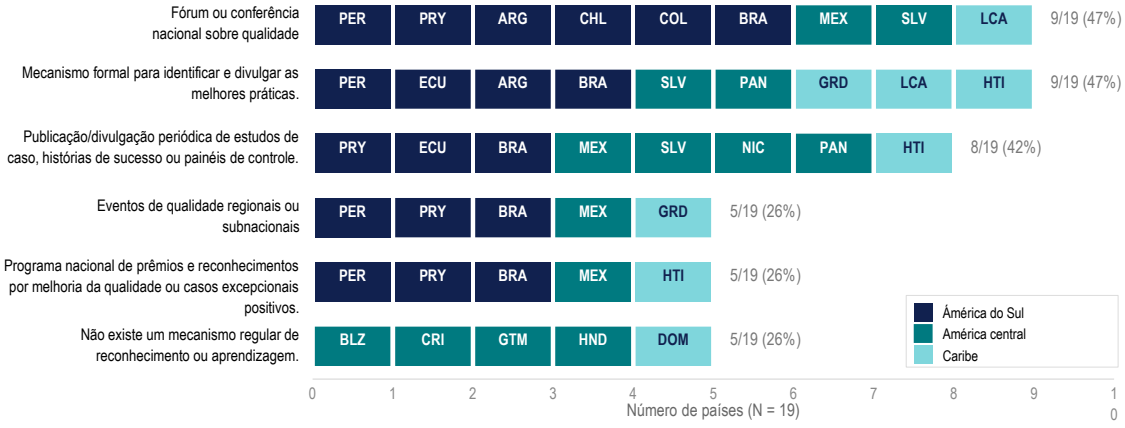
Em toda a região, a maioria dos países relata ter implementado políticas de qualidade de cuidados básicos, incluindo acreditação de instalações, diretrizes clínicas, prevenção e controle de infecções e segurança cirúrgica, indicando que a arquitetura básica para garantir padrões aceitáveis de cuidados está em vigor na maioria dos sistemas. No entanto, domínios mais especializados associados aos sistemas de saúde em aprendizagem (Institute of Medicine, 2013[13]) continuam sendo desenvolvidos de forma menos consistente, como sistemas de notificação de incidentes de segurança do paciente, padrões digitais de qualidade da saúde e relatórios públicos de desempenho. Os sistemas de notificação de incidentes de segurança do paciente, essenciais para a transição de uma cultura de conformidade para uma de aprendizagem e prevenção, estão implementados em países como Paraguai, Equador, Santa Lúcia, Chile, Belize, Colômbia e El Salvador, mas permanecem parciais ou em fase de planejamento em locais como Peru, México, Granada, Costa Rica, Brasil e Panamá, e estão ausentes em vários países. Um padrão semelhante é visível para os padrões de qualidade em saúde digital, que são implementados no Peru, no Paraguai, no México, em Santa Lúcia, em Belize, na Colômbia, na Costa Rica, no Brasil, em El Salvador, na Nicarágua e no Panamá, mas continuam em fase de planejamento no Equador, em Granada, no Chile, na Guatemala, em Honduras e na República Dominicana. Esses dois

aspectos estão, por vezes, diretamente relacionados, como se observa nos planos do Peru de implementar um sistema interoperável de prontuários digitais de saúde que inclua a documentação de eventos de segurança.

Os Ministérios da Saúde são os principais atores nacionais

Normalmente, eles operam através de unidades de qualidade exclusivas (por exemplo, a *Dirección General de Calidad y Educación en Salud* do México) ou de departamentos especializados (Equador, Argentina, Santa Lúcia, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Haiti e República Dominicana). Paraguai, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá não relatam a existência de unidades de qualidade exclusivas dentro do Ministério da Saúde, mas tratam da qualidade por meio de outras estruturas ministeriais. Essas estruturas coordenam os programas e prioridades do ministério nacional, com o apoio de outros órgãos nacionais, incluindo institutos de saúde pública (Peru e México), agências ou superintendências independentes de qualidade (Colômbia e Equador) e pagadores da previdência social (Peru e Colômbia), que exercem uma influência significativa. Conselhos profissionais, como faculdades de medicina e enfermagem, também contribuem para o cenário regulatório, particularmente em Granada e no Chile. Essa diversidade institucional reflete a organização dos sistemas de saúde na região, mas também destaca um desafio comum: a melhoria da qualidade exige não apenas uma instituição líder nominal, mas também uma coordenação eficaz entre reguladores, financiadores, prestadores e órgãos profissionais para que as políticas se traduzam em melhorias mais consistentes na prestação de cuidados.

Gráfico 1.3. Mecanismos institucionais para aprender com o sucesso na qualidade dos cuidados de saúde em 19 países da América Latina e do Caribe



Observação: Resposta à pergunta: "O seu país dispõe de mecanismos institucionalizados e regulares para reconhecer e divulgar o sucesso na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde – incluindo a identificação de melhores práticas e casos positivos de desempenho excepcional?"
Fonte: Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre as políticas de qualidade dos cuidados de saúde.

Uma dimensão importante da função de governança é o seu alcance tanto na prestação pública quanto na privada. Na América Latina e no Caribe, os serviços de saúde são frequentemente prestados por uma combinação de prestadores públicos, da previdência social e privados; no entanto, os mecanismos nacionais de qualidade nem sempre são aplicados de forma uniforme em todos esses setores. Como ilustram as seções seguintes, as lacunas são particularmente evidentes no planejamento da força de trabalho e na segurança do paciente. Por conseguinte, uma governança nacional eficaz da qualidade requer normas, informações e mecanismos de supervisão aplicáveis a todos os prestadores, reconhecendo, ao mesmo tempo, as diferenças na forma como os serviços públicos e privados são financiados, regulamentados e organizados.

Existem mecanismos para identificar um bom desempenho, mas a aprendizagem sistemática a partir do sucesso continua sendo um desafio

O Gráfico 1.3 sugere que, além de estabelecer regras e padrões de qualidade, relativamente poucos países da região institucionalizaram mecanismos para aprender sistematicamente com os casos de sucesso. Embora vários países relatem atividades destinadas a divulgar boas práticas, como fóruns ou conferências nacionais sobre qualidade, essas iniciativas são mais comuns do que sistemas formais para identificar, documentar e disseminar abordagens eficazes em todo o sistema de saúde. Fóruns ou conferências nacionais sobre qualidade são relatados em 9 países: Peru, Paraguai, México, Argentina, Santa Lúcia, Chile, Colômbia, Brasil e El Salvador. Da mesma forma, 9 países — Peru, Equador, Argentina, Granada, Santa Lúcia, Brasil, El Salvador, Haiti e Panamá — relatam mecanismos formais para identificar casos excepcionais positivos ou equipes de alto desempenho. No entanto, menos países parecem dispor de mecanismos mais rotineiros de compartilhamento de conhecimento: a publicação regular de estudos de caso sobre melhoria da qualidade é relatada em 8 países: Paraguai, México, Equador, Brasil, El Salvador, Haiti, Nicarágua e Panamá. Em conjunto, esses resultados sugerem que, embora alguns países tenham começado a reconhecer e promover esforços bem-sucedidos de melhoria da qualidade, a disseminação e a ampliação

sistemáticas das boas práticas continuam desiguais. Isso é relevante porque sistemas de qualidade maduros dependem não apenas da detecção de baixo desempenho, mas também da identificação do que funciona, da recompensa pela melhoria e da possibilidade de que práticas eficazes se disseminem entre organizações e níveis de atendimento.

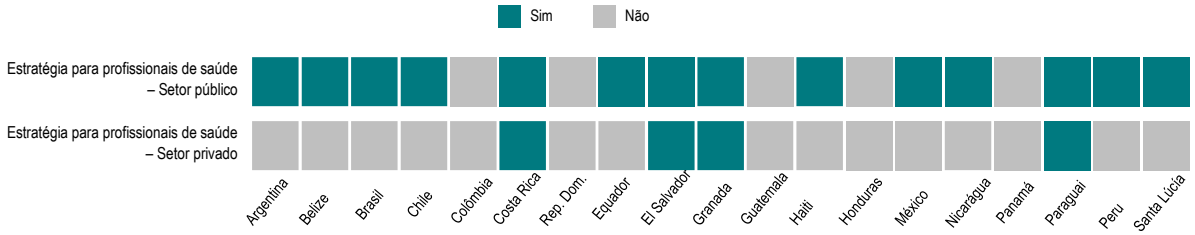
Das políticas de qualidade à implementação e à aprendizagem

Ao considerar tanto a posição que a qualidade dos cuidados ocupa nas estratégias gerais dos sistemas de saúde quanto os mecanismos institucionais disponíveis para aprender com os casos de sucesso, observa-se que os países partem de situações diferentes em termos de governança da qualidade dos cuidados. Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, El Salvador, México, Peru e Santa Lúcia combinam estruturas nacionais de qualidade relativamente consolidadas com mecanismos institucionais de implementação, coordenação ou aprendizagem; isso sugere que a atenção pode concentrar-se cada vez mais no fortalecimento da prestação de contas, na garantia de uma implementação coerente e na disseminação de práticas eficazes em todo o sistema de saúde. Belize, Costa Rica, República Dominicana, Granada, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá e Paraguai dispõem de elementos importantes dessa arquitetura, mas ainda estão consolidando os vínculos entre os compromissos políticos, as responsabilidades institucionais, a capacidade de implementação e a aprendizagem sistemática. Assim, a principal distinção não reside tanto em saber se os países adotaram políticas de qualidade, mas no grau de desenvolvimento de todo o processo: desde a política e a responsabilidade institucional até a implementação, a aprendizagem e a disseminação de práticas eficazes. Essas diferenças não são absolutas, uma vez que vários países do segundo grupo já dispõem de mecanismos estabelecidos em áreas específicas.

O planejamento estratégico da força de trabalho em saúde como um passo crucial para garantir a qualidade profissional

A qualidade dos cuidados que um sistema de saúde pode prestar depende muito de como ele desenvolve e administra sua força de trabalho em saúde. Os países não precisam apenas de profissionais de saúde em número suficiente, mas de uma força de trabalho cuja formação atenda às necessidades da população e cuja competência seja mantida ao longo de toda a vida profissional. Garantir a qualidade profissional não é, portanto, simplesmente uma questão de controlar o acesso à prática; isso exige uma abordagem política mais ampla que vincule o planejamento da força de trabalho, a regulamentação profissional e o desenvolvimento contínuo de competências à prestação de cuidados de saúde seguros, eficazes e centrados nas pessoas.

Gráfico 1.4. Implementação de uma estratégia nacional para a força de trabalho da saúde por setor em 19 países da América Latina e do Caribe



Observação: Resposta à pergunta: "O seu país dispõe de uma estratégia nacional abrangente para os profissionais de saúde que aborde as lacunas em termos de número, distribuição e retenção de médicos e enfermeiros, tanto a curto como a longo prazo?"
Fonte: Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre as políticas de qualidade dos cuidados de saúde.

Em vários países da região, essas prioridades estão agora refletidas em documentos oficiais de políticas. A *Estrategia Nacional de Salud 2021-2030* do Chile insere as questões relacionadas à força de trabalho em uma agenda mais ampla de gestão, qualidade e inovação, enquanto a Política Pública del Talento Humano en Salud 2025-2035 da Colômbia estabelece um marco de longo prazo para o fortalecimento da capacidade profissional, o desenvolvimento contínuo e a capacidade territorial na prestação de serviços. No entanto, como mostra o Gráfico 1.4, este compromisso estratégico não é acompanhado por um planejamento igualmente abrangente em toda a força de trabalho da saúde. Em muitos países, as estratégias de força de trabalho não abrangem médicos e enfermeiros de maneira consistente, e a cobertura é ainda menos completa para outros grupos profissionais. As lacunas também são mais acentuadas quando os setores público e privado são considerados em conjunto. Isso é importante não apenas para a preparação em períodos de sobrecarga do sistema, como ficou evidente durante a pandemia da COVID-19, mas também porque os cuidados de saúde na América Latina e no Caribe são frequentemente prestados através de uma combinação de prestadores públicos e privados. Na prática, isso significa que políticas de força de trabalho focadas de forma excessivamente restrita em uma parte do sistema podem deixar lacunas importantes na garantia de qualidade, na continuidade do atendimento e na capacidade efetiva de prestação de serviços.

Peru, Paraguai, Equador, Granada, Santa Lúcia, Chile, Belize, Brasil e Haiti relatam planos que abordam a distribuição e o número de profissionais de saúde no setor público. No entanto, apenas Granada, Belize e Costa Rica relatam uma abordagem igualmente abrangente para o setor privado. Um segundo grupo estabeleceu mecanismos de previsão e planejamento, mas com cobertura

setorial mais limitada. Políticas de previsão e planejamento da força de trabalho no setor público são relatadas em países como Peru, Paraguai, México, Equador, Santa Lúcia, Chile, Belize, Colômbia, Brasil, Haiti, Nicarágua e Panamá, enquanto apenas México e Granada relatam tais mecanismos tanto para o setor público quanto para o privado. Em contrapartida, Argentina, El Salvador, Guatemala, Honduras e República Dominicana não relatam políticas de previsão e planejamento da força de trabalho (OECD/IDB/The World Bank, 2026[14]). Dada a natureza heterogênea dos sistemas de saúde na região, as lacunas entre as estratégias de força de trabalho dos setores público e privado demonstram ainda mais a necessidade de um modelo abrangente e integrado de gestão para garantir o acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade tanto no setor público quanto no privado.

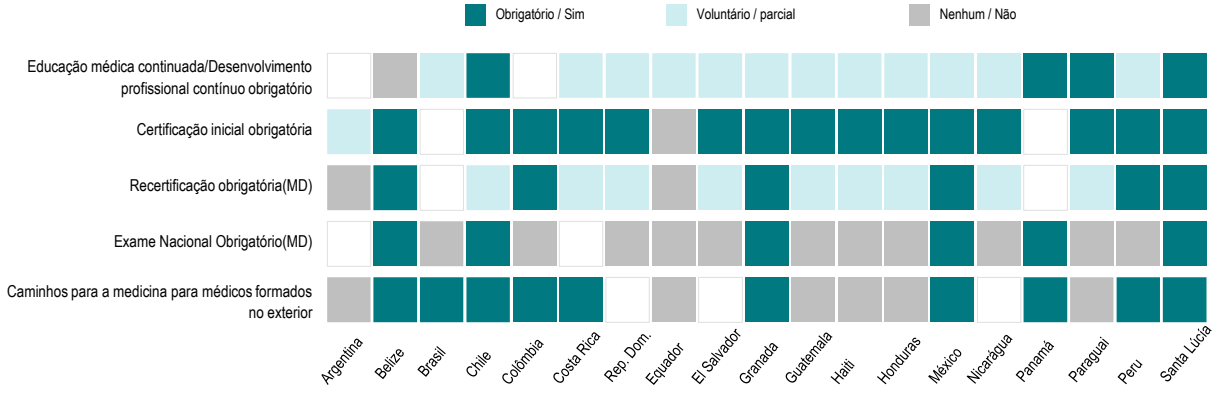
Certificação, recertificação e desenvolvimento profissional contínuo no centro da abordagem regulatória dos países para a garantia da qualidade da força de trabalho em saúde

A atualização contínua de conhecimentos e habilidades é essencial para a melhoria da qualidade e a segurança do paciente e deve desempenhar um papel vital na manutenção do registro profissional. *A certificação* é o processo formal através do qual uma autoridade competente confirma que um profissional cumpriu os requisitos de educação, formação e avaliação necessários para o exercício da profissão. *A recertificação* é o processo periódico através do qual essa autoridade confirma que o profissional continua a cumprir as normas exigidas para o exercício da profissão, normalmente por meio do desenvolvimento profissional contínuo e, em alguns sistemas, de uma avaliação adicional. Por sua vez, a *Educação Médica Continuada (EMC) e o Desenvolvimento Profissional Contínuo (DPC),* juntamente com o treinamento em melhoria da qualidade, são essenciais e podem ser incorporados aos currículos de formação inicial ou ministrados por meio de treinamento em serviço e requisitos de recertificação.

Na América Latina, as abordagens regulatórias para a certificação e o desenvolvimento profissional variam (Gráfico 1.5);

- **Certificação e recertificação**: A certificação inicial para médicos é obrigatória na maioria dos países. A recertificação obrigatória para médicos é exigida no Peru (a cada 5 anos), no México (a cada 5 anos), em Granada (a cada 5 anos), no Panamá (a cada 5 anos), em Santa Lúcia (a cada 2 anos), em Belize (anualmente) e na Colômbia. Em vários países, como Paraguai, no Chile, na Costa Rica, em El Salvador, na Guatemala, no Haiti, em Honduras, na Nicarágua e na República Dominicana, apenas a certificação inicial é exigida, sem recertificação obrigatória. A Argentina mantém um sistema de recertificação voluntária. O Equador não apresenta requisitos formais de certificação para médicos.
- **Exames nacionais de certificação:** Os requisitos variam muito. México, Granada, Santa Lúcia, Belize e Panamá exigem exames de certificação nacional tanto para a prática pública quanto para a privada. Peru, Paraguai, Equador, Colômbia, Brasil, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua e República Dominicana não possuem exame nacional padronizado para a certificação inicial. Apesar dessas diferenças, são relatadas vias de certificação para médicos formados no exterior em países como Peru, México, Granada, Santa Lúcia, Chile, Belize, Colômbia, Costa Rica, Brasil e Panamá.
- **Desenvolvimento profissional contínuo (EMC/DPC)**: EMC/DPC totalmente obrigatório, com treinamento em melhoria da qualidade integrado aos currículos, existe no Paraguai, em Santa Lúcia e no Chile. O Panamá exige EMC/DPC obrigatório, mas sem integração da melhoria da qualidade. Na maioria dos outros países: incluindo Peru, México, Equador, Granada, Costa Rica, Brasil, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua e República Dominicana, o EMC/DPC é incentivado, mas não é exigido por lei para continuar exercendo a profissão. Belize exige apenas EMC.

Gráfico 1.5. EMC/DPC obrigatório, certificação, recertificação e exames nacionais em 19 países da América Latina e Caribe



Observação: resposta às perguntas:"Qual das seguintes opções descreve melhor as políticas de certificação e recertificação de médicos e enfermeiros no seu país?" e "Existem políticas nacionais que exijam educação profissional contínua (EMC/DPC) e treinamento em melhoria da qualidade para médicos e enfermeiros, e estas estão integradas nos programas de formação?"
Fonte: Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre as políticas de qualidade dos cuidados de saúde.

Esses resultados sugerem que ainda se dá maior ênfase ao controle do acesso à prática médica do que à garantia da competência profissional ao longo do tempo; no entanto, também revelam diferentes pontos de partida no desenvolvimento de sistemas de garantia da qualidade profissional. Belize, Chile, Colômbia, Costa Rica, Granada, México, Panamá, Paraguai, Peru e Santa Lúcia dispõem de mecanismos relativamente mais consolidados, combinando requisitos obrigatórios de ingresso na prática com instrumentos adicionais, como recertificação, educação médica continuada ou desenvolvimento profissional contínuo (EMC/DPC), exames nacionais ou vias de habilitação para médicos formados no exterior. Por sua vez, Argentina, Brasil, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras e Nicarágua ainda estão consolidando essa arquitetura mais ampla, na qual a garantia da competência profissional depende em maior medida da certificação inicial e de mecanismos voluntários ou mais limitados para manter essa competência ao longo do tempo. Assim, a distinção não reside simplesmente na existência da certificação, mas no grau de avanço dos países desde um controle pontual do ingresso na prática profissional em direção a um quadro mais abrangente que inclua o acesso à prática, a competência contínua e a mobilidade profissional. Para os países com sistemas mais consolidados, o desafio consiste cada vez mais em garantir que esses mecanismos se traduzam em uma atualização efetiva das competências e em melhorias da prática clínica; para aqueles que ainda estão consolidando as bases, fortalecer o alcance e a exigibilidade dos mecanismos de garantia da qualidade profissional continua sendo uma prioridade importante.

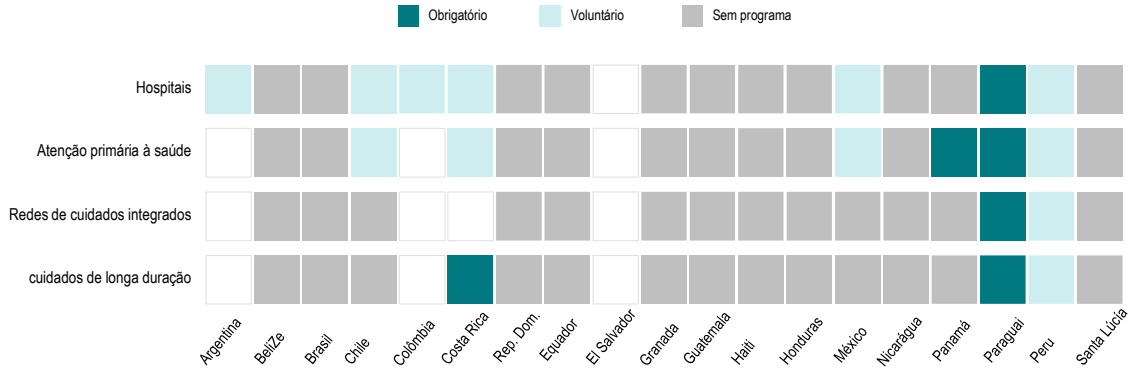
Acreditação e garantia de qualidade dos serviços de saúde

A acreditação é um processo estruturado de avaliação externa da qualidade, por meio do qual as organizações de saúde são avaliadas em relação a padrões definidos de qualidade e segurança e formalmente reconhecidas quando esses padrões são cumpridos. Tendo surgido, em grande medida, como um mecanismo liderado pela própria profissão, a acreditação evoluiu com maior envolvimento governamental, embora, em geral, continue prestando contas a órgãos de governança independentes. Na prática, baseia-se em padrões específicos da área da saúde e combina autoavaliação, revisão por pares e relatórios externos para promover a melhoria contínua. Sua principal contribuição é fortalecer as condições para uma melhor prestação de cuidados, facilitando a aplicação de padrões de qualidade definidos em nível nacional: esclarece os padrões esperados, reforça a governança interna e a cultura de segurança e incentiva as organizações a monitorar o desempenho e abordar as lacunas de forma sistemática. As evidências sugerem associações positivas entre a acreditação hospitalar e a cultura de segurança, bem como com medidas de processo e eficiência, como menor tempo de internação, embora tenham sido encontradas evidências mistas para outras medidas de qualidade dos cuidados. De modo geral, a acreditação parece melhorar de forma mais consistente os processos organizacionais e a adesão aos padrões. No entanto, melhores resultados para os pacientes não decorrem automaticamente: eles dependem de a acreditação ser combinada com uma melhoria efetiva da qualidade, sistemas robustos de medição e apoio organizacional sustentado para transformar a conformidade em melhores práticas clínicas (Hussein et al., 2021[15]).

Na ALC, os processos de acreditação são amplamente liderados pelos governos

Os Ministérios da Saúde ou as unidades especializadas são as únicas autoridades responsáveis de acreditação hospitalar no Peru, no Paraguai, no Equador e em Santa Lúcia. Em contrapartida, o México, a Colômbia e o Brasil utilizam modelos híbridos envolvendo organizações governamentais e privadas. Notavelmente, organizações privadas lideram exclusivamente o processo em algumas províncias da Argentina (Misiones, Chubut e Mendoza), enquanto o Chile e a Costa Rica utilizam entidades privadas especializadas ou de previdência social para supervisão específica. Entre o conjunto mais amplo de países pesquisados, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá e República Dominicana não têm programas formais de acreditação hospitalar.

Gráfico 1.6. Status de acreditação por tipo de unidade de atendimento em 19 países da América Latina e do Caribe



Observação: resposta às perguntas:"Existem normas nacionais utilizadas no processo de acreditação, e esses programas são voluntários ou obrigatórios?"
Fonte: Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre as políticas de qualidade dos cuidados de saúde.

As normas de acreditação na região são abrangentes. No entanto, a exigência regulatória da acreditação nas diferentes unidades de atendimento é, na maioria dos casos, inexistente ou voluntária

Peru, Paraguai, México, Equador e Chile avaliam a gestão clínica, a segurança do paciente, as infraestruturas, o equipamento e os processos administrativos. A satisfação do paciente e a competência do pessoal são também prioridades elevadas. Áreas emergentes, como a utilização das tecnologias da informação (TI), estão integradas nas normas de quase todos os países, exceto o Chile e Belize.

No entanto, a regulamentação em matéria de acreditação nas diferentes unidades de atendimento é, na sua maioria, inexistente ou voluntária (Gráfico 1.6). No caso dos hospitais, a acreditação é obrigatória apenas no Paraguai e voluntária no Peru, no México, na Argentina, no Chile, na Colômbia e na Costa Rica; não foram relatados programas nacionais formais no Equador, em Granada, em Santa Lúcia, no Brasil, em Belize, na Guatemala, no Haiti, em Honduras, na Nicarágua, no Panamá e na República Dominicana. Na atenção primária à saúde, a acreditação é obrigatória no Paraguai e no Panamá e voluntária no Peru, no México e no Chile; a maioria dos demais países não relatou a existência de um programa formal. Os cuidados de longa duração continuam sendo o âmbito menos regulamentado em termos de acreditação, com a Colômbia relatando requisitos obrigatórios e a maioria dos demais países não relatando a existência de um programa formal.

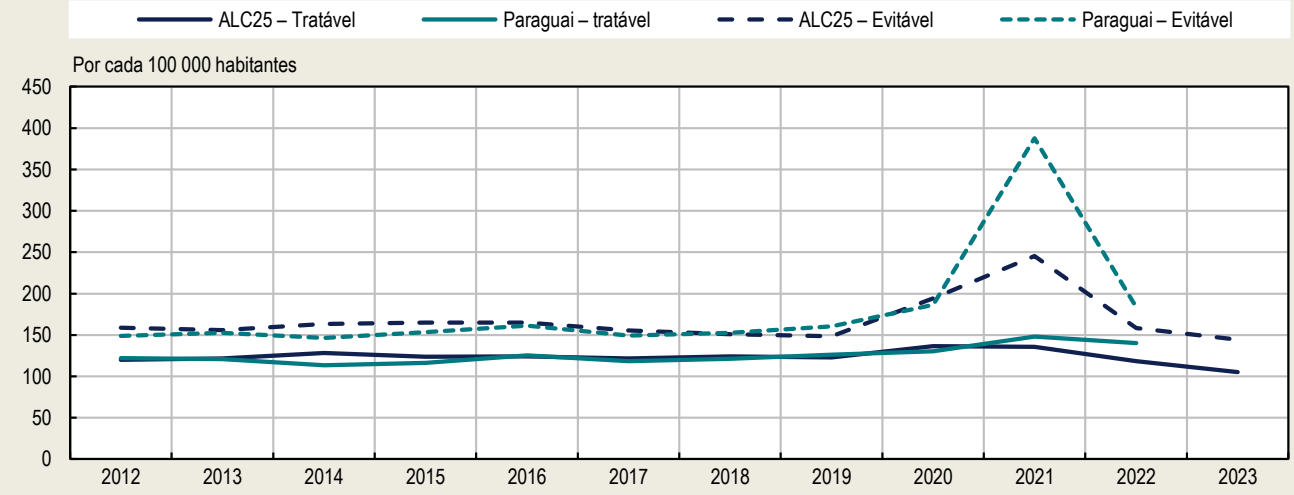
Caixa 1.2. Acreditação obrigatória no Paraguai e resultados da qualidade dos cuidados de saúde

No Paraguai, a base jurídica para os requisitos relacionados com a acreditação remonta à Lei nº 1032/1996, que criou o Sistema Nacional de Saúde e estabeleceu a acreditação e o controle de qualidade como parte da organização dos serviços. O maior impulso político a nível de todo o sistema, no entanto, surgiu mais tarde com a Política Nacional de Qualidade em Saúde 2017-2030, que tornou a política obrigatória para todo o Sistema Nacional de Saúde, e com a sua subsequente operacionalização através da Estratégia Nacional de Gestão da Qualidade em Saúde de 2021. A Resolução S.G. nº 117/2021 atribuiu a responsabilidade pela implementação, pelo monitoramento e pela avaliação, e definiu uma estrutura de governança mais explícita para a gestão da qualidade a nível nacional, regional e hospitalar.

Esse sólido quadro institucional contrasta com o desempenho mais misto do país nos indicadores de resultados da qualidade dos cuidados de saúde. O Paraguai permanece no quartil de pior desempenho na região para mortalidade evitável em 2022 e também regista alta letalidade intra-hospitalar nos 30 dias após a internação por infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral hemorrágico. Ao mesmo tempo, este contraste deve ser interpretado com cautela: houve uma melhoria na mortalidade evitável desde 2021, quando esta apresentava a taxa mais elevada da região. Além disso, a Política Nacional de Qualidade em Saúde só entrou em vigor a partir de 2021, o que significa que qualquer efeito no desempenho do sistema pode ainda não ser totalmente visível.

Gráfico 1.7. A mortalidade por causas tratáveis e evitáveis no Paraguai voltou aos níveis médios da região

Evolução da mortalidade tratável e evitável no Paraguai e média da ALC



Fonte: banco de dados da OMS sobre a mortalidade (2026).

Diferentes interpretações dos requisitos de acreditação

A atual Superintendência de Saúde define a acreditação como um processo voluntário e periódico destinado a verificar o cumprimento de níveis de qualidade superiores aos requisitos mínimos obrigatórios. Isso ajuda a explicar por que o Paraguai pode parecer adotar uma abordagem de acreditação "obrigatória" em alguns mapeamentos de políticas, enquanto a própria descrição pública do órgão regulador apresenta a acreditação como voluntária. Na prática, o sistema parece distinguir, por um lado, entre a categorização obrigatória e os requisitos básicos de funcionamento e, por outro, entre a acreditação voluntária voltada para padrões de qualidade mais elevados. Essa distinção também se reflete nas diretrizes da Superintendência, nas quais a categorização é obrigatória, enquanto a acreditação é voluntária. O caso do Paraguai ilustra que políticas formais de qualidade e requisitos de acreditação, por si só, não garantem melhores resultados. A capacidade de implementação, as defasagens temporais e o uso eficaz das informações sobre qualidade também são fatores relevantes, razão pela qual os indicadores de resultados devem ser interpretados levando em conta essas limitações.

Fonte: Superintendencia de Salud de Paraguay (1996[16]), Ley N° 1032 que crea el Sistema Nacional de Salud; Ministerio de Salud de Paraguay (2021[17]) Resolución S.c. N 117 por la cual se aprueba la estrategia nacional de gestión de la calidad en salud, del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, https://informacionpublica.paraguay.gov.py/public/3156632-RESOLUCIONSGN117DE2021ESTRATEGIADELACALIDADENSALUDpdf-RESOLUCIONSGN117DE2021ESTRATEGIADELACALIDADENSALUD.pdf; Superintendencia de Salud de Paraguay (2026[18]), Funciones – Superintendencia de Salud – Paraguay, https://superintendenciadesalud.gov.py/funciones/.

A região depende fortemente de modelos de inspeção para estabelecer padrões básicos de segurança

Ao contrário da avaliação independente e externa baseada em normas voluntárias, que inclui a acreditação, os órgãos de inspeção garantem o cumprimento de requisitos legais e regulatórios obrigatórios. Atuando como órgãos de fiscalização designados pelo governo, sua principal função é garantir o cumprimento dos requisitos mínimos. Neste levantamento, 15 dos 19 países confirmaram o uso de um modelo de inspeção para fazer cumprir padrões mínimos obrigatórios: Peru, Paraguai, México, Equador, Argentina, Granada, Chile, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá e República Dominicana.

A acreditação marca a transição do cumprimento de requisitos regulatórios mínimos para a garantia externa e contínua da qualidade

Os países da região partem de situações diferentes em matéria de garantia externa da qualidade. Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, México, Panamá, Paraguai e Peru avançaram além da etapa de inspeção básica ao estabelecer mecanismos formais de acreditação em pelo menos um ambiente assistencial, embora esses mecanismos variem quanto ao seu alcance e quanto à participação ser obrigatória ou voluntária. Nesses países, o desafio de política pública reside cada vez mais em ampliar a acreditação para diferentes ambientes assistenciais e garantir que a avaliação externa impulsione a melhoria contínua, em vez de se limitar ao mero cumprimento de normas. Por sua vez, Belize, Brasil, República Dominicana, Equador, El Salvador, Granada, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua e santa lúcia ainda dependem em maior medida dos sistemas de inspeção e de padrões regulatórios mínimos, de modo que o desenvolvimento ou a consolidação de mecanismos formais de acreditação constitui, para esses países, uma prioridade mais imediata. A distinção reside, portanto, entre sistemas centrados principalmente em garantir padrões mínimos e aqueles que começam a incorporar a garantia externa e contínua da qualidade sobre essas bases.

Garantindo a segurança e a qualidade das tecnologias

A institucionalização da Avaliação das Tecnologias de Saúde (ATS) é fundamental para a qualidade do sistema de saúde. Quando incorporada à tomada de decisões nacionais, a ATS prioriza intervenções de alto valor e estabelece condições para uma adoção segura e adequada. Após a autorização de comercialização, é necessária uma vigilância pós-comercialização robusta para garantir o uso seguro contínuo de produtos farmacêuticos e tecnologias. Nos últimos anos, a vigilância se expandiu para incluir fitoterápicos, medicamentos tradicionais e complementares, hemoderivados, produtos biológicos, dispositivos médicos e vacinas (WHO, 2002[19]).

Na região ALC, a responsabilidade pela Avaliação das Tecnologias de Saúde está amplamente centralizada no governo

Órgãos governamentais específicos realizam avaliações para orientar as decisões de cobertura em 13 países: Peru, Paraguai, México, Equador, Argentina, Chile, Costa Rica, Brasil, El Salvador, Guatemala, Haiti, Nicarágua e Panamá. A Argentina possui um modelo misto, no qual algumas províncias incorporaram o uso da ATS por meio de agências dedicadas, enquanto outras, como Santiago del Estero e Buenos Aires, não possuem agências formais dedicadas. A ATS não está formalmente organizada em Granada, Santa Lúcia, Belize, Honduras e na República Dominicana, indicando uma área fundamental para o desenvolvimento institucional.

Caixa 1.3. A ATS reforça a qualidade dos cuidados de saúde: experiências selecionadas de países da OCDE

A ATS ajuda a determinar não apenas se uma tecnologia é segura e eficaz, mas também se ela melhora os cuidados em relação às práticas existentes, se é acessível e se pode ser integrada à prestação de serviços de rotina

- A **Alemanha** combina a regulamentação federal com a autogestão do seguro de saúde obrigatório. O BfArM, autoridade federal subordinada ao Ministério da Saúde, supervisiona a regulamentação e a vigilância pós-comercialização de medicamentos e dispositivos médicos, incluindo vigilância e notificação de segurança. O IQWiG, um instituto científico independente contratado pelo Ministério ou pelo Comitê Conjunto Federal, apoia a avaliação de evidências para decisões de reembolso. Isso vincula a ATS diretamente às regras nacionais de cobertura e preços, ajudando a garantir que a adoção seja orientada por evidências. Para aplicações de saúde digital, a avaliação também abrange usabilidade e acessibilidade, incluindo apoio a pessoas com deficiência. A via dos medicamentos considera os benefícios para diferentes grupos de pacientes, embora considerações mais amplas de equidade sejam menos explícitas.
- O modelo de ATS da **Coreia** é verticalmente integrado. O Ministério da Segurança Alimentar e de Medicamentos (MFDS) regula tanto medicamentos quanto dispositivos médicos e supervisiona a aprovação de comercialização, o controle de qualidade e segurança, a conformidade de mercado e a vigilância pós-comercialização. A Agência Nacional de Colaboração em Saúde Baseada em Evidências, fundada pelo Governo coreano como uma agência independente que colabora com o Ministério da Saúde e Bem-Estar, lidera a ATS, enquanto o Serviço de Revisão e Avaliação do Seguro Saúde, subordinado ao ministério, analisa pedidos de reembolso, gerencia padrões de benefícios e realiza avaliações de qualidade. A ATS está vinculada às decisões nacionais de cobertura e reembolso, ajudando a orientar a adoção por meio de uma revisão em todo o sistema. As diretrizes oficiais não são explícitas quanto a um requisito formal para avaliar efeitos diferenciados sobre grupos vulneráveis.
- O modelo de ATS da **Espanha** é baseado em rede, em vez de ser centrado em uma única agência nacional. A RedETS (Rede Espanhola de Agências de Avaliação de Tecnologias da Saúde e Serviços do Sistema Nacional de Saúde) reúne sete agências regionais e uma agência estatal sob a coordenação do Ministério da Saúde, com um secretariado técnico permanente e uma metodologia comum para apoiar decisões sobre a incorporação, o desinvestimento e o uso adequado de tecnologias médicas no Sistema Nacional de Saúde. A unidade de ATS estadual é a Agência de Avaliação de Tecnologias da Saúde, dentro do *Instituto de Salud Carlos III*. A vigilância pós-comercialização ocorre principalmente fora da ATS e é liderada pela Agência Espanhola de Medicamentos e Dispositivos Médicos, que é responsável pela avaliação, autorização e monitoramento contínuo de medicamentos, bem como pelo controle e vigilância de dispositivos médicos. Em relação à equidade, o quadro estratégico da RedETS apoia decisões que promovem a equidade, a coesão e a sustentabilidade.

Embora seus modelos institucionais sejam diferentes, os três países utilizam a avaliação de tecnologias em saúde (ATS) para tornar a adoção de tecnologias mais sistemática, transparente e baseada em evidências. Esses mecanismos ilustram o valor de vincular a avaliação às decisões sobre se as tecnologias devem ser adotadas, cobertas ou reembolsadas, e em que condições. Além disso, incorporam, em diferentes graus, considerações de equidade e aprendizagem pós-comercialização.

Fonte: Chapman (2025[20]), "Towards identifying good practices in the assessment of digital medical devices: Insights from several OECD countries", https://doi.org/10.1787/b485ee1f-en; OECD (2005[21]), *Health Technologies and Decision Making*, https://doi.org/10.1787/9789264016224-en; OECD (2022[22]), *Towards an Integrated Health Information System in Korea*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/c4e6c88d-en; O'Rourke, Oortwijn and Schuller (2020[23]), "The new definition of health technology assessment: A milestone in international collaboration", https://doi.org/10.1017/S0266462320000215.

A vigilância pós-comercialização é padronizada para produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, mas varia no caso dos hemoderivados

Peru, Paraguai, México, Equador, Argentina, Chile, Costa Rica, Brasil, Guatemala e Panamá avaliam sistematicamente os produtos farmacêuticos; as avaliações de dispositivos médicos são realizadas no Peru, no Paraguai, no México, no Equador, no Chile, na Costa Rica, no Brasil, na Guatemala e no Panamá. As avaliações de hemoderivados são menos comuns, sendo relatadas no Peru, no México, na Argentina, na Costa Rica, na Guatemala e no Panamá. Quase todos os países que realizam avaliações possuem normas formais para avaliar a conformidade, garantindo que as tecnologias atendam aos requisitos de segurança durante o uso. Ligações diretas entre os resultados da ATS e as decisões de reembolso são menos comuns.

O Peru é o único país que relata que os resultados da ATS estão vinculados às decisões de reembolso em três domínios: dispositivos médicos, produtos farmacêuticos e hemoderivados. O Chile e o Paraguai vinculam a ATS ao reembolso apenas para produtos farmacêuticos, enquanto todos os outros países respondentes relatam que não há qualquer vínculo.

Peru e Paraguai exigem sistematicamente considerações de equidade na ATS

Um componente essencial da ATS moderna é determinar se o impacto diferencial sobre populações vulneráveis é considerado durante o processo de avaliação. O Peru e o Paraguai exigem sistematicamente considerações de equidade, enquanto México, Equador, Argentina, Granada, Chile e Brasil as consideram apenas ocasionalmente. Santa Lúcia, Belize, Colômbia, Costa Rica, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua e Panamá relatam que a equidade ainda não está integrada aos processos formais de ATS.

Do estabelecimento da avaliação de tecnologias em saúde (ATS) à integração da avaliação, da vigilância e do reembolso

Os países também apresentam diferentes pontos de partida em termos de governança das tecnologias em saúde. Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Equador, Guatemala, México, Panamá, Paraguai e Peru combinam uma função institucionalizada de ATS com a avaliação sistemática de produtos farmacêuticos e, na maioria dos casos, de dispositivos médicos após sua comercialização, proporcionando uma base mais sólida para garantir a qualidade das tecnologias. Belize, República Dominicana, El Salvador, Granada, Haiti, Honduras, Nicarágua e Santa Lúcia ainda estão consolidando um ou ambos os pilares. Para os países com sistemas mais consolidados, o próximo desafio consiste cada vez mais em vincular de forma mais sistemática a avaliação e a vigilância ao reembolso, ao uso adequado e às considerações de equidade; o Peru e, em menor medida, o Chile e o Paraguai ilustram os avanços nessa direção.

Indicadores de qualidade, estudos de auditoria nacionais e diretrizes de prática

Estudos de auditoria nacional

Os estudos de auditoria nacional são uma ferramenta essencial para avaliar a qualidade dos cuidados em áreas de alto risco, onde é mais provável que ocorram erros clínicos ou eventos adversos. Ao analisar sistematicamente os processos de atendimento, os resultados e os prontuários médicos, eles podem revelar danos evitáveis, identificar desvios das práticas recomendadas e apoiar a adoção de medidas corretivas nos níveis do prestador de cuidados de saúde, da unidade de saúde e do sistema. Esses estudos são particularmente valiosos para monitorar complicações cirúrgicas graves, mortalidade relacionada à anestesia e mortes maternas. A revisão sistemática dos prontuários médicos permite que os sistemas de saúde identifiquem danos evitáveis e implementem ações corretivas (OECD/WHO/World Bank Group, 2018[3]).

> *Em toda a América Latina e no Caribe, os países estão estabelecendo as bases de uma infraestrutura nacional de medição da qualidade, mas poucos incorporaram essas medidas à prestação de contas e à governança de rotina*

Indicadores nacionais padronizados de qualidade são utilizados em toda a região para monitorar estrutura, processo e resultados. Seis países: México, Santa Lúcia, Colômbia, Haiti, Nicarágua e Panamá, relatam conjuntos abrangentes de indicadores nacionais, enquanto a maioria dos demais, incluindo Peru, Paraguai, Equador, Argentina, Granada, Chile, Costa Rica, Brasil, El Salvador, Guatemala, Honduras e República Dominicana, descrevem os seus como parciais ou ainda em desenvolvimento. Belize não relata nenhum conjunto nacional de indicadores de qualidade. A abrangência dos conjuntos nacionais de indicadores não deve ser interpretada, por si só, como uma medida da maturidade do sistema de medição. Os países podem diferir na forma como avaliam se seus quadros são abrangentes, e sistemas com conjuntos de indicadores mais reduzidos podem, ainda assim, utilizá-los de forma eficaz para divulgação de informações, benchmarking ou prestação de contas. O que importa não é apenas o alcance da medição, mas também a qualidade dos dados, a cobertura e seu uso sistemático para a melhoria.

A divulgação pública do desempenho dos prestadores está plenamente implementada no Peru, Chile e Colômbia, e parcialmente implementada no Paraguai, Equador, Granada, Brasil, El Salvador, Panamá e República Dominicana. Relatórios nacionais regulares sobre o desempenho em matéria de qualidade são publicados no Peru, México, Chile, El Salvador, Haiti e Panamá. Os mecanismos que transformam indicadores em ação continuam desiguais: oito países: Paraguai, Equador, Granada, Colômbia, Brasil, Nicarágua, Panamá e República Dominicana, utilizam os indicadores para auditoria de rotina e feedback aos prestadores; seis Paraguai, Granada, Chile, Haiti, Honduras e Panamá utilizam-nos para comparação entre unidades de saúde; e apenas Peru e Paraguai os vinculam ao pagamento por desempenho. O uso mais comum, relatado por seis países (Paraguai, México, Equador, Argentina, Costa Rica e Brasil), é incorporar os indicadores a iniciativas de aprendizagem colaborativa, uma abordagem menos prescritiva que se baseia na participação voluntária. Em conjunto, muitos países da região dispõem dos componentes básicos para a medição e o controle da qualidade, mas a medição ainda não está consistentemente vinculada à contratação, à supervisão, ao orçamento ou aos incentivos financeiros.

Para impulsionar a melhoria clínica, vários países medem o impacto das diretrizes de prática nos resultados dos pacientes. Onze países: Paraguai, México, Argentina, Chile, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá e República Dominicana, mantêm sistemas nacionais de monitoramento para esse fim; Peru e Granada utilizam acompanhamento local ou regional. Equador, Santa Lúcia, Belize, Costa Rica e Brasil não relatam sistemas formais de monitoramento. Apesar desses esforços, as barreiras à implementação eficaz das diretrizes incluem recursos limitados (relatados por 16 países), mecanismos inadequados de disseminação (15 países), resistência à mudança na prática clínica (11 países), falta de conscientização (11 países) e incentivos insuficientes (13 países). Para promover a adesão, os países estão implementando sistemas de monitoramento e avaliação; no entanto, a cobertura nacional continua desigual, e alguns dependem de mecanismos locais ou regionais. Entre as barreiras mais comuns estão a escassez de recursos e infraestrutura, a disseminação inadequada, a resistência a mudanças na prática clínica, a falta de conscientização e os incentivos insuficientes.

Diretrizes de prática baseadas em evidências

As diretrizes de prática clínica baseadas em evidências são fundamentais para fortalecer a qualidade e reduzir os eventos adversos. Com base nas melhores pesquisas disponíveis, elas auxiliam os profissionais de saúde e os pacientes a tomar decisões de tratamento adequadas e eficazes, além de padronizar intervenções de alto valor para reduzir a inércia clínica e a variação injustificada nos cuidados.

Na ALC, o desenvolvimento e a implementação de diretrizes são amplamente institucionalizados por meio de grupos de especialistas sob coordenação direta do governo

Em países como Peru, Paraguai, México, Equador, Argentina, Costa Rica, Chile, Colômbia, Belize e Brasil, os Ministérios da Saúde ou autoridades nacionais delegadas lideram os grupos técnicos que elaboram e atualizam normas, alinhando as diretrizes às prioridades nacionais e às políticas de cobertura.

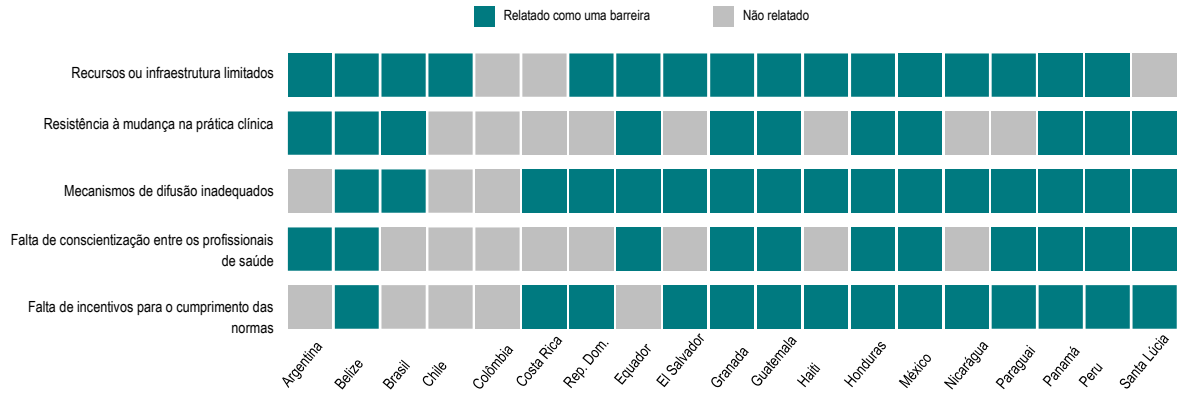
A maioria dos países integra considerações de equidade na elaboração das diretrizes. Oito países: Peru, Paraguai, México, Equador, Argentina, Santa Lúcia, Costa Rica e Brasil, incluem sistematicamente recomendações para abordar as disparidades no diagnóstico, no tratamento e no acompanhamento de grupos desfavorecidos. Nove países: Granada, Chile, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá e República Dominicana, incluem ocasionalmente tais considerações. Belize relata que a equidade não é incluída na elaboração das diretrizes.

Os ciclos de atualização para as principais condições, incluindo câncer e doenças cardiovasculares (DCV), variam em frequência. O Paraguai relata atualizações sistemáticas das diretrizes de prática clínica a cada 2–3 anos, tanto para câncer quanto para DCV; o Chile atualiza as diretrizes de câncer a cada 2–3 anos, mas não atualiza regularmente as diretrizes de DCV. Peru, México, Argentina e Colômbia atualizam as diretrizes aproximadamente a cada 4–5 anos. Equador, Costa Rica, Brasil e República Dominicana relatam que as diretrizes não são atualizadas regularmente. El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá atualizam as diretrizes apenas quando surgem novas evidências significativas. Granada segue uma abordagem semelhante baseada em evidências. O escopo das diretrizes de prática clínica varia entre os países. Para o câncer, Peru, Equador, Argentina, Santa Lúcia, El Salvador, Guatemala, Haiti, Nicarágua e República Dominicana relatam diretrizes que incorporam uma perspectiva da jornada do paciente, abordando a coordenação e integração dos cuidados de saúde entre unidades e níveis do sistema de saúde. Paraguai, México, Granada, Chile, Honduras e Panamá relatam diretrizes para o câncer que se limitam principalmente a especificações clínicas no nível das unidades. Belize, Costa Rica e Brasil também se concentram em aspectos clínicos baseados nas unidades. No caso das doenças cardiovasculares, a perspectiva da jornada do paciente é mais difundida: Peru, Paraguai, Equador, Argentina, Granada, Santa Lúcia, El Salvador, Guatemala, Haiti, Nicarágua e República Dominicana a incorporam, enquanto México, Chile, Honduras, Panamá, Belize, Costa Rica e Brasil se concentram nas especificações no nível das unidades de saúde.

Apesar das diretrizes de alta qualidade, a implementação enfrenta barreiras. Para incentivar a adesão, os países estão implementando sistemas de monitoramento e avaliação

Recursos e infraestrutura limitados, resistência a mudanças na prática clínica e divulgação inadequada são as barreiras mais comuns para a implementação das diretrizes (Gráfico 1.8). Para incentivar a adesão, os países estão implementando sistemas de monitoramento e avaliação: Paraguai, México, Argentina e Chile estabeleceram sistemas nacionais para acompanhar o impacto das diretrizes de prática nos resultados dos pacientes. Outros, como Peru e Granada, dependem do monitoramento local ou regional. Esses sistemas ajudam a identificar lacunas na conformidade e estimulam ações de formação específicas ou a alocação de recursos.

Gráfico 1.8. Barreiras relatadas à implementação de diretrizes de prática clínica baseadas em evidências em 19 países da América Latina e do Caribe



Observação: resposta às perguntas:"Quais são as principais barreiras à implementação de diretrizes de prática clínica no seu país?"
Fonte: Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre as políticas de qualidade dos cuidados de saúde.

Importância dos dados de saúde e da infraestrutura digital

Os dados de saúde e a infraestrutura digital são facilitadores essenciais da melhoria da qualidade, mas a sua contribuição depende não só da disponibilidade de dados, como também da interoperabilidade, da capacidade de interligação, da utilização de rotina para a avaliação do desempenho e do acesso significativo para os pacientes. Como mostra o Capítulo 5, muitos países da América Latina e do Caribe estabeleceram sistemas digitais de dados de saúde e alguma capacidade de governança e monitoramento, mas ainda existem lacunas importantes na integração de dados entre os diferentes contextos de cuidados, na utilização de rotina dos dados para melhoria da qualidade e no acesso dos pacientes às suas próprias informações. Essas limitações enfraquecem a continuidade dos cuidados, restringem a medição do desempenho e reduzem a capacidade dos sistemas de saúde de apoiar cuidados de saúde mais seguros, mais eficientes e mais centrados nas pessoas. Mais detalhes são apresentados no Capítulo 5, nas seções Disponibilidade de dados de saúde e Utilização e capacidades de dados de saúde.

Incentivos financeiros para aumentar a qualidade dos cuidados de saúde

Os incentivos financeiros e as reformas no pagamento aos prestadores de serviços de saúde podem melhorar a qualidade dos cuidados e promover a integração entre os diferentes níveis de atendimento quando incorporados a sistemas de financiamento coerentes, baseados em dados e estrategicamente estruturados. Os métodos de pagamento moldam o comportamento dos prestadores ao influenciar o que é recompensado na prática: eles podem incentivar uma melhor coordenação, prevenção e continuidade do atendimento, mas também podem reforçar o volume e a fragmentação se forem mal concebidos. Os trabalhos da OCDE têm enfatizado que os mecanismos de aquisição são mais eficazes quando os incentivos financeiros estão vinculados a objetivos de qualidade claros, medições confiáveis e mecanismos de prestação de contas, de modo que o pagamento apoie melhores resultados e a experiência do paciente, em vez de apenas a atividade (OECD/WHO, 2023[24]).

O grau de integração da qualidade nos sistemas de pagamento varia significativamente na região

Peru e Chile atribuem peso à qualidade em mais de 10% dos pagamentos por serviços hospitalares; o Peru estende isso às redes de cuidados integrados. Santa Lúcia, Chile e Brasil aplicam pagamentos vinculados à qualidade principalmente na atenção primária à saúde (APS). Paraguai, México e Argentina atribuem peso à qualidade em menos de 10% dos pagamentos no reembolso de serviços hospitalares e de APS. Os 12 países restantes, dentre eles Colômbia, Equador, Granada, Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá e República Dominicana, não relatam a implementação de reformas de pagamento vinculadas à qualidade em nível nacional, embora isso não impeça seu uso em nível pagador ou subnacional[1]. Na Colômbia, por exemplo, sabe-se que as agências de seguros (EPS) aplicam contratos baseados em desempenho e modalidades de pagamento vinculadas à qualidade de forma desigual em suas redes de prestadores de serviços, mesmo na ausência de uma política padronizada em nível nacional.

Os países utilizam diversos mecanismos para impulsionar o desempenho. O sistema de pagamento por desempenho (pay-for-performance, P4P) é utilizado no Peru, no México, em Santa Lúcia, no Chile (APS) e no Brasil, vinculando recompensas a metas de qualidade. O financiamento baseado em resultados (FBR) é utilizado no Paraguai, na Argentina e no Brasil, vinculando o financiamento a resultados e desfechos verificados. Modelos mistos incluem os grupos relacionados em diagnósticos (GRDs) e as contribuições obrigatórias do Chile, e os subsídios por categoria e o financiamento baseado em contratos públicos de Granada. Vale ressaltar que vários desses mecanismos também podem operar abaixo do nível nacional por meio de seguradoras individuais, governos subnacionais ou iniciativas programáticas específicas, de formas que não são captadas por um instrumento de pesquisa focado na política nacional.

A experiência internacional sugere que a reforma de pagamentos é mais eficaz quando incentivos vinculados à qualidade são introduzidos como parte de um pacote mais amplo, em vez de como uma alavanca isolada. Incentivos financeiros por si só eram geralmente insuficientes para produzir mudanças significativas no comportamento dos prestadores. Resultados mais promissores foram associados a medidas complementares, como treinamento, incentivos não financeiros, melhor ajuste de risco, métricas de qualidade mais claras e maior certeza quanto aos níveis de pagamento. Isso reforça a mensagem de que a aquisição de serviços com base na qualidade depende tanto da capacidade de concepção e implementação quanto da existência dos próprios incentivos (Barber et al., 2025[25]).

Para determinar esses pagamentos, os sistemas de saúde monitoram uma variedade de métricas e indicadores de desempenho

Resultados de saúde, como taxas de mortalidade ou de readmissão, são utilizados no Paraguai, México, Santa Lúcia, Chile, Costa Rica e Brasil para determinar as alocações financeiras. O sucesso em medidas de cuidados preventivos é uma prioridade para Paraguai, Granada, Santa Lúcia, Chile e Brasil. Além disso, a adesão a diretrizes de prática clínica baseadas em evidências serve como um indicador formal de pagamento no Paraguai, Chile e Brasil, garantindo que protocolos padronizados sejam seguidos na prática. Embora menos comuns, medidas de experiência e satisfação do paciente são incorporadas aos processos de pagamento no Paraguai, Chile e Panamá.

Esses padrões apontam para diferentes pontos de partida em matéria de compras vinculadas à qualidade. Argentina, Brasil, Chile, México, Paraguai, Peru e Santa Lúcia implementaram mecanismos de pagamento vinculados à qualidade em nível nacional, deslocando o desafio de política para o aprimoramento de seu desenho, medição e alinhamento com os objetivos de

qualidade. Nos países restantes, onde ainda não foram implementadas reformas nacionais de pagamento vinculadas à qualidade, fortalecer as bases de medição e de compras estratégicas necessárias para introduzir tais incentivos continua sendo uma prioridade mais imediata.

Caixa 1.4. Como alguns países da ALC incorporam a qualidade nas reformas do sistema de pagamento aos prestadores

Os exemplos a seguir mostram como os indicadores de qualidade podem ser incorporados às decisões de compra e pagamento, em vez de serem coletados separadamente.

- O Paraguai introduziu o financiamento baseado em resultados em sete regiões de saúde, estabelecendo metas claras e vinculando os recursos ao cumprimento de indicadores de qualidade nas áreas de saúde materno-infantil, hipertensão, diabetes, cânceres femininos, HIV/DSTs e tuberculose.
- O Chile emprega um sistema híbrido que integra grupos relacionados ao diagnóstico com elementos de desempenho, utilizando o cumprimento das diretrizes clínicas e dados de resultados para impulsionar o desempenho hospitalar. O Chile também opera um esquema P4P na atenção primária à saúde que recompensa as equipes de APS com bônus pelo cumprimento de metas pré-definidas em indicadores de qualidade do atendimento.
- O Peru aplica uma ponderação substancial de qualidade em hospitais e redes integradas por meio de orçamentos baseados em resultados, esquemas-piloto de pagamento por desempenho voltados para condições específicas e contratos baseados em capitação no nível da atenção primária, refletindo uma incorporação progressiva de incentivos financeiros em oposição a um sistema nacional consolidado.
- O Brasil concentra as reformas de pagamento nos cuidados primários, utilizando financiamento baseado em resultados para promover cuidados preventivos e resultados de saúde da comunidade.

Fonte: Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre as políticas de qualidade dos cuidados de saúde.

Segurança do paciente e negligência médica

A segurança do paciente é um princípio fundamental dos cuidados de saúde. Embora as complicações não possam ser totalmente eliminadas devido à complexidade clínica, medidas sistemáticas de segurança podem reduzir substancialmente os danos. Sistemas de alta qualidade adotam uma "abordagem sistêmica", tratando os erros como oportunidades para corrigir falhas latentes em processos, protocolos e estrutura organizacional (McNab et al., 2020[26]). Ao priorizar a prevenção de danos evitáveis, erros de medicação, complicações cirúrgicas e infecções associadas à assistência à saúde (IAAS), os sistemas protegem pacientes e profissionais e reduzem os encargos financeiros e psicológicos decorrentes de cuidados inseguros (WHO, 2024[10]).

A maioria dos países estabeleceu uma liderança nacional em segurança do paciente, mas os programas formais continuam desiguais

Os Ministérios da Saúde lideram a segurança do paciente em 18 dos 19 países, com as autoridades regionais e locais de saúde desempenhando um papel de apoio em 13. Apenas o Panamá relata a existência de uma agência nacional dedicada à segurança do paciente; todos os outros países carecem dessa camada institucional, o que pode limitar a autoridade e a profundidade técnica disponíveis para uma melhoria sustentável da segurança.

Programas nacionais de segurança do paciente estão presentes em 12 dos 19 países. Sete países: Argentina, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua e Panamá não relatam nenhum programa formal. Entre os países com programas, os elementos mais amplamente adotados são a prevenção e o controle de infecções e o uso seguro de dispositivos médicos (relatados por 12 países cada), seguidos pela segurança cirúrgica (11 países), segurança de medicamentos e transfusão sanguínea segura (11 países cada), notificação e aprendizado com eventos adversos e identificação do paciente (10 países cada). A prevenção de quedas, embora menos comum, é abordada por 8 países.

A notificação de eventos adversos é mais forte no setor público, mas ainda não é utilizada sistematicamente para fins de aprendizagem

A notificação de eventos adversos e erros médicos é um indicador fundamental de uma cultura de segurança cada vez mais consolidada, embora a implementação difira significativamente entre os setores. No setor público, seis países mantêm sistemas de notificação obrigatória (Paraguai, Equador, Colômbia, Brasil, El Salvador e Haiti), enquanto oito operam sistemas voluntários (México, Equador, Granada, Santa Lúcia, Chile, Belize, Costa Rica e Brasil, com Equador e Brasil operando canais obrigatórios e voluntários). Seis países não relataram nenhum procedimento nacional de notificação no setor público: Argentina, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá e República Dominicana.

No setor privado, o panorama é mais limitado: apenas Equador e El Salvador exigem a notificação de eventos adversos por parte dos prestadores privados, e cinco países oferecem sistemas voluntários (Paraguai, México, Equador, Belize e Costa Rica). Sete

países não relatam nenhum procedimento nacional de notificação para o setor privado: Peru, Santa Lúcia, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá e República Dominicana. No entanto, podem existir padrões subnacionais no âmbito das competências de supervisão das agências reguladoras. Quando os dados sobre eventos adversos são coletados, seu uso mais comum é informar iniciativas de melhoria da qualidade (9 países: Peru, Paraguai, México, Equador, Granada, Chile, Colômbia, Brasil e El Salvador), seguido da educação profissional (5). No entanto, apenas quatro países utilizam os dados notificados para divulgação pública (Paraguai, Chile, Colômbia e Brasil), e apenas Paraguai e Haiti aplicam medidas regulatórias ou sanções com base nos eventos notificados. Três países, Paraguai, Belize e Costa Rica, relatam que os dados coletados não são utilizados sistematicamente. De forma mais ampla, o uso das informações sobre eventos adversos para aprendizagem, divulgação pública e adoção de medidas regulatórias continua desigual.

A maioria dos países desenvolveu programas de prevenção e controle de infecções, mas persistem lacunas na divulgação pública

Programas sólidos de prevenção e controle de infecções (PCI) são essenciais para reduzir as infecções associadas à assistência à saúde (IAAS) e são priorizados em toda a região. No setor público, 18 dos 19 países relatam ter diretrizes de PCI (a Argentina é a exceção devido à falta de dados); especialistas exclusivos de controle de infecções estão presentes em 16, sistemas de vigilância para infecções hospitalares em 15, comitês obrigatórios de controle de infecções em 16 e treinamento regular da equipe em 17. O setor privado apresenta um atraso modesto: diretrizes de PCI estão em vigor em 13 países, vigilância em 12 e especialistas em controle de infecções em 10, embora dois países (Granada e Panamá) não relatem políticas formais de prevenção e controle de infecções para instituições privadas.

O uso de indicadores padronizados de infecções associadas à assistência de saúde a nível hospitalar é generalizado no setor público. As infecções do sítio cirúrgico (ISC) são monitoradas por 14 países, enquanto as infecções do trato urinário associadas a cateter (ITUC) são monitoradas por 11. As infecções da corrente sanguínea associadas ao cateter venoso central (CLABSI) e a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) são monitoradas por 12 países cada. As taxas de adesão à higiene das mãos são monitoradas por 11 países, e os indicadores de gestão de antibióticos por 8, embora isso continue sendo uma lacuna digna de nota, dada a crescente resistência antimicrobiana na região. A transparência pública desses dados varia na região: sete países relatam que os dados de infecções associadas à assistência de saúde no setor público são padronizados nacionalmente e divulgados publicamente (Paraguai, México, Equador, Santa Lúcia, Chile, Colômbia e Brasil). Cinco países: Peru, Granada, Costa Rica, El Salvador e República Dominicana mantêm dados padronizados nacionalmente, mas não os divulgam publicamente. Cinco países não relatam nenhum dado padronizado de infecções associadas à assistência de saúde no setor público (Belize, Guatemala, Haiti, Nicarágua e Panamá). No setor privado, a divulgação pública é menos comum: cinco países publicam dados padronizados nacionalmente (Paraguai, México, Equador, Colômbia e Brasil), enquanto quatro mantêm dados padronizados nacionalmente, mas não divulgados publicamente (Chile, Costa Rica, El Salvador e República Dominicana). Seis países não relatam dados padronizados de infecções associadas à assistência de saúde no setor privado (Granada, Belize, Guatemala, Haiti, Nicarágua e Panamá).

Apenas quatro países relatam ter um sistema de codificação padronizado para incidentes de segurança e quase acidentes

Apenas quatro países (Peru, Argentina, Santa Lúcia e Belize) relatam ter um sistema de codificação padronizado para incidentes de segurança e quase acidentes, como o SNOMED-CT ou a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da OMS. O Peru observa que seus Comitês de Segurança do Paciente utilizam atualmente uma estrutura nacional para notificação e análise de eventos adversos, com o SNOMED-CT previsto para a próxima fase. A adoção limitada da codificação padronizada para quase acidentes é significativa: registrar eventos que quase causaram danos (mas não causaram) é amplamente reconhecido como uma das ferramentas mais eficazes para a gestão proativa de riscos, e sua ausência na maioria dos países da ALC sugere que os sistemas de segurança continuam orientados para a investigação reativa, em vez de serem orientados para o aprendizado prospectivo (Alfayez et al., 2025[27]).

Cuidados integrados e centrados nas pessoas

Os cuidados centrados nas pessoas são uma característica distintiva dos sistemas de saúde de alta qualidade; pressupõem uma transição do paternalismo para a parceria e a prestação de cuidados que respeitem e respondam às preferências, necessidades e valores individuais. Essa abordagem capacita os pacientes a participar das decisões sobre os cuidados, apoiada pela literacia em saúde para permitir escolhas informadas e reforçar a segurança. Para além dos encontros clínicos, sistemas bem concebidos criam oportunidades para a participação dos pacientes na formulação de políticas e solicitam sistematicamente o feedback dos usuários, aumentando a prestação de contas e revelando lacunas sistêmicas. A literatura indica que os elementos da OCDE relativos aos sistemas de saúde centrados nas pessoas melhoram a prestação de contas, revelam lacunas que são importantes para os usuários e ajudam a alinhar melhor os serviços às necessidades das pessoas (OECD, 2021[28]). Evidências recentes da pesquisa PaRIS da OCDE também mostram que cuidados mais centrados nas pessoas estão associados a melhores resultados e experiências relatados pelos pacientes, particularmente para pessoas que vivem com doenças crônicas, enfatizando que a parceria com os pacientes não é apenas uma questão de capacidade de resposta, mas também uma contribuição importante para melhores cuidados (OECD, 2025[29]).

Pesquisas nacionais de satisfação são realizadas em 10 dos 19 países

Os países da ALC utilizam diversos mecanismos para captar a opinião dos pacientes, com diferentes níveis de institucionalização. Pesquisas nacionais de satisfação são realizadas em 10 dos 19 países (Paraguai, México, Equador, Granada, Santa Lúcia, Chile, Belize, Colômbia, Costa Rica e Brasil). A transformação digital facilitou o surgimento de plataformas online ou linhas diretas para reclamações e sugestões em 15 países, proporcionando um canal direto para o feedback dos usuários. Estruturas mais formais, como conselhos ou comitês consultivos de pacientes, são menos comuns, mas atuam no Paraguai, México, Chile, Brasil e Haiti. O Chile apresenta um modelo particularmente sólido por meio da Lei 20.500, que determina a criação de Conselhos da Sociedade Civil e Conselhos Consultivos de Usuários em hospitais, bem como Conselhos de Desenvolvimento Local nos cuidados primários. Em contrapartida, Argentina, Santa Lúcia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e República Dominicana relatam mecanismos nacionais de pesquisa de satisfação limitados ou inexistentes, indicando lacunas na forma como as opiniões dos pacientes influenciam as políticas.

As organizações de pacientes são defensoras essenciais, embora seus papéis variem. Grupos focados na defesa de condições específicas existem em todos os países pesquisados, exceto em Belize. Organizações gerais de defesa dos pacientes são mais proeminentes no México, na Colômbia e no Brasil. A influência delas na qualidade do atendimento é mais forte quando elas estão integradas em ciclos formais de monitoramento ou de formulação de políticas. Por exemplo, organizações em países como Paraguai, Chile, Colômbia e Costa Rica participam do monitoramento e avaliação de serviços; grupos no Paraguai, no Equador, na Argentina, no Chile, na Costa Rica, no Brasil e no Panamá contribuem diretamente para a formulação de políticas. Belize não possui organizações formais de pacientes, o que limita a representação estruturada dos interesses dos pacientes.

A medição sistemática da experiência do paciente continua sendo um desafio

Medições padronizadas em nível nacional são relatadas no Equador, no Chile e na Colômbia. No México, em Granada e no Brasil, as medições estão atualmente restritas a regiões específicas ou unidades de saúde, em vez de serem uma exigência nacional universal. Nove países: Paraguai, Argentina, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá e República Dominicana relatam que a medição não é padronizada, e Santa Lúcia e a Costa Rica relatam que a experiência do paciente não é medida de forma alguma. O Peru emprega a metodologia SERVQUAL para avaliar a satisfação do usuário, com foco no alinhamento entre as expectativas e as percepções do paciente.

A coleta de dados é liderada principalmente pelos Ministérios da Saúde (9 países) e por prestadores de serviços de saúde individuais (9 países). Em alguns contextos, órgãos especializados, como a SUSALUD, no Peru ou a Agência de Garantia da Qualidade, no Equador, assumem a liderança. Organizações de pesquisa independentes e grupos de pacientes raramente coletam ou relatam dados de experiência; o Paraguai é o único país que identifica pesquisadores independentes como as principais partes interessadas neste processo.

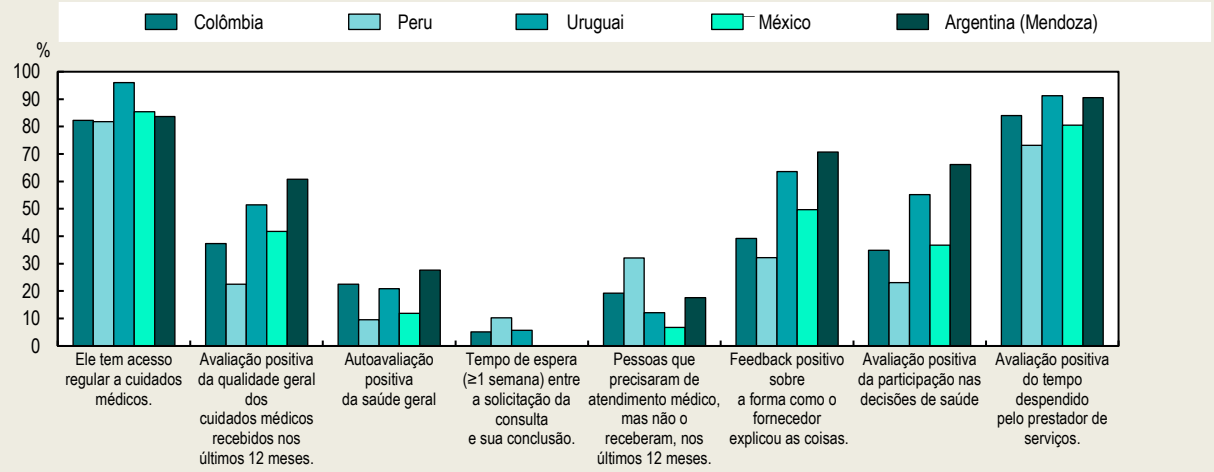
Caixa 1.5. Experiências relatadas pelos pacientes: um elemento fundamental na avaliação do desempenho da qualidade dos cuidados de saúde

Os dados relatados pelos pacientes complementam os indicadores convencionais, mostrando como as pessoas vivenciam os cuidados de saúde e como os sistemas de saúde respondem às suas necessidades. No entanto, seu uso rotineiro e padronizado continua limitado em grande parte da região. Na América Latina, cinco países participam da Rede “Quality Evidence for Health Systems Transformation” (QuEST), uma parceria global que promove sistemas de saúde de alta qualidade, centrados nas pessoas e equitativos por meio de uma melhor medição e de práticas baseadas em evidências. Um componente fundamental dessa iniciativa é a “People’s Voice Survey” (PVS), uma pesquisa de modo misto com base na população que registra o que as pessoas valorizam e vivenciam nos sistemas de saúde.

Os resultados de 2025 na Argentina, Colômbia, México, Peru e Uruguai mostram que, embora o contato com os serviços de saúde seja comum, o acesso a cuidados primários de alta qualidade continua limitado. Apenas cerca de 30% a 35% dos adultos relatam ter uma fonte habitual de cuidados que cumpre os critérios básicos de qualidade, e menos da metade acredita firmemente que receberia cuidados de alta qualidade ou acessíveis se estivesse gravemente doente. Cerca de dois terços receberam algum tipo de atendimento preventivo no último ano, mas a prestação de cuidados a grupos de risco fica aquém: apenas cerca de 42% dos adultos com 50 anos ou mais relatam ter realizado exames de rastreamento de risco cardiovascular. Os resultados também apontam para problemas com os tempos de espera e a continuidade dos cuidados, enquanto os cuidados de saúde mental se destacam como uma importante lacuna, com apenas cerca de um quarto daqueles que relatam necessidade recebendo os cuidados adequados.

As Pesquisas de Indicadores Relatados pelos Pacientes (PaRIS) da OCDE oferecem uma perspectiva diferente e mais aprofundada. A PaRIS concentra-se nos usuários de cuidados primários, especialmente nas pessoas que vivem com doenças crônicas, e relaciona as respostas dos pacientes às informações de suas unidades de cuidados primários. Nos países participantes da PaRIS, 87% dos entrevistados relataram uma experiência geral positiva com os cuidados de saúde e 66% relataram uma boa saúde geral.

Gráfico 1.9. Pesquisa "People's Voice": indicadores selecionados de qualidade dos cuidados nos países da ALC, 2025



Observação: estimativas ponderadas. Argentina (Mendoza) N=1.190, Colômbia N=1.237, México N=1.002, Peru N=1.255; Uruguai N=1.237.
Fonte: People's Voice Survey Quest Network 2025.

Coortes eletrônicas: ampliar a voz das pessoas através de um acompanhamento longitudinal

As coortes eletrônicas complementam a pesquisa transversal People's Voice Survey, acompanhando experiências, percursos de cuidados e resultados ao longo do tempo. Implementadas no Peru e no Uruguai, elas combinam acompanhamentos repetidos com dados relatados pelos pacientes e dados clínicos para avaliar a continuidade, a capacidade de resposta e a eficácia do atendimento. No Peru, os resultados mostram que essa abordagem é viável, com mais de 95% de retenção, e pode melhorar o controle da pressão arterial, ao mesmo tempo em que expõe lacunas persistentes na continuidade dos cuidados.

Fonte: People's Voice Survey Quest Network 2025; OECD (2025[29]), *Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*, https://doi.org/10.1787/c8af05a5-en.

Cuidados integrados

Os cuidados integrados são fundamentais para melhorar a qualidade na ALC. Eles organizam os serviços em um contínuo; desde a prevenção e a promoção da saúde até o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos, em todos os níveis e contextos. Como estratégia para elevar a qualidade, os cuidados integrados reduzem a fragmentação, fortalecem a coordenação e a cooperação entre os prestadores e alinham os serviços às necessidades e preferências dos pacientes, criando pontes entre os cuidados primários, secundários e terciários para evitar uma prestação de serviços em silos e garantir transições fluidas. A OPAS há muito tempo enquadra as redes integradas de serviços de saúde (RISS) como uma expressão operacional fundamental da atenção primária à saúde, concebidas para melhorar o acesso, a eficiência e a qualidade (PAHO, 2026[30]). Os indicadores de resultados apresentados anteriormente são coerentes com essa preocupação: os serviços preventivos tendem a apresentar resultados comparativamente bons, enquanto os indicadores relacionados aos cuidados de condições agudas e crônicas, áreas nas quais a coordenação pode ser importante, apresentam grandes variações entre os países. Esses padrões devem ser interpretados com cautela devido às diferenças no acesso e na integridade dos dados.

A transição para os cuidados integrados na ALC enfrenta profundas barreiras sistêmicas nos ambientes hospitalares, de atenção primária à saúde e de cuidados de longa duração. O obstáculo mais significativo e generalizado é a infraestrutura de dados de saúde pouco desenvolvida, que limita a troca em tempo real de informações sobre os pacientes, relatada por 17 países para a APS e 18 para os hospitais. Há uma falta generalizada de monitoramento sistemático do impacto da integração na qualidade e nos resultados (observada em 15 países na APS; 14 nos hospitais). As restrições financeiras são significativas, com 16 países na APS e 15 nos ambientes hospitalares citando financiamento e incentivos insuficientes para a colaboração. Além dessas questões estruturais, o México destaca uma lacuna específica no desenvolvimento de habilidades de gestão para líderes de unidades médicas, enquanto Granada aponta a fragmentação entre os setores público e privado e a integração limitada dos serviços de saúde mental e sociais como importantes obstáculos a um continuum de cuidados sustentável.

Apesar desses obstáculos, os países estão avançando em políticas para fortalecer a coordenação dos cuidados. Equipes multidisciplinares são utilizadas em 15 dos 19 países: Paraguai, México, Granada, Santa Lúcia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Brasil, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá e República Dominicana. Onze países: Paraguai, México, Granada, Chile, Costa Rica, Brasil, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras e República Dominicana, contam com estratégias

formais e protocolos de cuidados integrados. Registros eletrônicos de saúde (RES) compartilhados entre prestadores estão em operação no Paraguai, México, Costa Rica, Brasil e Panamá. Incentivos financeiros e sistemas regulares de monitoramento para promover e avaliar a coordenação estão em vigor no Peru, Paraguai, México, Chile e Brasil, com sistemas de monitoramento também relatados em El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Panamá e República Dominicana. Chile e Brasil também utilizam programas de navegação do paciente para apoiar as transições entre níveis de atendimento.

Os países partem de situações diferentes na transição da coordenação dos cuidados para a integração em nível sistêmico. Paraguai, México, Chile, Costa Rica, Brasil e Panamá começaram a complementar os mecanismos organizacionais com elementos estruturais facilitadores, como prontuários eletrônicos compartilhados e incentivos financeiros para a coordenação. Nesses países, o desafio consiste cada vez mais em ampliar essas medidas entre diferentes prestadores e ambientes assistenciais e em avaliar se elas melhoram a continuidade e os resultados. Em outros contextos, equipes multidisciplinares, protocolos e monitoramento constituem bases importantes, mas o fortalecimento da infraestrutura de informação e financiamento necessária para apoiar a integração em todo o sistema continua sendo uma prioridade mais imediata.

Observações finais e recomendações práticas para a região

A região da América Latina e do Caribe encontra-se em um momento crítico. Como detalhado neste capítulo, está surgindo uma infraestrutura fundamental para a qualidade dos cuidados, e a maioria dos países estabeleceu marcos regulatórios básicos e políticas de qualidade. No entanto, o caminho desde o estabelecimento de estruturas até a obtenção de resultados de alta qualidade está longe de estar concluído.

A política de qualidade dos cuidados na América Latina e no Caribe ultrapassou as iniciativas isoladas e agora se apoia em uma base institucional reconhecível, mas a transição da garantia básica da qualidade para sistemas de qualidade plenamente operacionais, que aprendem e são centrados nas pessoas, permanece incompleta. É importante destacar que os países não partem do mesmo ponto nem ocupam uma única posição em todas as dimensões da qualidade. Um país pode dispor de mecanismos de acreditação ou de governança de tecnologias relativamente consolidados e, ao mesmo tempo, ainda estar consolidando a medição, os cuidados integrados ou as compras vinculadas à qualidade. A próxima etapa é mais exigente. Ela requer maior uso de dados, feedback e transparência mais sistemáticos, aprendizagem organizacional mais profunda e melhor alinhamento entre regulamentação, financiamento e prestação dos cuidados nos diferentes ambientes e modelos de prestação. Isso também exige abordar a qualidade não apenas em unidades individuais, mas ao longo de todo o percurso do paciente, no qual a continuidade, os encaminhamentos, o compartilhamento de informações e a prestação de contas entre os prestadores determinam cada vez mais se cuidados de alta qualidade são efetivamente prestados. No entanto, a forma como os países realizarão essas mudanças dependerá das bases já existentes em cada área de política.

Os desafios transversais da desigualdade e da fragilidade da infraestrutura digital exigem atenção prioritária. Investir em sistemas de dados interoperáveis não é uma questão técnica secundária, mas um elemento fundamental para direcionar intervenções de forma eficaz, identificar disparidades ocultas e incorporar sistematicamente medidas relatadas pelos pacientes. Fechar as lacunas de qualidade na América Latina e no Caribe depende da articulação entre uma governança sólida, sistemas de dados e incentivos estratégicos, juntamente com um compromisso com a equidade tanto no setor público quanto no privado. Essa abordagem é coerente com as evidências internacionais sobre sistemas de saúde de alto desempenho e oferece o quadro mais claro para interpretar tanto os avanços alcançados quanto as lacunas ainda existentes.

Grandes lacunas de desempenho apontam para uma organização desigual dos cuidados

O perfil de qualidade da região não é uniformemente fraco, mas sim desigual: alguns indicadores mostram desempenho sólido, enquanto outros revelam lacunas muito grandes na prestação de cuidados oportunos e eficazes.

- As diferenças entre os países são maiores nos indicadores que dependem de fluxos de tratamento organizados e gestão clínica oportuna, com lacunas de quase quatro vezes tanto na mortalidade evitável quanto na letalidade hospitalar nos 30 dias após infarto agudo do miocárdio.
- Os serviços preventivos, particularmente a imunização infantil, tendem a apresentar desempenho mais sólido do que as vias de cuidados agudos e crônicos.
- Esses indicadores continuam essenciais para a comparação, mas não medem a qualidade isoladamente: diferenças no acesso, na capacidade hospitalar, na codificação, nos encaminhamentos e na integridade dos dados também moldam os resultados observados.

Os achados institucionais oferecem padrões que permitem formular hipóteses, mas não revelam uma relação simples entre a existência de mecanismos individuais de qualidade e os resultados obtidos. Em diferentes áreas de política, especialmente na governança da qualidade, na acreditação e na governança de tecnologias, os países com sistemas mais consolidados tendem a registrar taxas de mortalidade por causas tratáveis mais baixas do que aqueles que ainda estão consolidando essas bases. No entanto, esse padrão não é universal nem suficiente para inferir uma relação causal. O caso do Paraguai ilustra essa limitação de forma particularmente clara: apesar de dispor de políticas de qualidade e mecanismos institucionais comparativamente abrangentes, a mortalidade por causas tratáveis e vários resultados dos cuidados agudos continuam relativamente desfavoráveis. Por outro lado, em áreas específicas de política, é possível alcançar bons resultados mesmo com sistemas menos desenvolvidos.

Isso sugere que é pouco provável que a melhoria dos resultados dependa de um único mecanismo de qualidade. Em vez disso, o capítulo destaca a importância de combinar uma governança eficaz, percursos assistenciais organizados, sistemas de medição confiáveis, competências profissionais e capacidade para implementar políticas de forma coerente. A próxima etapa da melhoria da qualidade reside menos na ampliação do conjunto de indicadores ou instrumentos de política do que em sua utilização para identificar onde os percursos assistenciais falham e garantir que os mecanismos institucionais se traduzam em melhores cuidados. As evidências internacionais apontam na mesma direção: sistemas de alto desempenho combinam a medição de resultados com uma organização de serviços mais sólida, uma avaliação transparente do desempenho e mecanismos explícitos para traduzir os resultados em melhoria (OECD/WHO/World Bank Group, 2018[3]).

A região construiu as bases de uma governança de qualidade, mas ainda não possui sistemas de aprendizagem completos

O progresso em todas as demais prioridades de qualidade depende da existência de uma instância institucional claramente responsável pela qualidade, com mandato explícito, autoridade suficiente, financiamento e capacidade de implementação tanto no setor público quanto no privado. Embora muitos países tenham estabelecido esses elementos fundamentais, fortalecer seu alcance e sua capacidade de traduzir políticas em ações concretas continua sendo uma prioridade central.

A maioria dos países da região já estabeleceu uma arquitetura institucional básica para a qualidade dos cuidados. A qualidade é agora amplamente reconhecida como uma prioridade de política; os Ministérios da Saúde geralmente lideram a agenda; e as principais funções regulatórias estão presentes em muitos sistemas. No entanto, existe uma distinção importante entre estabelecer estruturas de qualidade e desenvolver todo o percurso, desde a política e a responsabilidade institucional até a implementação, a aprendizagem e a prestação de contas.

- O licenciamento, a regulamentação de medicamentos e outras funções básicas de gestão são geralmente avançadas, enquanto a acreditação, a auditoria clínica, a divulgação pública, o apoio à tomada de decisões e a avaliação baseada no relato dos pacientes estão menos consistentemente incorporados à prática de rotina.
- A garantia de qualidade da força de trabalho ainda dá maior ênfase à entrada na prática do que à competência ao longo do tempo: a certificação inicial é comum, mas a recertificação, os exames nacionais e a EMC/DPC obrigatórios são muito menos difundidos.
- A avaliação de tecnologias em saúde e a garantia externa da qualidade estão se tornando cada vez mais institucionalizadas, mas os vínculos com o reembolso, a equidade e ciclos mais amplos de melhoria da qualidade continuam sendo um desafio.
- O alcance de uma governança da qualidade que abranja tanto a prestação pública quanto a privada continua desigual. O planejamento da força de trabalho está consideravelmente mais desenvolvido no setor público, enquanto a notificação de eventos adversos e a prevenção e o controle de infecções estão menos institucionalizados de forma sistemática entre os prestadores privados. Nos sistemas de saúde em que os cuidados são prestados por meio de diferentes modalidades públicas e privadas, a governança nacional deve garantir que os padrões fundamentais de qualidade, a medição e a prestação de contas se estendam a todos os setores.

Para os países que ainda estão consolidando essas bases, as prioridades incluem uma governança e uma prestação de contas mais claras, uma garantia externa da qualidade mais sistemática, mecanismos mais sólidos para manter a competência profissional ao longo do tempo e uma capacidade institucional básica para a medição e a segurança do paciente. Os países com sistemas mais consolidados enfrentam um desafio diferente: garantir que os mecanismos existentes sejam aplicados de forma coerente, abranjam tanto os prestadores públicos quanto os privados e os diferentes ambientes assistenciais, e gerem aprendizagem e prestação de contas, em vez de se limitarem ao mero cumprimento.

No entanto, para além desses diferentes pontos de partida, há uma orientação política mais ampla em comum: ir além da regulamentação e dos modelos voluntários para avançar em direção a uma garantia da qualidade mais institucionalizada. Sistemas de qualidade maduros combinam uma governança nacional clara com planos operacionais, feedback regular, desenvolvimento profissional, avaliação externa e maior uso de evidências na tomada de decisões, idealmente implementados de forma sistemática tanto no setor público quanto no privado, e explicitamente vinculados ao financiamento e à divulgação pública. A experiência da OCDE também sugere que a qualidade profissional melhora quando os sistemas de saúde modernizam o papel dos profissionais de saúde e passam de uma autorização pontual para o desenvolvimento contínuo e a prestação de contas. Países como a França (Haute Autorité de Santé, 2025[31]), onde a certificação hospitalar é uma avaliação externa obrigatória para todos os hospitais públicos e privados, e a Austrália, onde os padrões nacionais de segurança e qualidade estão integrados a um esquema estruturado de acreditação, ilustram como os padrões e a garantia externa podem ser integrados de forma mais sistemática a uma governança da qualidade mais ampla.

O elo que falta é o uso de rotina de medições, informações de segurança e incentivos para a melhoria

A região está avançando em matéria de medição e segurança. Muitos países introduziram indicadores de qualidade, estudos de auditoria, diretrizes de prática, estruturas de segurança do paciente e, em alguns casos, reformas de pagamento vinculadas à qualidade. O desafio é organizar essas ferramentas em um sistema de melhoria.

- Os indicadores nacionais de qualidade, os estudos de auditoria e as diretrizes estão cada vez mais presentes, mas, em muitos países, não estão rotineiramente vinculados à supervisão, à contratação, ao orçamento ou ao pagamento. Assim,

a evolução consiste em passar do estabelecimento de mecanismos confiáveis de medição e revisão para a integração de seus resultados na gestão cotidiana, na prestação de contas e na tomada de decisões.

- Os sistemas de segurança do paciente estão mais avançados na prevenção e no controle de infecções do que na aprendizagem organizacional a partir dos danos: a notificação de eventos adversos continua desigual, a divulgação pública é limitada e a codificação padronizada de incidentes e quase acidentes é pouco frequente. Assim, a evolução vai do estabelecimento de normas de segurança e mecanismos de notificação para o uso prospectivo das informações com o objetivo de prevenir recorrências e disseminar práticas eficazes.
- Argentina, Brasil, Chile, México, Paraguai, Peru e Santa Lúcia implementaram mecanismos de pagamento vinculados à qualidade em nível nacional, deslocando o desafio para o aprimoramento do desenho, da medição e do alinhamento com os objetivos de qualidade. Nos países restantes, de modo geral, são necessárias bases mais sólidas em matéria de medição e compras estratégicas antes que os incentivos financeiros possam se tornar uma alavanca eficaz para melhorar a qualidade em todo o sistema. Em ambos os casos, as evidências reforçam a mesma conclusão: os dados e os incentivos são mais eficazes quando integrados a sistemas mais amplos de governança, feedback e apoio à implementação.

A literatura mais ampla sugere que esse padrão é típico de sistemas que reuniram os componentes da política de qualidade, mas ainda não os ciclos de feedback que os tornam eficazes (Institute of Medicine, 2013[13]). A lógica de um sistema de saúde que aprende é que os indicadores, as auditorias, as notificações de incidentes, os padrões clínicos, as ferramentas digitais e os mecanismos de pagamento se reforcem mutuamente por meio de um ciclo contínuo de medição, revisão e ação. O trabalho da OCDE sobre a reforma dos pagamentos mostra, de forma semelhante, que os incentivos financeiros funcionam melhor quando fazem parte de uma estratégia de compras mais ampla, baseada em dados confiáveis, objetivos claros de qualidade e apoio à implementação, em vez de funcionarem como uma alavanca isolada (Lindner and Lorenzoni, 2023[32]).

Os cuidados integrados e centrados nas pessoas continuam sendo as dimensões menos institucionalizadas da qualidade

Cada vez mais países reconhecem que a qualidade deve ir além das unidades e dos episódios individuais de atendimento para abranger todo o percurso do paciente. Isso é particularmente importante no caso das doenças crônicas, da multimorbidade e do envelhecimento da população, situações em que os resultados dependem da continuidade entre diferentes prestadores e níveis de atendimento. Os cuidados integrados e centrados nas pessoas são fundamentais para essa transição, embora ainda haja espaço para fortalecer os mecanismos institucionais necessários para sustentá-los em toda a região.

- Muitos países dispõem de alguma forma de captar as opiniões dos pacientes, como pesquisas de satisfação, mecanismos de reclamação ou organizações de pacientes, mas menos países utilizam medidas padronizadas relatadas pelos pacientes ou incorporam a participação dos pacientes aos ciclos rotineiros de formulação de políticas e melhoria dos serviços. Observam-se práticas mais sólidas na região quando a voz do paciente vai além das reclamações e pesquisas ad hoc em direção a mecanismos mais institucionalizados. O Chile se destaca por suas estruturas formais de participação, o Peru pela medição nacional regular da satisfação dos pacientes e a Colômbia pela integração de informações centradas nas pessoas em observatórios de qualidade e sistemas de monitoramento mais amplos.
- Os cuidados integrados apresentam uma evolução semelhante. Equipes multidisciplinares, protocolos e mecanismos de coordenação são cada vez mais frequentes, enquanto registros compartilhados, financiamento alinhado e avaliação sistemática da continuidade continuam menos difundidos. Brasil, Chile, Costa Rica, México, Panamá, Paraguai e Peru começaram a complementar os mecanismos organizacionais com elementos estruturais facilitadores, como prontuários eletrônicos compartilhados ou incentivos financeiros para a coordenação. Em outros contextos, o fortalecimento da infraestrutura de informação e financiamento necessária para apoiar a integração continua sendo uma prioridade mais imediata.
- A fragilidade da infraestrutura de dados e o financiamento fragmentado continuam limitando a continuidade dos cuidados entre prestadores e níveis de atendimento..

A OCDE e a OPAS destacam que os sistemas de alto desempenho organizam os cuidados em torno das pessoas, tendo como elementos fundamentais a voz do paciente, a coprodução, a integração e a continuidade ao longo do percurso assistencial; da mesma forma, a iniciativa PaRIS associa cuidados mais centrados nas pessoas a melhores resultados e experiências relatados pelos pacientes, especialmente no caso de pessoas com doenças crônicas (OECD, 2025[11]). O próximo passo consiste em fortalecer os encaminhamentos, a coordenação, a participação dos pacientes e o compartilhamento de informações onde essas bases ainda são limitadas, ao mesmo tempo em que se ampliam para outros prestadores os mecanismos já consolidados e se os vinculam de forma mais sistemática às medidas relatadas pelos pacientes. Em toda a região, contar com sistemas de dados interoperáveis e um financiamento mais bem alinhado continua sendo fundamental para superar a fragmentação e garantir a continuidade dos cuidados.

Prioridades passíveis de ação para a região

As prioridades estratégicas a seguir oferecem um roteiro para institucionalizar a qualidade na América Latina e no Caribe. Elas não implicam uma classificação única dos países: os pontos de partida diferem entre as áreas de política, e um país com mecanismos relativamente consolidados em uma dimensão pode oferecer oportunidades de aprendizagem entre pares, ao

mesmo tempo em que continua fortalecendo suas bases em outra. Para cada uma das transições descritas a seguir, os pontos de partida são definidos com base nos mecanismos específicos já existentes, e não por meio de uma avaliação geral do sistema de qualidade do país.

Da garantia básica da qualidade à aprendizagem e à prestação de contas

Para essa transição, os pontos de partida dependem do grau de desenvolvimento dos mecanismos que sustentam a garantia da qualidade: desde o estabelecimento de normas e responsabilidades institucionais até a implementação, a garantia externa e a aprendizagem sistemática. Nos casos em que as bases ainda estão sendo consolidadas, as responsabilidades em matéria de qualidade podem estar dispersas, pode não haver acreditação, a avaliação de tecnologias em saúde (ATS) pode não estar formalmente institucionalizada e as medidas de segurança do paciente podem concentrar-se principalmente em padrões básicos. Os sistemas mais consolidados combinam uma governança nacional mais clara com mecanismos que vão além da garantia de requisitos mínimos: a acreditação formal complementa a inspeção, a ATS opera juntamente com a vigilância pós-comercialização e os sistemas identificam cada vez mais o bom desempenho e aprendem com as informações sobre segurança. O grau de desenvolvimento desses mecanismos varia entre os países. Alguns exemplos são a acreditação da atenção primária no Paraguai e no Panamá, a vinculação entre a ATS e o reembolso no Peru e a notificação obrigatória de eventos adversos em diferentes setores no Equador e em El Salvador.

- **Consolidar os mecanismos nacionais de governança da qualidade**. Quando as responsabilidades em matéria de qualidade estiverem dispersas, é necessário formalizar os mandatos, a autoridade, os recursos e a prestação de contas, incluindo a supervisão dos prestadores privados. Por exemplo, países como Guatemala e Honduras, onde a qualidade é abordada por meio de estruturas ministeriais mais amplas e sem unidades específicas dedicadas a ela, se beneficiariam, em uma primeira etapa, de mandatos mais claros e melhor coordenação. Nos casos em que já existem estruturas de governança estabelecidas, como na Argentina ou em El Salvador, entre outros, convém fortalecer a implementação, a coordenação, a aprendizagem e a prestação de contas. Essas bases são fundamentais para o sucesso de iniciativas de qualidade que abrangem todo o sistema, como a Salud Mesoamérica (Caixa 1.6).
- **Fortalecer a garantia externa da qualidade nos diferentes ambientes assistenciais**. Os países que não dispõem de sistemas formais de acreditação, ou que contam apenas com mecanismos limitados, devem institucionalizar progressivamente a garantia externa da qualidade, especialmente na atenção primária, na prestação privada de serviços e em outros ambientes insuficientemente regulamentados. Isso é particularmente relevante para países como Brasil e República Dominicana, onde a acreditação formal continua limitada. Nos casos em que já existem sistemas de acreditação, como no Chile ou na Costa Rica, a prioridade passa a ser ampliar seu alcance para diferentes ambientes e garantir que a avaliação externa promova a melhoria contínua, em vez de se limitar ao mero cumprimento de normas.
- I**ntegrar a avaliação de tecnologias em saúde à tomada de decisões de rotina.** Os países que não dispõem de estruturas formais de avaliação de tecnologias em saúde (ATS), como Belize e Granada, devem concentrar-se inicialmente em institucionalizar a capacidade de avaliação e vinculá-la à tomada de decisões em nível nacional. Nos contextos em que a ATS está mais consolidada, como no Peru ou no Paraguai, o desafio consiste cada vez mais em fortalecer os vínculos entre a avaliação, a vigilância pós-comercialização, o reembolso, o uso adequado e a equidade.
- **Desenvolver sistemas de segurança do paciente mais sólidos e baseados na aprendizagem**. Nos casos em que os programas básicos e os mecanismos de notificação ainda estão incompletos, como na Nicarágua ou na República Dominicana, estabelecer mecanismos confiáveis para notificar e aprender com eventos adversos continua sendo uma prioridade imediata. Onde os sistemas de notificação estão mais consolidados, incluindo Equador e Colômbia, deve-se fortalecer progressivamente a codificação padronizada, a análise de incidentes e quase acidentes, bem como o uso de informações sobre segurança para promover a aprendizagem entre prestadores públicos e privados.

Da qualidade centrada na unidade assistencial à qualidade ao longo do percurso do paciente

Melhorar a qualidade exige cada vez mais ir além do desempenho de unidades individuais ou de episódios isolados de atendimento para concentrar-se na experiência e nos resultados das pessoas ao longo de todo o percurso assistencial. Isso implica combinar a participação dos pacientes e as informações por eles relatadas com mecanismos eficazes de encaminhamento, continuidade entre prestadores e níveis de atendimento, bem como com os sistemas de informação e financiamento necessários para facilitar a coordenação.

O ponto de partida nessa área varia conforme a voz do paciente e a coordenação dos cuidados permaneçam limitadas principalmente a episódios específicos e unidades determinadas ou estejam sendo plenamente integradas ao percurso do paciente. Em países como Haiti e Honduras, equipes multidisciplinares, protocolos e sistemas de monitoramento estabelecem bases importantes; no entanto, ainda é necessário fortalecer o compartilhamento de informações e os mecanismos de financiamento para garantir a continuidade entre prestadores. Nos contextos em que os elementos estruturais facilitadores estão mais desenvolvidos, como no Brasil ou no México, o próximo passo consiste em ampliar esses mecanismos para diferentes prestadores e ambientes assistenciais, bem como fortalecer a prestação de contas em matéria de continuidade, resultados e experiência do paciente.

Da coleta de informações ao seu uso para a melhoria

Para essa transição, os pontos de partida dependem do grau de desenvolvimento das informações sobre qualidade: desde sua coleta e divulgação até seu uso rotineiro na gestão, na prestação de contas e nas decisões de compra. Em alguns sistemas, os mecanismos de medição e auditoria ainda estão sendo consolidados, e as informações sobre qualidade mantêm vínculos fracos com a tomada de decisões. Em outros, os indicadores e os resultados das auditorias já são utilizados para feedback, benchmarking ou divulgação pública, enquanto modelos de compra mais avançados vinculam o pagamento aos prestadores a objetivos de qualidade. Essas dimensões não evoluem necessariamente de forma simultânea: sistemas de medição relativamente desenvolvidos podem coexistir com uso limitado de incentivos financeiros, e os pagamentos vinculados à qualidade podem ser aplicados apenas a serviços ou esquemas específicos.

- **Tornar a medição mais relevante.** Isso continua sendo especialmente relevante para países como Belize, que ainda não dispõe de um conjunto nacional de indicadores de qualidade, e Guatemala, onde os mecanismos de medição permanecem mais limitados. Nos contextos em que esses mecanismos estão mais consolidados, como na Colômbia ou no Panamá, convém vinculá-los de forma mais sistemática à supervisão, ao benchmarking, à divulgação pública de informações, à contratação e a outras formas de prestação de contas.
- **Alinhar o financiamento com a qualidade e a integração.** Nos casos em que ainda não foram estabelecidos mecanismos nacionais de pagamento vinculados à qualidade, como na Colômbia ou na Costa Rica, as prioridades incluem fortalecer a medição, o feedback aos prestadores e a capacidade de compras estratégicas. Quando esses mecanismos já estão em funcionamento, como no Chile ou na Argentina, o foco deve deslocar-se cada vez mais para o aprimoramento de seu desenho, do ajuste de risco e de seu alinhamento com objetivos mais amplos de qualidade e integração.

Fortalecer as condições para a transição rumo a uma melhor qualidade dos cuidados

A capacidade da força de trabalho, a infraestrutura digital interoperável e a equidade constituem condições facilitadoras para as três transições. Nessas condições, os pontos de partida diferem de forma independente, em vez de seguirem uma única progressão. Em matéria de garantia da qualidade da força de trabalho, as abordagens variam desde uma prioridade centrada no ingresso na prática profissional até combinações de recertificação e desenvolvimento profissional contínuo, enquanto o planejamento da força de trabalho em nível sistêmico, abrangendo tanto o setor público quanto o privado, continua menos desenvolvido. As bases digitais na região variam entre sistemas de informação fragmentados e modelos caracterizados por interoperabilidade, interconexão, codificação padronizada e acesso dos pacientes. A equidade também é incorporada de forma desigual, variando desde uma consideração limitada nos mecanismos de qualidade até uma integração mais sistemática nas diretrizes, na avaliação de tecnologias em saúde (ATS), na medição e no monitoramento do desempenho.

- **Estabelecer um sistema contínuo de garantia da qualidade da força de trabalho**. Nos casos em que a regulamentação profissional se concentra principalmente no ingresso na prática profissional, convém fortalecer a recertificação e o desenvolvimento profissional contínuo. Isso é especialmente relevante em países como Equador ou República Dominicana, onde os mecanismos de garantia da competência ao longo da carreira profissional continuam mais limitados. Em contrapartida, onde existem sistemas mais consolidados, como em Santa Lúcia ou no México, o foco pode deslocar-se para a vinculação mais sistemática da competência contínua com a melhoria da qualidade e o planejamento da força de trabalho nos setores público e privado.
- **Fortalecer o monitoramento da qualidade com foco na equidade**. Quando as considerações de equidade dentro dos mecanismos de qualidade continuam limitadas, é necessário desenvolver capacidade para desagregar as informações sobre qualidade e incorporar sistematicamente a equidade à avaliação e à análise do desempenho. Belize e Panamá, por exemplo, têm espaço para fortalecer a integração de critérios de equidade em suas diretrizes ou nos processos de avaliação de tecnologias em saúde (ATS). Os países que dispõem de bases mais sólidas em matéria de medição e governança, como Chile ou Peru, podem utilizar cada vez mais esses sistemas para identificar disparidades na qualidade e nos resultados e agir em conformidade.
- **Investir em infraestrutura digital interoperável para a qualidade**. Nos contextos em que as bases digitais ainda estão fragmentadas, como ocorre em países como Granada ou Honduras, é prioritário estabelecer padrões comuns, conectividade e um compartilhamento confiável de informações entre prestadores. Onde já existem bases digitais mais sólidas, como na Costa Rica ou no Panamá, o próximo passo consiste em ampliar a vinculação de dados, o acesso dos pacientes e o uso de informações digitais para garantir a continuidade dos cuidados, a medição e a melhoria da qualidade. O sistema EDUS da Costa Rica constitui um exemplo de acesso digital voltado para o paciente, enquanto Argentina, Belize, Peru e Santa Lúcia implementaram sistemas de codificação padronizada para incidentes de segurança e quase acidentes.

Caixa 1.6. A Iniciativa "Salud Mesoamerica": um modelo centrado na equidade para a melhoria da qualidade e dos resultados

A Iniciativa Salud Mesoamerica (SMI) mostra como a melhoria da qualidade e a equidade podem ser abordadas em conjunto. Lançada como uma parceria público-privada liderada por governos com o apoio do Banco Interamericano de Desenvolvimento e de outros parceiros, a iniciativa teve como alvo as populações mais pobres de Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Panamá e Chiapas (México). A SMI operou por meio de um modelo de financiamento baseado em resultados, no qual prêmios de desempenho eram concedidos aos Ministérios da Saúde após a verificação do cumprimento de metas acordadas, abrangendo padrões de atendimento materno e neonatal, práticas obstétricas essenciais e uso de serviços, com o apoio de avaliações independentes, indicadores comuns e assistência técnica prática às unidades de saúde nas áreas mais pobres para aumentar o acesso a indicadores de qualidade. Seu objetivo não era apenas ampliar o acesso, mas também melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materno-infantil em áreas carentes por meio de padrões comuns, medição independente, apoio técnico e financiamento baseado em resultados.

A SMI ilustra várias das alavancas de qualidade discutidas no capítulo: medição e verificação rigorosas para prestação de contas, aprendizagem e melhoria, incentivos financeiros vinculados a resultados, coordenação mais forte entre os níveis de atendimento, equipes de melhoria da qualidade nas unidades de saúde e apoio prático para implementação e redução de lacunas. As melhorias relatadas incluíram melhor qualidade dos cuidados neonatais e obstétricos, uso mais amplo de práticas essenciais de cuidados maternos e ganhos em termos de atendimento respeitoso e uso de serviços entre mulheres indígenas na Guatemala e em Chiapas.

A lição principal é que políticas orientadas para a equidade também podem ser políticas de melhoria da qualidade. A SMI sugere que, quando as reformas se concentram explicitamente nas populações pobres e excluídas, ganhos de qualidade podem ser alcançados juntamente com reduções nas disparidades no acesso e no desempenho dos serviços. Abordar essas disparidades simultaneamente pode melhorar os resultados de saúde. Isso fornece uma ponte útil para o próximo capítulo sobre políticas de equidade, que examina de forma mais ampla como os sistemas de saúde na região podem reduzir as lacunas nos cuidados a grupos desfavorecidos.

Fonte: Eichler et al. (2017[33]), "The Initial Prize in the Salud Mesoamerica Initiative Results-Based Aid Initiative", https://doi.org/10.18235/0000854; Bancalari et al. (2024[34]), "Using subsidies to enhance access to maternal and newborn health care in remote villages", https://doi.org/10.18235/0013208.

Referências

Alfayez, A. et al. (2025), “Factors Affecting Patient Safety Near Miss Reporting: A Systematic Review”, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 82/3, pp. 2022-2035, https://doi.org/10.1111/jan.70033. [27]

Bancalari, A. et al. (2024), “Using Subsidies to Enhance Access to Maternal and Newborn Health Care in Remote Villages”, Inter-American Development Bank, https://doi.org/10.18235/0013208. [34]

Barber, S. et al. (2025), “Purchasing Primary Care Services for Quality Chronic Care: Capitation With Performance Payments in Four Countries”, *The International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 40/4, pp. 1007-1012, https://doi.org/10.1002/hpm.3929. [25]

Chapman, S. (2025), “Towards identifying good practices in the assessment of digital medical devices: Insights from several OECD countries”, *OECD Health Working Papers*, No. 177, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/b485ee1f-en. [20]

Dmytraczenko, T. and G. Almeida (eds.) (2015), *Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean: Evidence from Selected Countries*, The World Bank, https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0454-0. [1]

Eichler, R. et al. (2017), “The Initial Prize in the Salud Mesoamerica Initiative Results-Based Aid Initiative”, Inter-American Development Bank, https://doi.org/10.18235/0000854. [33]

Haute Autorité de Santé (2025), *Haute Autorité de Santé - Comprendre la certification pour la qualité des soins*, https://www.has-sante.fr/jcms/c_411173/fr/comprendre-la-certification-pour-la-qualite-des-soins (accessed on 26 March 2026). [31]

Hussein, M. et al. (2021), “The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: a systematic literature review”, *BMC Health Services Research*, Vol. 21/1, https://doi.org/10.1186/s12913-021-07097-6. [15]

Institute of Medicine (2013), *Best Care at Lower Cost*, National Academies Press, Washington, D.C., https://doi.org/10.17226/13444. [13]

Kruk, M. et al. (2018), “High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution”, *The Lancet Global Health*, Vol. 6/11, pp. e1196-e1252, https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3. [4]

Lindner, L. and L. Lorenzoni (2023), "Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems: Start small, prove value, and scale up", *OECD Health Working Papers*, No. 154, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/627fe490-en. [32]

Lorenzoni, L. et al. (2019), "Health systems characteristics: A survey of 21 Latin American and Caribbean countries", *OECD Health Working Papers*, No. 111, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/0e8da4bd-en. [7]

McNab, D. et al. (2020), "Development and application of 'systems thinking' principles for quality improvement", *BMJ Open Quality*, Vol. 9/1, p. e000714, https://doi.org/10.1136/bmjoq-2019-000714. [26]

Ministerio de Salud de Paraguay (2021), *Resolución S.c. N 117 por la cual se aprueba la estrategia nacional de gestión de la calidad en salud, del Ministerio de Salud Pública y bienestar social*, Paraguay, https://informacionpublica.paraguay.gov.py/public/3156632-RESOLUCIONSGN117DE2021ESTRATEGIADELACALIDADENSALUDpdf-RESOLUCIONSGN117DE2021ESTRATEGIADELACALIDADENSALUD.pdf. [17]

OECD (2025), *Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/c8af05a5-en. [29]

OECD (2025), *The State of Cardiovascular Health in the European Union*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en. [11]

OECD (2024), *Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/107182c8-en. [9]

OECD (2022), *Towards an Integrated Health Information System in Korea*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/c4e6c88d-en. [22]

OECD (2021), *Health for the People, by the People: Building People-centred Health Systems*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/c259e79a-en. [28]

OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264266414-en. [8]

OECD (2005), *Health Technologies and Decision Making*, The OECD Health Project, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264016224-en. [21]

OECD/IDB/The World Bank (2026), *Health at a Glance Latin America and the caribbean: survey of quality of care policies, 2025*. [14]

OECD/The World Bank (2023), *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/532b0e2d-en. [6]

OECD/The World Bank (2023), *Panorama da Saúde: América Latina e Caribe 2023*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/047f9a8a-pt. [35]

OECD/WHO (2023), *Purchasing for Quality Chronic Care: Summary Report*, WHO, Geneva/OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/66dfc7e1-en. [24]

OECD/WHO/World Bank Group (2018), *Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage*, World Health Organization, https://iris.who.int/handle/10665/272465. [3]

O'Rourke, B., W. Oortwijn and T. Schuller (2020), "The new definition of health technology assessment: A milestone in international collaboration", *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Vol. 36/3, pp. 187-190, https://doi.org/10.1017/S0266462320000215. [23]

PAHO (2026), *Redes integradas de servicios de salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*, https://www.paho.org/es/temas/redes-integradas-servicios-salud (accessed on 10 April 2026). [30]

Roberti, J. et al. (2024), "Inequalities in health system coverage and quality: a cross-sectional survey of four Latin American countries", *The Lancet Global Health*, Vol. 12/1, pp. e145-e155, https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00488-6. [5]

Superintendencia de Salud de Paraguay (2026), *Funciones – Superintendencia de Salud – Paraguay*, https://superintendenciadesalud.gov.py/funciones/. [18]

Superintendencia de Salud de Paraguay (1996), *Ley N° 1032 que crea el Sistema Nacional de Salud*, https://www.mspbs.gov.py/dependencias/dnvs/adjunto/975a86-LEYN10321996QUECREAELSISTEMANACIONALDESALUD.pdf. [16]

WHO (2024), *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*, World Health Organization, https://iris.who.int/handle/10665/343477. [10]

WHO (2021), *UHC service coverage index*, https://data.who.int/indicators/i/3805B1E/9A706FD (accessed on 23 March 2026). [2]

WHO (2017), *National quality policy and strategy: WHO meeting report, Geneva, 14–16 June 2017*, World Health Organization, https://iris.who.int/handle/10665/258989. [12]

WHO (2002), *The importance of pharmacovigilance: Safety monitoring of medicinal products*, World Health Organization, https://iris.who.int/handle/10665/42493. [19]

Notas

[1] As respostas da pesquisa são autorrelatadas por funcionários do Ministério da Saúde e refletem principalmente o setor público. Reformas de pagamento implementadas por seguradoras privadas ou entidades subnacionais podem não ter sido totalmente consideradas.

2 Desigualdades em saúde e cuidados de saúde na América Latina e no Caribe

Embora os países da América Latina e do Caribe tenham ampliado a cobertura e melhorado os resultados em saúde nas últimas décadas, persistem grandes disparidades em relação a renda, educação, local de residência, etnia e outras características da população. Essas desigualdades se refletem na exposição a riscos à saúde, no acesso aos serviços, na qualidade dos cuidados, na proteção financeira e nos resultados em matéria de saúde. Este capítulo examina os principais padrões de desigualdades em saúde na região e analisa como os países estão respondendo através de políticas de governança, financiamento, prestação de serviços, força de trabalho, saúde digital, sistemas de dados e preparação para emergências. Com base em evidências regionais e em uma pesquisa de 2025 com 14 países, o capítulo conclui que os esforços políticos têm avançado mais na ampliação da disponibilidade e acessibilidade dos serviços do que na criação das condições necessárias para tornar o cuidado equitativo na prática. Reduzir as desigualdades exigirá não apenas ampliar a cobertura para enfrentar lacunas remanescentes de acesso, mas também melhorar a qualidade, a continuidade e a capacidade de resposta dos cuidados.

Introdução

Em toda a América Latina e no Caribe (ALC), o progresso na cobertura e nos resultados de saúde nas últimas décadas tem sido significativo, mas desigual (OECD/The World Bank, 2023[1]). Embora muitos países tenham ampliado o acesso aos serviços e reduzido a mortalidade, persistem grandes diferenças entre grupos populacionais e territórios. Essas desigualdades são observadas em inúmeras dimensões, incluindo condição socioeconômica, geografia, etnia, gênero, idade, situação migratória, deficiência e afiliação ao sistema de saúde, incluindo sistemas segmentados (Atun et al., 2015[2]; Cotlear et al., 2015[3]). Como resultado, as médias nacionais podem ocultar lacunas persistentes para grupos e locais específicos.

Essas desigualdades são importantes não só do ponto de vista social, mas também para o desempenho dos sistemas de saúde. Onde as desvantagens se acumulam, as doenças evitáveis e a mortalidade evitável permanecem concentradas, mesmo quando o contato geral com os serviços é alto, porque a cobertura efetiva pode permanecer desigual quando a qualidade, a continuidade ou a acessibilidade dos serviços diferem entre os grupos (Kruk et al., 2018[4]). As desigualdades são frequentemente associadas a atrasos no atendimento, menor qualidade dos serviços, proteção financeira mais fraca e custos mais elevados a jusante (Wagstaff et al., 2018[5]). Elas também reduzem a resiliência do sistema: choques como pandemias, crises econômicas ou eventos relacionados ao clima tendem a aumentar as lacunas existentes. (PAHO, 2022[6]; WHO, 2025[7]).

Desigualdades e iniquidades

Este capítulo diferencia desigualdades em saúde e iniquidades em saúde — termos que às vezes são usados como sinônimos, mas que cumprem funções analíticas distintas. Desigualdades em saúde (ou disparidades) referem-se a diferenças mensuráveis nos resultados de saúde, uso de serviços, qualidade, proteção financeira ou exposição a riscos de saúde entre diferentes grupos populacionais. Iniquidades em saúde são aquelas desigualdades consideradas injustas, evitáveis e passíveis de intervenção por meio de políticas públicas, resultantes das condições sociais e da forma como os sistemas de saúde e outras instituições são organizados (WHO, 2013[8]). Os governos atuam sobre as iniquidades, mas dependem da medição das desigualdades para identificar problemas, monitorar tendências e avaliar o progresso rumo à cobertura universal de saúde (CUS) e metas relacionadas.

Desigualdades "em quê" e "para quem"

Para organizar a análise, o capítulo diferencia quais aspectos da saúde e dos sistemas de saúde apresentam desigualdades ("desigualdades em quê") e quais grupos populacionais vivenciam essas diferenças ("desigualdades para quem").

Esses aspectos correspondem a dimensões-chave comumente utilizadas no monitoramento do progresso rumo à CUS (WHO/IBRD, 2023[9]). Eles estão intimamente relacionados. As desigualdades na exposição a riscos à saúde e aos determinantes sociais moldam os padrões de necessidades de saúde entre as populações. As desigualdades no acesso aos serviços, na qualidade dos cuidados e na proteção financeira influenciam se essas necessidades são atendidas de maneira oportuna e eficaz. As desigualdades nos resultados de saúde refletem os efeitos cumulativos destas diferenças. Em conjunto, elas ajudam a explicar por que o progresso medido em nível nacional pode não se traduzir em ganhos comparáveis para todos os grupos e por que as desigualdades persistentes podem prejudicar o desempenho e a resiliência do sistema de saúde.

As categorias populacionais consideradas neste capítulo incluem características demográficas e socioculturais (como gênero, idade, etnia e situação migratória), posição socioeconômica (como renda e escolaridade), localização geográfica (incluindo variações rurais, remotas e subnacionais) e outros agrupamentos relevantes, incluindo deficiência e afiliação ao sistema de saúde ou a planos de saúde em sistemas segmentados (Tabela 2.). Esses agrupamentos refletem mecanismos distintos por meio dos quais a desvantagem pode moldar a exposição a riscos, o acesso a cuidados oportunos e eficazes e a proteção contra dificuldades financeiras.

Tabela 2.1. Desigualdades *em quê* e *para quem*

Desigualdades em quê	Exposições e determinantes sociais da saúde	Acesso e qualidade dos cuidados	Proteção contra riscos financeiros	Resultados de saúde
Desigualdades para quem	Demográficas e socioculturais (como gênero, idade, etnia e situação migratória)			
	Socioeconômicas (como renda e escolaridade)			
	Geográficas (incluindo variações culturais, remotas e subnacionais)			
	Outras (como deficiência e afiliação ao sistema de saúde)			

Este capítulo apresenta, em primeiro lugar, fatos estilizados sobre as desigualdades em saúde na América Latina e no Caribe em domínios-chave, com base em evidências internacionais e regionais disponíveis. Em seguida, analisa a forma como os países estão lidando com as desigualdades por meio de políticas e intervenções do sistema de saúde, destacando abordagens comuns, lacunas e oportunidades. Esta análise se baseia em informações relatadas pelos países por meio de uma pesquisa regional, que documenta a existência de políticas, arranjos institucionais e mecanismos relevantes para a equidade em saúde, sem avaliar sua eficácia ou a intensidade de sua implementação.

A capacidade de examinar as desigualdades nessas dimensões depende da disponibilidade de dados desagregados, que continua desigual em toda a região. Muitos países rotineiramente relatam indicadores por idade, sexo e local de residência. No entanto, a desagregação por etnia, situação migratória ou de deficiência, ou afiliação ao sistema de saúde é muito menos comum e frequentemente relatada em categorias que não são comparáveis entre os países. Como resultado, algumas desigualdades são mais visíveis do que outras, e lacunas nos dados e nos relatórios podem limitar tanto o monitoramento quanto as ações políticas. Essas questões serão abordadas mais adiante neste capítulo, ao analisar as abordagens dos países em relação aos dados, ao monitoramento e aos relatórios de equidade.

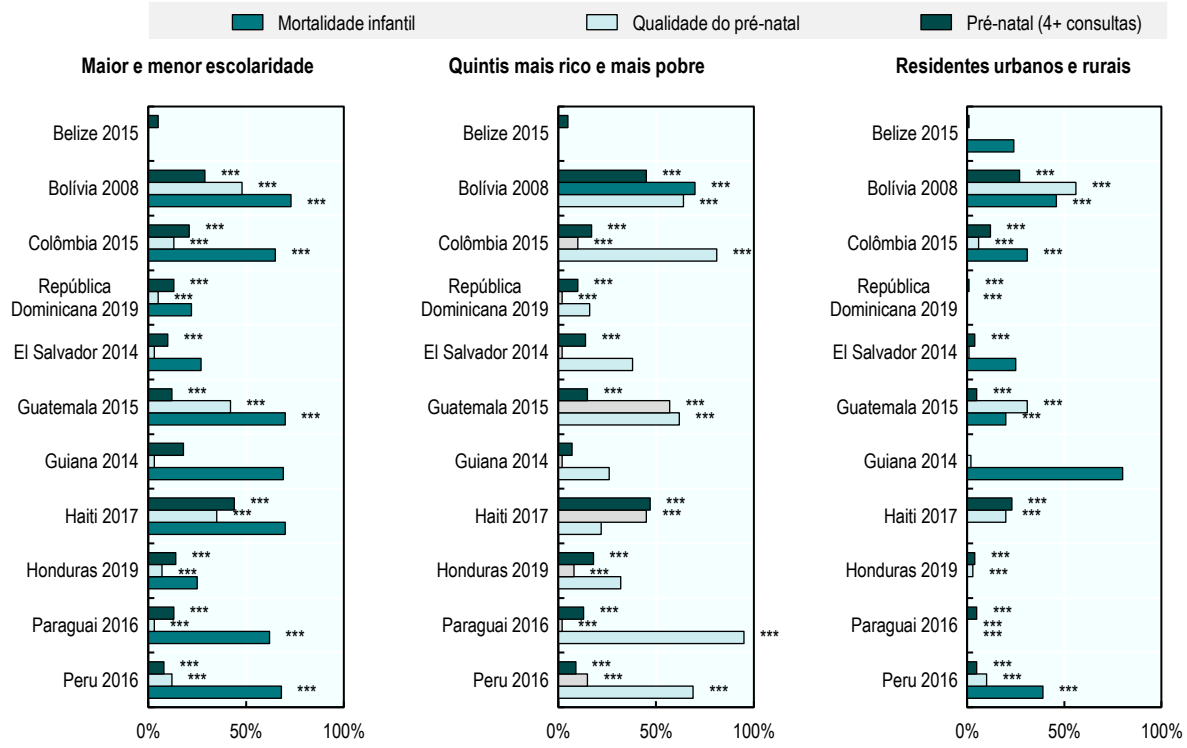
Fatos estilizados sobre as desigualdades em saúde na América Latina e no Caribe

Esta seção baseia-se na literatura e em dados internacionais para fornecer um contexto para o foco principal do capítulo: a situação das políticas que abordam a desigualdade. As desigualdades nos resultados de saúde e na assistência médica têm sido uma preocupação persistente na região e continuam sendo observadas em múltiplos domínios, embora as evidências disponíveis sobre as desigualdades dentro dos países permaneçam limitadas a um conjunto relativamente restrito de grupos populacionais.

Os agregados familiares de classe mais alta têm maior probabilidade de se beneficiar de programas de saúde ou seguros patrocinados pelo governo ou pelo empregador que oferecem acesso privilegiado a serviços de melhor qualidade do que aqueles de classe mais baixa, em especial os que estão em situação de desemprego, empregados em trabalhos informais ou que pertencem a grupos desfavorecidos ou marginalizados. Esses programas, por vezes, oferecem maior proteção financeira às famílias de classe mais alta; no entanto, em muitos países, são os agregados familiares mais ricos que arcam com uma parcela significativa dos gastos diretos, enquanto os mais pobres enfrentam necessidades de saúde não atendidas ou recorrem a alternativas de baixo custo ou ao autotratamento. Assim, as desigualdades nos resultados de saúde refletem mais do que diferenças na renda ou nos ativos dos agregados familiares. Elas também são transmitidas ou amplificadas pelas associações entre renda e menores riscos à saúde, maior acesso a cuidados de saúde de boa qualidade e parcelas dos gastos diretos em saúde em relação à renda familiar.

O Gráfico 2.1 apresenta um panorama das disparidades no acesso aos cuidados de saúde, na qualidade dos cuidados e nos resultados de saúde, representadas pelo uso de cuidados pré-natais (Antenatal Care, ANC), pela qualidade dos cuidados pré-natais e pela taxa de mortalidade infantil (TMI). Com base em dados de (Bancalari et al., 2025[10]), esses números mostram as disparidades entre os grupos em melhor situação e os em pior situação. As disparidades são normalizadas, o que elimina a diferença média entre os países e destaca a desigualdade relativa, em vez da desigualdade absoluta. O valor de medir a desigualdade relativa reside no fato de que ela avalia a condição dos grupos desfavorecidos em comparação com o que é alcançado pelos grupos favorecidos no mesmo país. Por exemplo, no Peru, a TMI para os mais ricos foi de aproximadamente 5,7 por 1.000 nascidos vivos, em comparação com cerca de 18,1 para os mais pobres, uma diferença relativa de 69%. No Haiti, os mais ricos enfrentavam uma TMI de 45,1 por 1.000 nascidos vivos, em comparação com cerca de 58,2 para os mais pobres, uma diferença relativa de 22%. Assim, embora a diferença no Peru demonstre uma disparidade relativa maior entre ricos e pobres dentro daquele país, de modo geral os peruanos enfrentam uma mortalidade infantil muito menor do que os haitianos.

Gráfico 2.1. Índices de desigualdade na saúde materno-infantil por nível de escolaridade, renda e local de residência



Observações: os valores apresentam os índices de desigualdade dentro do país em relação a escolaridade, renda e local de residência no que diz respeito ao uso de cuidados pré-natais (4 ou mais consultas), qualidade dos cuidados pré-natais e mortalidade infantil. Para os resultados de cuidados pré-natais, as disparidades são calculadas como um menos os índices dos desfavorecidos em relação aos favorecidos (ou seja, 1 – menos escolarizados/mais escolarizados; 1 – mais pobres/mais ricos; 1 – rurais/urbanos). Valores maiores indicam pior cobertura ou qualidade entre os grupos desfavorecidos e 0 indica igualdade. Para a mortalidade infantil, as disparidades são calculadas como um menos o índice entre os grupos favorecidos e desfavorecidos (ou seja, 1 – mais instruídos/menos instruídos; 1 – mais ricos/mais pobres; 1 – urbanos/rurais). Isso mantém a interpretação de que valores maiores indicam uma disparidade maior entre os grupos desfavorecidos e favorecidos, com 0 indicando ausência de diferença. Os anos dos países referem-se ao ano da pesquisa; as fontes de dados incluem as Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS), as Pesquisas de Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS) e a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde Familiar do Peru (ENDES). Os asteriscos denotam significância estatística conforme relatado na fonte (*** p<0,01).
Fonte: As razões de desigualdade baseiam-se nas estimativas reportadas em Bancalari et al. (2025[10]), "Health inequalities in Latin America and the Caribbean: child, adolescent, reproductive, metabolic syndrome and mental health", https://doi.org/10.1093/ooec/odae028.

Os resultados de saúde, medidos pela Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), são muito melhores para os mais ricos e com maior escolaridade do que para os mais pobres e com menor escolaridade em quase todos os países. Essas disparidades também são maiores do que as disparidades no acesso aos cuidados pré-natais e na qualidade dos cuidados. Este resultado não é surpreendente: a mortalidade infantil é afetada por muitos fatores além do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde. As conclusões são um pouco como o copo proverbial que pode ser descrito como meio cheio ou meio vazio. As disparidades no acesso aos cuidados e na qualidade não são tão graves quanto os resultados de saúde; mas as disparidades ainda existem. Assim, qualquer fator associado à renda ou à educação que criem riscos maiores para grupos desfavorecidos não estão sendo compensados pelo sistema de saúde, mas, ao contrário, amplificados por ele.

As disparidades entre áreas urbanas e rurais no acesso à saúde, na qualidade e na TMI são menos bem medidas. No entanto, apresentam um quadro semelhante. Em grande parte, as disparidades no acesso aos cuidados pré-natais parecem ter sido bastante pequenas em muitos destes países, especialmente considerando o quanto suas populações rurais estão dispersas. Bolívia, Colômbia, Guatemala, Haiti e Honduras apresentam lacunas de acesso inferiores a 20%. No entanto, assim como nas lacunas relacionadas à renda e à educação, as disparidades na mortalidade infantil permanecem grandes e significativas entre as áreas urbanas e rurais. Isso parece ter sido particularmente verdadeiro na Bolívia, Guiana e Peru, onde a disparidade na TMI é superior a 40%.

A cobertura se expandiu, mas as necessidades não atendidas continuam sendo elevadas e desiguais

Apesar das melhorias na cobertura dos serviços na década de 2000, as necessidades de saúde não atendidas – pacientes que relatam ter precisado, mas não ter procurado, os cuidados adequados – continuam generalizadas e altamente desiguais. Estimativas recentes indicam uma ampla variação nas necessidades não atendidas nas Américas, com uma média de 35%, e taxas que variam de 3,2% na Costa Rica a 73% no Peru. Três países relatam níveis acima de 50%, e esse número aumenta para seis países quando

se considera o quintil de renda mais baixo (PAHO, 2024[11]). Essas taxas elevadas são explicadas, em parte, pela transição bem-sucedida para a cobertura universal e por níveis mais elevados de literacia em saúde. No Peru, por exemplo, os recentes avanços que elevaram a cobertura de saúde aos atuais 97% geraram uma maior conscientização sobre necessidades de atendimento que o sistema ainda está buscando atender de forma mais adequada. Ainda assim, o aumento acentuado das necessidades não atendidas na região durante a pandemia da COVID-19 sugere que os ganhos agregados — incluindo os avanços na redução das disparidades entre os países e dentro deles — permanecem frágeis quando os sistemas são interrompidos, e que os grupos desfavorecidos têm maior probabilidade de adiar ou renunciar aos cuidados durante períodos de crise.

Dentro dos países, as necessidades não atendidas e a cobertura de serviços seguem gradientes socioeconômicos claros. Por exemplo, a cobertura dos serviços de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil (RMNCH) é tipicamente 15 a 20 pontos percentuais (p.p.) maior entre o quintil mais rico do que entre o mais pobre. Mulheres com ensino médio ou superior têm cobertura significativamente maior do que aquelas sem escolaridade formal, e as populações urbanas relatam consistentemente maior cobertura de serviços do que os residentes rurais (PAHO, 2024[11]).

Por trás desse padrão, existem diferenças nos obstáculos ao acesso, em especial no que diz respeito à acessibilidade financeira. Em toda a região, cerca de uma em cada cinco pessoas no quintil mais pobre relata necessidades não atendidas devido a restrições financeiras, em comparação com aproximadamente uma em cada dez no quintil mais rico (PAHO, 2024[11]).

Persistem lacunas em termos de cobertura e qualidade efetivas, mesmo onde o contato é elevado

À medida que o acesso melhorou ao longo do tempo, as lacunas na qualidade dos cuidados surgiram como um grande obstáculo à melhoria dos resultados de saúde na região (Gráfico 1.2, ver Capítulo 1). Uma parcela substancial (estimada em 50-75%) da mortalidade evitável na região é atribuível aos cuidados de baixa qualidade, e não à falta de acesso (Kruk et al., 2018[12]) (ver indicador "Mortalidade evitável (prevenível e tratável)" no Capítulo 7). Assim, mesmo onde o contato com os serviços é elevado, a cobertura efetiva permanece desigual, refletindo deficiências na continuidade dos cuidados, na precisão do diagnóstico, na adesão ao tratamento e na capacidade de resposta do sistema.

Essas lacunas de qualidade não estão distribuídas uniformemente dentro dos países. Na saúde materna, mulheres com baixo nível de escolaridade e aquelas no quintil de renda mais pobre não só têm menos chances de completar quatro ou mais consultas pré-natais, como também têm menos chances de receber o pacote completo de serviços recomendados em comparação com mulheres mais favorecidas. Para doenças crônicas, as diferenças socioeconômicas na prevalência costumam ser moderadas, mas as desigualdades aumentam substancialmente ao longo da cadeia de cuidados – particularmente no diagnóstico, tratamento e controle eficaz (ver seção "Cuidados Integrados" no Capítulo 1). Como resultado, grupos desfavorecidos recebem cuidados de menor qualidade e menos contínuos, mesmo em contextos onde a utilização dos serviços é generalizada (Bancalari et al., 2024[13]). Evidências limitadas também sugerem que os homens apresentam níveis mais elevados de mortalidade evitável do que as mulheres, embora a má qualidade provavelmente seja responsável pela maioria das mortes evitáveis em ambos os sexos (Vargas, Rios-Zertuche and Bauhoff, 2025[14]).

A proteção financeira permanece estratificada

A proteção contra riscos financeiros melhorou em algumas partes da região, mas continua desigual e, muitas vezes, regressiva. Em 2019, quase 8% da população das Américas incorreu em gastos catastróficos com saúde, com taxas de gastos catastróficos de dois dígitos em alguns países. Os gastos diretos (out-of-pocket, OOP) – frequentemente impulsionados pelos gastos com medicamentos – diminuíram como parcela do total dos gastos com saúde desde 2000, mas ainda representam cerca de um terço dos gastos com saúde na região, deixando os agregados familiares expostos a dificuldades financeiras quando cuidados são necessários (ver os indicadores "Financiamento dos cuidados de saúde a partir das despesas diretas dos agregados familiares" e "Proteção financeira" no Capítulo 6).

As dificuldades financeiras não estão distribuídas uniformemente. Os agregados familiares rurais e os grupos de baixa renda enfrentam riscos maiores de despesas de saúde catastróficas e empobrecedoras; em alguns países, a proporção de agregados familiares rurais empurrados para a pobreza devido aos custos de saúde é várias vezes superior à dos agregados familiares urbanos.

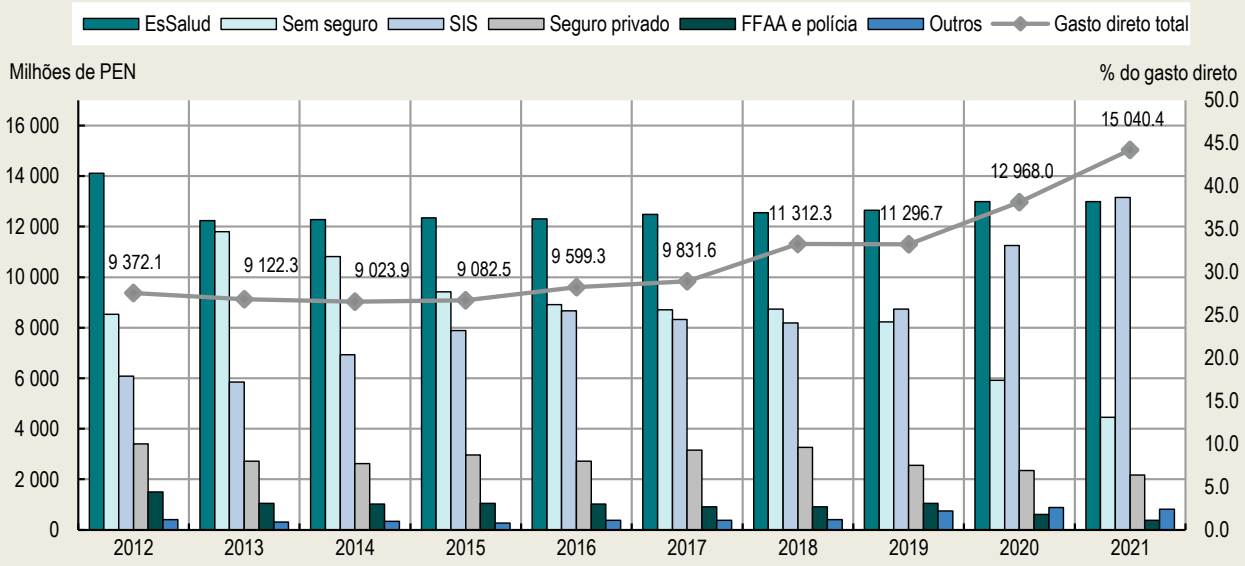
As políticas públicas relativas ao financiamento da saúde influenciam fortemente esses padrões, afetando quem se beneficia. Países como o Peru (ver Caixa 2.1) e o México mantiveram sistemas de saúde segmentados que proporcionam aos trabalhadores do setor formal melhor acesso a cuidados de saúde de maior qualidade do que aqueles que procuram atendimento em unidades administradas pelo governo. Países como o Brasil implementaram reformas para unificar seu sistema de saúde e incorporar todos em um mesmo fundo nacional comum; no entanto, as classes de renda mais alta do país optaram por seguros de saúde privados para obter melhor cobertura e atendimento, segmentando efetivamente o sistema (OECD, 2021[15]). Apenas alguns países, como Chile, Costa Rica, Colômbia e Uruguai, possuem programas que incorporam toda a população em um único sistema com subsídios cruzados; embora, mesmo assim, os benefícios e o acesso variem entre áreas rurais e urbanas e entre pessoas que contribuem para o sistema e aquelas que são totalmente subsidiadas (Roberti et al., 2024[16]). No caso da Colômbia, o sistema está, de fato, estruturado com base em subsídios cruzados e em uma capacidade relevante de arrecadação. No entanto, as desigualdades persistentes não decorrem apenas da cobertura financeira: as barreiras territoriais, particularmente entre áreas urbanas, rurais e rurais dispersas, juntamente com limitações na oferta de serviços, na organização institucional e nas condições diferenciadas de acesso, continuam sendo fatores determinantes. Instrumentos de política recentes vêm buscando enfrentar essas lacunas, incluindo o Plano Nacional de Saúde Rural, avanços na interoperabilidade, mecanismos diferenciados de pagamento, o fortalecimento da produção nacional de medicamentos e projetos de infraestrutura hospitalar pública em áreas rurais.

Caixa 2.1.Segmentação do sistema de saúde e proteção financeira: o caso do Peru

Em 2023, a cobertura de seguro no Peru havia atingido 97% da população. No entanto, a cobertura não se traduz em proteção financeira igualitária. O Seguro Social de Saúde (EsSalud), um regime contributivo que cobre cerca de 26% da população, principalmente trabalhadores do setor formal, oferece benefícios mais amplos do que o Seguro Integral de Saúde (SIS), o regime não contributivo que cobre cerca de 62% da população, em sua maioria grupos pobres e vulneráveis. Os membros da EsSalud têm acesso a uma gama completa de cuidados especializados e de internação, incluindo intervenções de alto custo, sem copagamentos por medicamentos, enquanto o SIS historicamente aplica limites de gastos para serviços de custo mais elevado além do pacote básico. A falta de infraestrutura e a oferta insuficiente de profissionais de saúde restringiram ainda mais o que os afiliados do SIS podem acessar na prática (OECD, 2025[17]).

Em 2022, os pagamentos diretos (out-of-pocket, OOP) representaram 27% do total das despesas de saúde, 1,4 vezes a média da OCDE, apesar de terem diminuído em mais de 20% na década anterior. O Gráfico 2.2 mostra que os afiliados da EsSalud representam a maior parcela dos OOP, em consonância com sua maior utilização de um plano mais abrangente. Em 2021, os afiliados do SIS os haviam ultrapassado ligeiramente, um padrão que reflete pagamentos diretos por serviços cobertos pelo pacote de benefícios, mas não disponíveis nas unidades do SIS. Em outras palavras, o aumento dos OOP entre a população de baixa renda sinaliza uma falha na prestação de cuidados em estabelecimentos públicos, juntamente com mecanismos inadequados de proteção financeira. A tendência indesejada dos gastos diretos do próprio bolso entre os afiliados ao SIS constitui a linha de base para as reformas fiscais atualmente em curso no Peru. O governo está fortalecendo ativamente o FISSAL, fundo destinado à cobertura de tratamentos de alto custo, e aprimorando a cadeia de abastecimento de medicamentos essenciais, a fim de garantir que a cobertura universal se traduza em proteção financeira integral para os grupos mais vulneráveis.

Gráfico 2.2. Despesas diretas por regime de seguros, percentual do total das despesas diretas (%), 2012-2021



Observação: dados de despesas diretas por regime de seguro provenientes da pesquisa ENAHO.
Fonte: OCDE (2025[17]), *OECD Reviews of Health Systems: Peru 2025,* https://doi.org/10.1787/f3ddb6a4-en.

Os governos podem compensar a desigualdade inerente aos sistemas segmentados por meio de subsídios diretos e cruzados adequados. Surpreendentemente, o financiamento público frequentemente flui na direção oposta, favorecendo grupos privilegiados. Programas de seguro público para empregados do setor formal podem apresentar déficits que, em última instância, são reembolsados a partir das receitas gerais. Os governos às vezes respondem às pressões públicas sobre o custo dos cuidados de saúde para grupos de renda mais alta subsidiando seguros privados e a prestação privada (OECD, 2021[15]). Esses padrões mostram como as estruturas de financiamento da saúde podem compensar ou ampliar as desigualdades no acesso a serviços e proteção financeira.

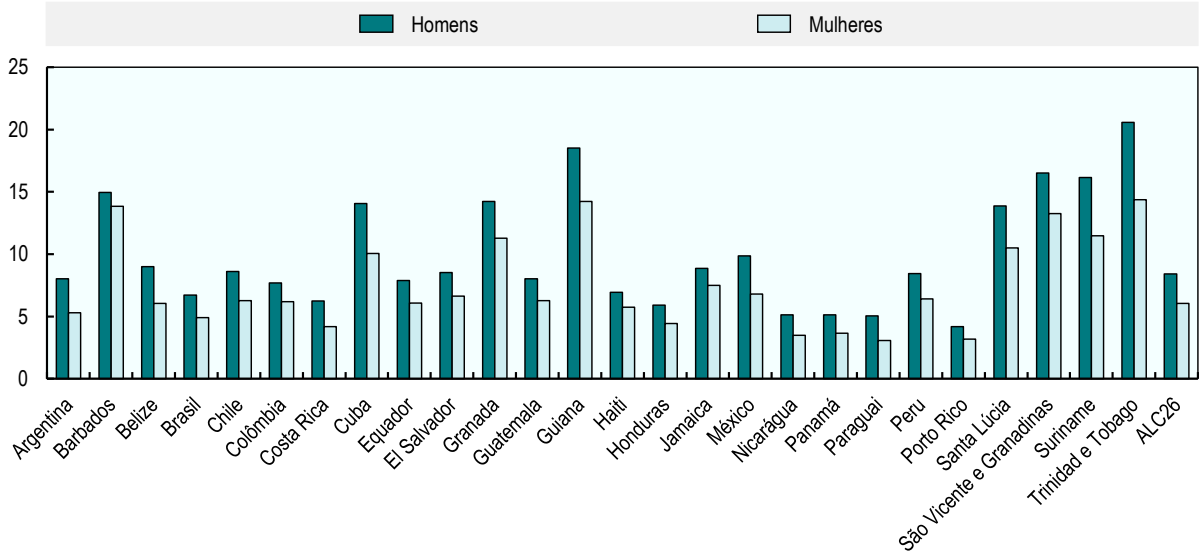
A exposição aos riscos de saúde e riscos climáticos segue fortes gradientes socioeconômicos e territoriais

Em toda a América Latina e no Caribe, a exposição aos riscos de saúde e climáticos é fortemente estratificada segundo linhas socioeconômicas, territoriais e étnicas. As crianças no quintil mais pobre enfrentam taxas de atraso no crescimento que excedem as do quintil mais rico em 30 pontos percentuais ou mais na Bolívia, Guatemala, Honduras e Peru, refletindo profundas desigualdades em nutrição, moradia, segurança alimentar e acesso à água potável e saneamento (ver os indicadores "Desnutrição infantil" e "Água e saneamento" no Capítulo 4). Os agregados familiares rurais relatam consistentemente menor acesso à eletricidade e à infraestrutura básica do que os agregados familiares urbanos, e as populações indígenas costumam ter um acesso sistematicamente menor a serviços melhorados de abastecimento de água e saneamento do que as populações não indígenas. Uma parcela substancial dos moradores urbanos vive em condições de favelas, onde a superlotação e os serviços inadequados agravam os riscos ambientais, infecciosos e relacionados ao clima (Libertun de Duren et al., 2022[18]; PAHO, 2019[19]). Os riscos comportamentais e relacionados a lesões seguem gradientes semelhantes: a prevalência do tabagismo e a mortalidade no trânsito rodoviário são consistentemente mais altas entre os homens do que entre as mulheres, destacando divisões de gênero persistentes na mortalidade evitável. O sobrepeso e a obesidade são comuns em toda a região, mas os padrões variam por sexo e país, frequentemente se cruzando com desigualdades socioeconômicas e territoriais (Bancalari et al., 2024[13]; PAHO, 2019[19]).

A exposição e a vulnerabilidade aos riscos climáticos interagem com a desigualdade social. Bairros com maior vulnerabilidade socioeconômica apresentam sistematicamente maior probabilidade de estar em risco de altas temperaturas, por exemplo, em cidades como Barranquilla, Santiago e Cidade do México (World Bank, 2025[20]). A exposição a inundações segue gradientes sociais igualmente acentuados: os moradores de bairros no quintil mais baixo de escolaridade têm várias vezes mais chances de sofrer inundações do que aqueles no quintil mais alto (Kephart et al., 2025[21]).

O ônus da poluição do ar ambiente reflete os mesmos gradientes territoriais e demográficos (Gráfico 2.3 e Gráfico 2.4). Em 2019, os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs) atribuíveis às partículas em suspensão no ar variaram de menos de 5 por 1.000 habitantes no Paraguai e na Nicarágua a mais de 15 por 1.000 em Trinidad e Tobago e na Guiana, com os homens apresentando um ônus consistentemente maior do que as mulheres em todos os países (Gráfico 2.3). As crianças com menos de 15 anos de idade enfrentaram uma carga persistente e praticamente inalterada de partículas em suspensão no ar ao longo da década, com vários países registrando aumentos (Gráfico 2.4, gráfico da esquerda). Adultos com 65 anos ou mais apresentaram aproximadamente sete vezes mais DALYs por pessoa decorrentes de partículas em suspensão no ar do que as crianças em nível regional, com apenas uma melhora modesta desde 2010 na maioria dos países (Gráfico 2.4, gráfico da direita; ver também o indicador "Riscos ambientais e climáticos" no Capítulo 4).

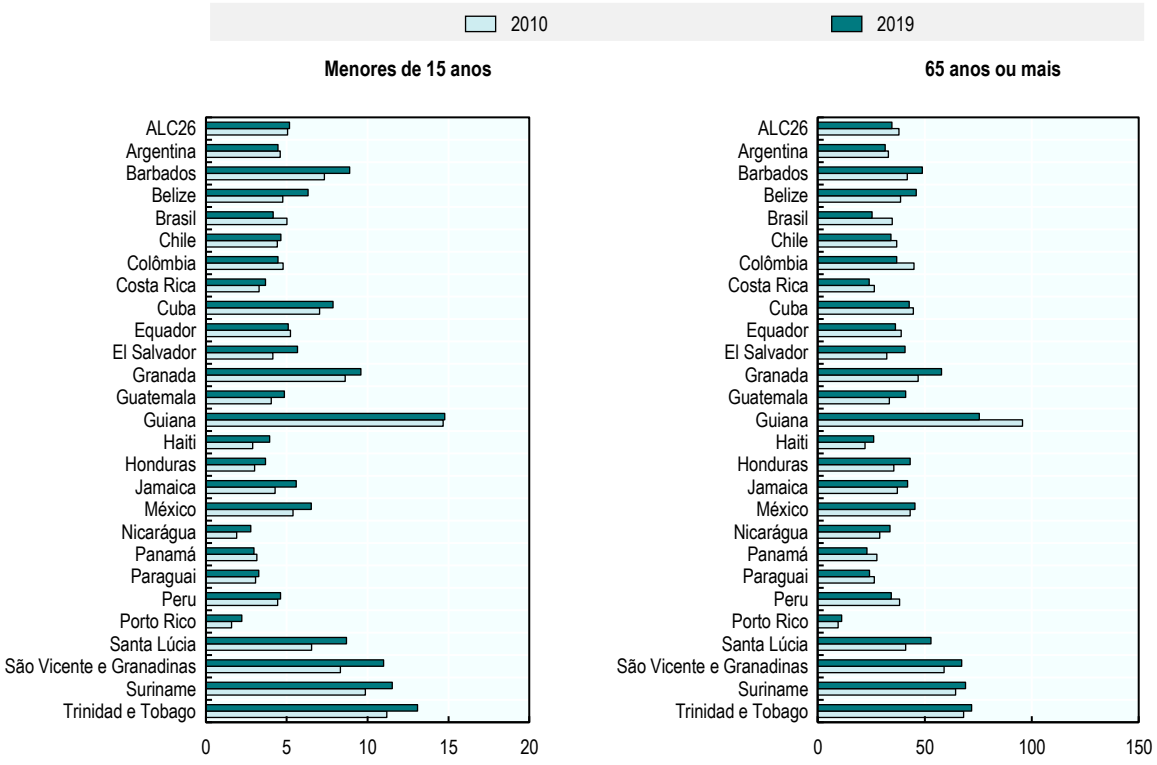
Gráfico 2.3. Anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) atribuíveis às partículas em suspensão no ar por 1.000 habitantes, por sexo, 2019 (ou ano mais recente)



Observações: DALYs atribuíveis às partículas em suspensão no ar (MP 2,5) por 1.000 habitantes, todas as faixas etárias combinadas. ALC = agregado regional da América Latina e do Caribe.
Fonte: Estatísticas Ambientais da OCDE, Mortalidade, morbidade e custos sociais decorrentes da exposição a riscos ambientais (2024).

Gráfico 2.4. Anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) atribuíveis às partículas em suspensão no ar por 1.000 habitantes, por faixa etária

Menores de 15 anos (gráfico da esquerda) e 65 anos ou mais (gráfico da direita), 2019 e 2010



Observações: DALYs atribuíveis às partículas em suspensão no ar (MP 2,5) por 1.000 habitantes menores de 15 anos (gráfico da esquerda) e com 65 anos ou mais (gráfico da direita). ALC = agregado regional da América Latina e do Caribe.
Fonte: Estatísticas Ambientais da OCDE, Mortalidade, morbidade e custos sociais decorrentes da exposição a riscos ambientais (2024).

Os resultados de saúde refletem as desvantagens acumuladas entre os grupos

As diferenças em exposição, acesso, qualidade e proteção financeira se refletem em resultados de saúde desiguais. A mortalidade entre adultos é consistentemente mais alta entre indivíduos com menor escolaridade, com lesões contribuindo desproporcionalmente para o excesso de mortalidade entre adultos mais jovens e doenças não transmissíveis impulsionando disparidades entre coortes mais velhas (Buitrago et al., 2026[22]). As taxas de mortalidade materna variam drasticamente entre os países, de menos de 20 a várias centenas de mortes por 100.000 nascidos vivos. As taxas de mortalidade infantil e de crianças menores de cinco anos são consistentemente mais altas entre as populações indígenas e afrodescendentes e entre as crianças das famílias mais pobres; em vários contextos, a mortalidade de crianças menores de cinco anos entre crianças indígenas excede a das crianças não indígenas em 15 a 35 mortes por 1.000 nascidos vivos – em alguns casos, quase o dobro. As desvantagens na primeira infância se refletem ainda mais em taxas significativamente mais altas de atraso no crescimento infantil e de fertilidade de adolescentes entre meninas de famílias mais pobres (ver os indicadores "Mortalidade materna", "Mortalidade infantil e neonatal" e "Mortalidade de crianças menores de 5 anos" no Capítulo 3).

Essas desigualdades agravaram durante a pandemia. As taxas de mortalidade por condições passíveis de tratamento médico aumentaram aproximadamente o dobro nos estados mais pobres do que nas unidades subnacionais mais ricas, ressaltando como os choques de saúde afetam desproporcionalmente populações já desfavorecidas (Bernal Lara et al., 2023[23]; Pinto, Savedoff and Bauhoff, 2024[24]).

As disparidades também se acentuam quando se considera toda a cadeia de cuidados. Condições crônicas não diagnosticadas e não tratadas concentram-se desproporcionalmente entre grupos de renda e escolaridade mais baixas e, em vários países, entre os homens. Como resultado, as desigualdades nos resultados de saúde refletem não apenas diferenças na prevalência de doenças, mas também lacunas na detecção, na continuidade dos cuidados e no tratamento eficaz – reforçando os gradientes socioeconômicos ao longo da vida.

Como os países da ALC respondem às iniquidades: insights da pesquisa sobre equidade de 2025

No contexto de desigualdades persistentes, esta seção analisa como os países da América Latina e do Caribe estão lidando com as iniquidades em saúde por meio de reformas de políticas e sistemas, tais como arranjos de governança, opções de financiamento, modelos de prestação de serviços, políticas de mão-de-obra e sistemas de informação. Ela também considera a capacidade dos países de identificar, medir e monitorar as desigualdades na assistência à saúde, o que determina se as iniquidades são visíveis e se é possível agir sobre elas. Nosso foco são as principais alavancas funcionais dentro do sistema de saúde e em sua interface com outros setores, e como elas se relacionam com os padrões de desigualdade descritos acima. Através dessas alavancas, os países podem influenciar se as desvantagens existentes são mitigadas ou ampliadas. Esta análise se baseia em uma pesquisa sobre políticas de equidade em saúde realizada junto aos Ministérios da Saúde de 14 países da região: Argentina, Belize, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai e Peru. A pesquisa abrangeu governança, financiamento, mão-de-obra, saúde digital, sistemas de dados e preparação para emergências, e coletou informações sobre a existência e o status de implementação de políticas e arranjos institucionais, sem avaliar se esses marcos legais e políticas se traduzem em ações eficazes e impacto para as populações que enfrentam os maiores obstáculos.

Caixa 2.2. Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre desigualdades e iniquidades nas políticas de saúde

O "Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre desigualdades e iniquidades nas políticas de saúde" foi realizado online entre outubro de 2025 e fevereiro de 2026 com funcionários dos Ministérios da Saúde participantes do Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026. Seis países responderam diretamente à pesquisa: Argentina, Colômbia, Costa Rica, Equador, Paraguai e Peru.

A pesquisa documentou como os países da ALC lidam com as desigualdades em saúde por meio de políticas, governança e práticas operacionais. Ela consistiu em três partes: a Parte I mapeou o contexto de políticas e governança para a equidade, como leis, estratégias e acordos de financiamento. A Parte II analisou os facilitadores operacionais da equidade, como coleta e desagregação de dados, práticas de monitoramento e avaliação e capacidades de saúde digitais. A Parte III explorou áreas transversais e emergentes, incluindo intervenções direcionadas para populações desfavorecidas e ações intersetoriais.

Informações adicionais foram compiladas para República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haiti e Honduras. Para esses países, as informações foram coletadas pela OCDE utilizando fontes públicas e entrevistas com pesquisadores nacionais, em vez de serem coletadas por meio do preenchimento direto da pesquisa por funcionários do Ministério da Saúde. Assim, esses perfis de países têm um status diferente das respostas diretas à pesquisa. Eles refletem, tanto quanto é do conhecimento da Secretaria, as informações publicamente disponíveis mais recentes sobre os temas abordados. A pesquisa e a lista de fontes utilizadas para os perfis dos países coletados pela OCDE são fornecidas no anexo do relatório.

Além disso, foram coletadas informações ad hoc para um pequeno número de países que não participaram da pesquisa, a fim de ilustrar abordagens específicas de política e contextualizar as conclusões comparativas do capítulo. Esse material foi compilado com base em fontes públicas e em informações fornecidas por autoridades nacionais, exclusivamente para fins ilustrativos. Ele não faz parte da base de dados da pesquisa e, portanto, não está refletido nas figuras e tabelas baseadas na pesquisa, que permanecem restritas aos 14 países participantes.

Fonte: Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre desigualdades e iniquidades nas políticas de saúde.

Governança e marcos jurídicos para a equidade

Os países da região incorporaram compromissos de equidade em seus marcos jurídicos por meio de dois instrumentos distintos, que operam com lógicas diferentes e alcançam populações distintas. O primeiro estabelece direitos abrangentes à saúde, geralmente fundamentados em disposições constitucionais, conferindo aos indivíduos o direito de exigir serviços, independentemente de pertencerem a um grupo. Por exemplo, na Colômbia e na Costa Rica, disposições constitucionais têm sido invocadas em processos judiciais para ampliar o acesso a medicamentos e tratamentos que os sistemas públicos haviam restringido. Esses mecanismos judiciais não são necessariamente neutros entre os grupos socioeconômicos, uma vez que tendem a ser utilizados por aqueles que são capazes de navegar pelo sistema jurídico. O segundo instrumento é específico para grupos, quando os governos criam programas voltados para populações específicas, como povos indígenas, comunidades afrodescendentes, migrantes ou pessoas com deficiência. Tais programas operam por meio de direitos diferenciados ou obrigações de prestação de serviços adaptadas, em vez de direitos universais, como na Lei 5469 do Paraguai sobre a saúde dos povos indígenas.

Tabela 2.2 mostra que ambos os instrumentos são utilizados em toda a região. Os instrumentos específicos que operacionalizam esses compromissos incluem, por exemplo, a Constituição da Colômbia de 1991 (Art. 49), a Lei 100 (1993) e o Decreto 858 (2025) como parte de um modelo centrado nas pessoas e no território; a Constituição do Equador de 2008 (Art. 32) e a Ley Orgánica de Salud, juntamente com acordos ministeriais; e a Constituição de Belize e leis setoriais (por exemplo, a Lei de Saúde Pública), além de documentos estratégicos (BHSSP 2025-2034). Vários países também possuem múltiplos instrumentos dentro da mesma categoria (por exemplo, mais de uma referência legal ou regulatória), o que sugere que os compromissos com a equidade são frequentemente ancorados em estruturas jurídicas e administrativas em camadas, em vez de uma única lei. O marco jurídico do Chile ilustra o mesmo padrão em camadas. O direito à proteção da saúde está consagrado na Constituição e é operacionalizado por meio de diversos instrumentos legais e regulatórios que regem a cobertura de saúde pública e privada.

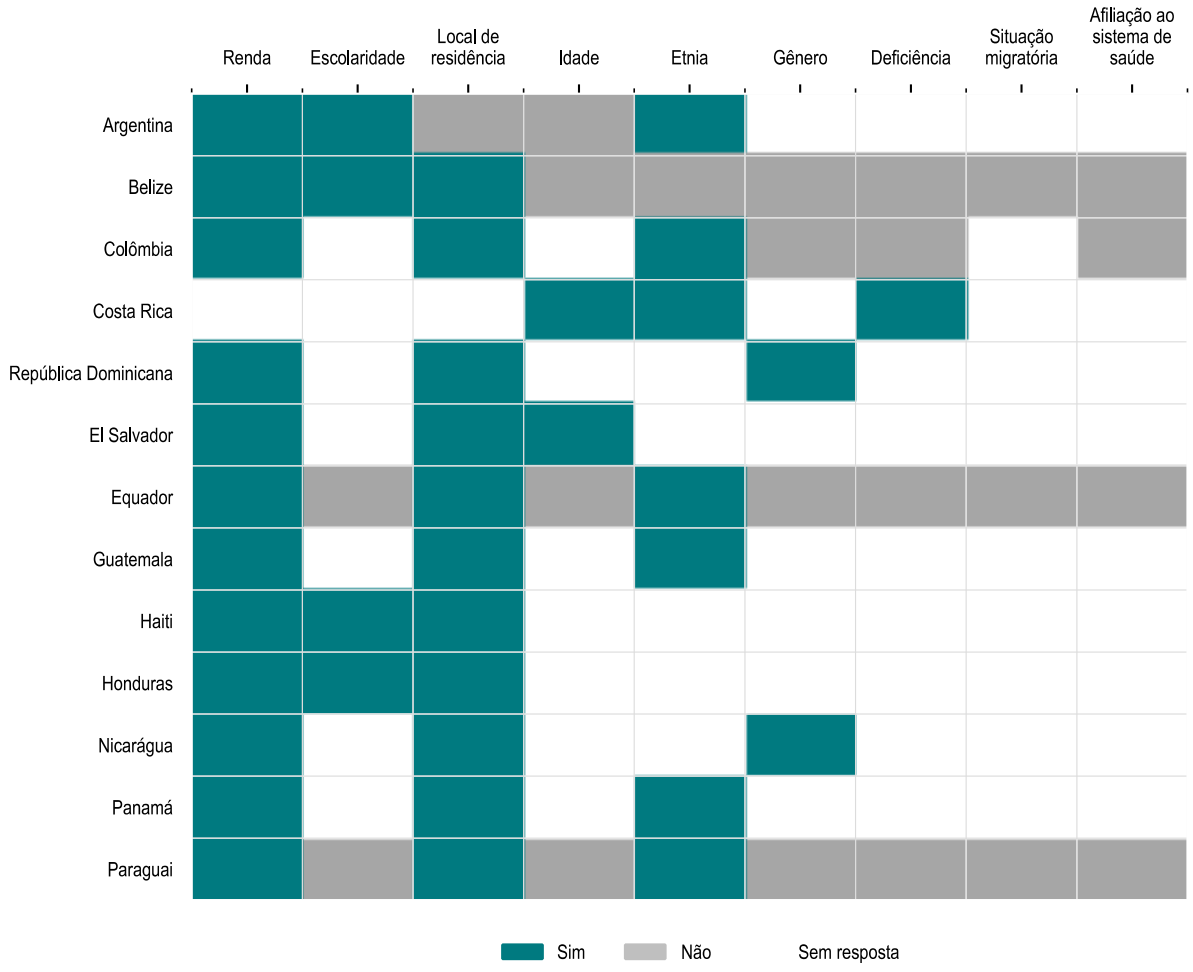
Tabela 2.2. Existência de estratégias nacionais de equidade e mandatos legais

País	Constitucional	Diretriz política	Regulamentação	Lei estatuária
Argentina	✓ (1994)	✓ (2015)	✓ (2023)	✓ (2009)
Belize	✓	✓	✓	✓
Colômbia	✓ (1991)	✓ (2022)	✓ (2025)	✓ (1993)
Costa Rica	✓ (1949)	✓ (2023)	✓ (1973)	✓ (1973)
El Salvador	✓ (1983)	✓ (2015)	✓ (2016)	✓ (2019)
Equador	✓ (2008)	✓ (2022)	✓ (2023)	✓ (2007)
Guatemala	✓ (1985)	✓ (2015)	✓ (2019)	✓ (1997)
Haiti	✓ (2012)	✓ (2021)	✓ (2005)	
Honduras	✓ (1982)	✓ (2013)	✓ (2014)	✓ (1991)
Nicarágua	✓ (1987)	✓ (2015)	✓ (2003)	✓ (2002)
Panamá	✓ (2004)	✓ (2016)	✓ (1999)	✓ (1947)
Paraguai	✓ (1992)	✓ (2024)	✓ (1992)	✓ (2010)
Peru	✓ (1998)	✓ (2020)		✓ (2015)
República Dominicana	✓ (2010)	✓ (2023)	✓	✓ (2001)

Observações: as células apresentam uma marca de verificação e, quando disponível, o ano mais recente relatado para o instrumento jurídico. Células vazias significam que nenhuma resposta foi relatada na pesquisa. Os anos são provenientes da pesquisa e podem refletir atualizações ou emendas, em vez do ano de primeira adoção.

O Gráfico 2.5 destaca quais grupos populacionais os países identificam como aqueles que enfrentam as maiores desigualdades em saúde. Entre os 13 países que forneceram uma classificação, a renda é o fator mais consistentemente priorizado (12 países), seguido pelo local de residência (11 países). A etnia é priorizada em cerca de metade dos países (7), enquanto o gênero raramente é priorizado (2). A Colômbia associa as desigualdades à pobreza persistente e às lacunas na proteção financeira, juntamente com barreiras para grupos étnicos, incluindo fraca articulação com a medicina tradicional e restrições de infraestrutura e mão de obra em áreas rurais dispersas. Belize destaca a proteção social limitada e a vulnerabilidade rural a choques. O Paraguai aponta barreiras à proteção financeira para grupos de baixa renda; disponibilidade desigual de serviços fora das áreas urbanas; e barreiras de idioma e distância que afetam as comunidades étnicas. O Haiti e Honduras identificaram a educação, associando-a à alfabetização em saúde e ao uso de serviços. O gênero aparece apenas na República Dominicana e na Nicarágua, onde é enquadrado por meio da saúde materna e reprodutiva e dos riscos baseados no gênero. A Costa Rica é o único país que identifica a deficiência entre as três principais desigualdades, relacionada a barreiras estruturais (por exemplo, restrições de transporte e acesso).

Gráfico 2.5. Grupos populacionais identificados pelos países como os que enfrentam as maiores desigualdades

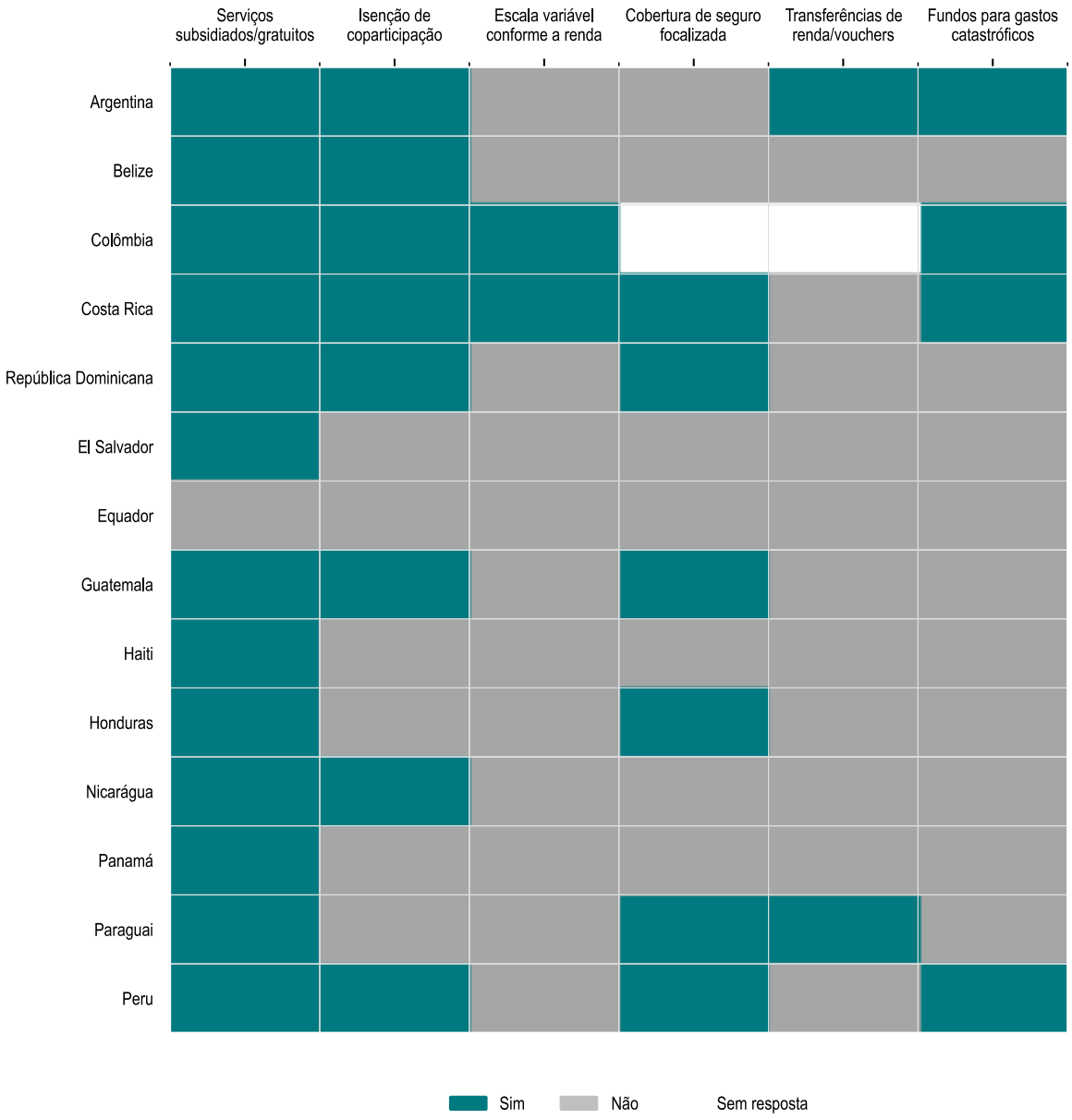


Observações: as células indicam se cada grupo populacional foi classificado entre os três principais grupos que enfrentam as maiores desigualdades em saúde. "Sim" significa que o grupo aparece entre os três principais do país. "Não" significa que o país forneceu uma lista dos três principais, mas não classificou esse grupo entre os três principais; no entanto, ele ainda pode ser relatado como enfrentando desigualdades. "Sem resposta" significa que não foi dada qualquer resposta.
Fonte: Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre desigualdades e iniquidades nas políticas de saúde.

Políticas de financiamento para a equidade

O Gráfico 2.6 mostra os mecanismos de financiamento que os países utilizam para reduzir as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. Nos 14 países, os serviços subsidiados ou gratuitos são quase universais (13 de 14).

Gráfico 2.6. Mecanismos de financiamento sensíveis à equidade



Observações: as células indicam se cada mecanismo de financiamento foi relatado. "Sim" significa que o mecanismo está em vigor; "Não" significa que foi explicitamente relatado como não estando em vigor; "Sem resposta" significa que não foi relatado na pesquisa.
Fonte: Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre desigualdades e iniquidades nas políticas de saúde.

Isenções de copagamento também são comuns (8 de 14), enquanto a cobertura de seguro direcionada é relatada por seis países. Em contrapartida, fundos para despesas catastróficas são relatados por quatro países, e tanto taxas com escala móvel baseadas na renda quanto transferências monetárias ou vouchers são relatados por apenas dois países cada. Esse uso limitado de fundos para despesas catastróficas e de apoio direto à renda na amostra de 14 países é notável à luz de evidências mais amplas da OCDE que mostram que os gastos diretos continuam sendo uma importante fonte de dificuldades financeiras, particularmente para as famílias mais pobres (ver Caixa 2.3).

Caixa 2.3. Gastos diretos e dificuldades financeiras nos países da OCDE

A proteção financeira continua sendo uma questão importante de equidade nos sistemas de saúde da OCDE. Em 2023, os agregados familiares nos países da OCDE gastaram, em média, 3,2% do consumo total da família em bens e serviços de saúde, mas o ônus variou amplamente: ficou abaixo de 2% na Polônia, Luxemburgo, Colômbia e Turquia, e acima de 5% na Suíça, Coreia e Chile. Em toda a OCDE, a maior componente dos gastos diretos foi a de medicamentos e outros produtos médicos (41%), seguida pelos cuidados ambulatoriais (22%), cuidados dentários (16%) e cuidados continuados (13%).

A incidência de gastos catastróficos com saúde também difere significativamente entre os países. Ela afeta menos de 2% dos agregados familiares na Suécia, Eslovênia, Reino Unido, Irlanda e Países Baixos, mas mais de 10% na Lituânia, Letônia e Hungria. Em todos os países, as famílias mais pobres são as mais expostas. Os dados da OCDE sugerem que a redução das dificuldades financeiras depende não apenas de uma menor dependência de pagamentos diretos, mas também de como a cobertura é projetada: países com proteção mais sólida tendem a utilizar isenções de copagamento para grupos de baixa renda, limites anuais para pagamentos e cobertura mais abrangente dos cuidados primários. Portugal é citado como um exemplo em que a eliminação de taxas fixas para cuidados primários e serviços prescritos pelo sistema público pode ter ajudado a reduzir os gastos catastróficos nos últimos anos.

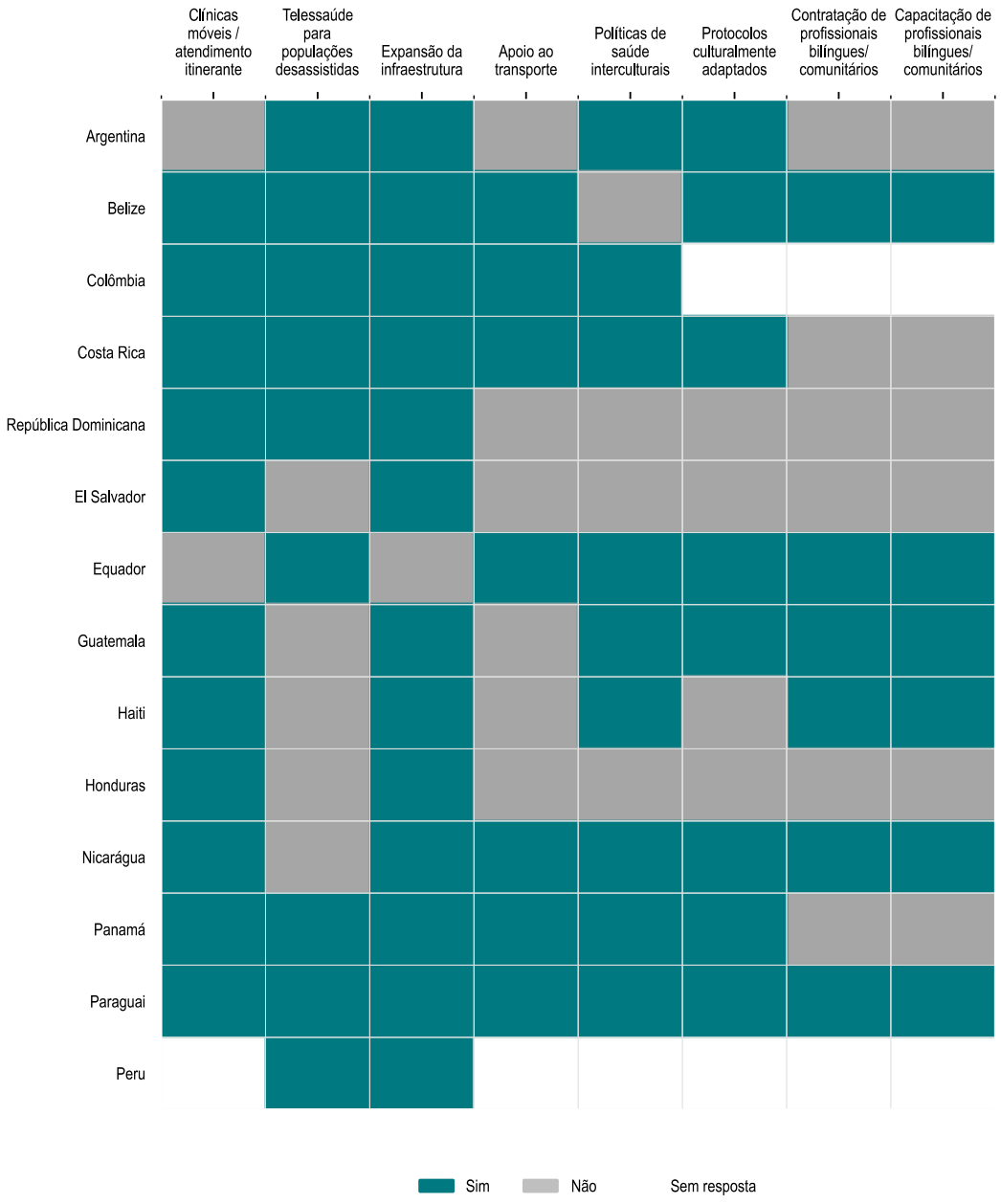
Fonte: Capítulo 5 da OCDE (2025[25]), *Panorama da saúde 2025: indicadores da OCDE*, https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en.

Os países com assistência subsidiada tendem a implementar essa política por meio de um regime de seguro subsidiado ou por meio de prestação pública gratuita que visa eliminar barreiras financeiras para grupos de baixa renda. A Costa Rica descreve o "Seguro por el Estado" ("Seguro do Estado") como o canal para segurar pessoas que não possuem renda suficiente, enquanto a Colômbia oferece um pacote de seguro subsidiado para pessoas que atendem a um critério de elegibilidade baseado na pobreza (SISBEN). Isenções de copagamento são normalmente oferecidas como proteções para grupos vulneráveis específicos ou serviços prioritários e parecem reduzir barreiras no ponto de atendimento dentro de estruturas de benefícios que, de outra forma, seriam padrão. Por exemplo, a Colômbia relata isenções no regime subsidiado, com isenções adicionais para grupos vulneráveis específicos (por exemplo, vítimas de conflitos internos e pessoas com certificados de deficiência). Belize não relata taxas diretas de usuário para serviços cobertos pelo programa de Seguro Nacional de Saúde nas regiões participantes e informa que também concede isenções para pacientes carentes e emergências. Quando os países relatam mecanismos para reduzir gastos catastróficos com saúde, tendem a se referir a arranjos específicos para condições de alto custo. O Peru, por exemplo, observa que possui um fundo especializado para doenças onerosas (FISSAL), além da cobertura de seguro subsidiada. Por fim, os poucos casos que relatam transferências ou vouchers (Argentina e Paraguai) indicam uma via complementar para a proteção financeira, utilizando o apoio à renda para facilitar o acesso, em vez de depender apenas da redução das taxas de utilização dentro do sistema de saúde. No Paraguai, isso está vinculado ao Tekoporã (transferência monetária para famílias em situação de pobreza), descrito como ajudando indiretamente a mitigar os gastos relacionados à saúde. O Chile, identificado no Quadro 2.3 entre os países com gastos diretos do próprio bolso comparativamente elevados, ilustra como esses países vêm, ainda assim, fortalecendo mecanismos de financiamento sensíveis à equidade. Entre as medidas recentes estão a eliminação dos copagamentos na prestação pública de serviços de saúde (Copago Cero), a garantia de proteção financeira incorporada ao regime de Garantias Explícitas em Saúde e os programas destinados a reduzir os preços dos medicamentos.

Acesso e prestação de serviços

As políticas destinadas a alcançar populações carentes são amplamente relatadas, com ênfase especial na ampliação da disponibilidade de serviços. A expansão da infraestrutura é quase universal (13 de 14 países) e as clínicas móveis ou ações de extensão também são comuns (11 de 14), enquanto as políticas de telemedicina e de saúde intercultural são relatadas por 9 de 14 países (Gráfico 2.7). Em contrapartida, medidas que fortalecem a capacidade de prestação de serviços culturalmente adequada e reduzem as barreiras práticas de acesso são relatadas com menos frequência. O apoio ao transporte é relatado por 7 dos 14, e o recrutamento e treinamento de pessoal bilíngue ou funcionários comunitários são relatados por 6 dos 14. A Colômbia vincula o acesso rural e a telemedicina a instrumentos nacionais recentes, incluindo o Plan Nacional de Salud Rural (Decreto 351 de 2025) e a estrutura nacional de Telesalud (Lei 1 419 de 2010). Belize descreve clínicas móveis e equipes de extensão prestando cuidados primários e vacinação em aldeias de difícil acesso (incluindo comunidades maias) e iniciativas de telemedicina em clínicas rurais. O Paraguai fornece exemplos concretos, como uma clínica de saúde móvel que atende várias comunidades indígenas (Lei Nº 5469/2015 sobre a Saúde dos Povos Indígenas). A Nicarágua estrutura a assistência comunitária por meio do Modelo de Saúde Familiar e Comunitária (MOSAFC), organizado por meio de redes territoriais (SILAIS) e brigadas comunitárias. A República Dominicana enfatiza o fortalecimento das redes territoriais e a descentralização no âmbito do SNS, e vincula os planos de transformação digital (PLANDES 2030) à redução das barreiras geográficas de acesso.

Gráfico 2.7. Políticas para alcançar populações carentes



Observações: as células indicam se cada política para alcançar populações carentes foi relatada. "Sim" significa que a política está em vigor; "Não" significa que foi explicitamente relatado que não está em vigor; embora possam existir planos para uma integração futura.
Fonte: Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre desigualdades e iniquidades nas políticas de saúde.

Distribuição da força de trabalho e atendimento culturalmente adequado

Um fator determinante para garantir o acesso efetivo aos serviços de saúde é a localização dos profissionais médicos em relação à população. Para alcançar uma distribuição equitativa da força de trabalho da saúde, os países relatam que utilizam estratégias de distribuição geográfica com mais frequência do que estratégias de retenção rural. O estado de implementação dessas iniciativas também varia amplamente (Tabela 2.3). Entre os países que relataram o status das políticas, a distribuição geográfica é mais frequentemente descrita como parcialmente implementada (4 países), seguida por "em desenvolvimento"" (2), "ativamente implementada" (2) e "sem estratégia" (2). Para programas destinados a melhorar a retenção da força de trabalho em áreas rurais, o padrão dominante é "sem estratégia" (6 países), com um número menor relatando "em desenvolvimento" (2) ou "implementação parcial" (2). Equador, Nicarágua e Haiti estão entre os poucos que relatam uma estratégia de distribuição

geográfica ativamente implementada. O Paraguai relata implementação parcial tanto para a distribuição quanto para a retenção rural, sugerindo uma abordagem mais coerente em relação à força de trabalho, mesmo que não totalmente implementada. Em contrapartida, Guatemala e Panamá relatam que não possuem nenhuma dessas estratégias, e a Colômbia relata uma estratégia de distribuição em desenvolvimento sem uma estratégia de retenção rural, refletindo uma lacuna comum entre o planejamento para a distribuição e a retenção de pessoal nas áreas rurais.

Embora poucos países tenham relatado estratégias formais de retenção rural nessa pesquisa, isso pode subestimar a gama de medidas realmente em uso. Uma análise separada de seis países da região constatou que a Colômbia, a Costa Rica, a Jamaica, o Panamá e o Peru haviam introduzido incentivos financeiros para serviços em áreas rurais e remotas, recrutamento local e abordagens que fortalecem competências interculturais e orientadas para a comunidade entre os profissionais de saúde (Carpio and Santiago Bench, 2015[26]). Isso sugere que algumas medidas relacionadas à força de trabalho podem existir sem serem formalizadas ou relatadas na pesquisa como estratégias nacionais explícitas de equidade.

Tabela 2.3. Existência de estratégias de distribuição e retenção rural

País	Estratégia de distribuição geográfica	Estratégia de retenção rural
Argentina		
Belize	✓ Em desenvolvimento	✓ Em desenvolvimento
Colômbia	✓ Em desenvolvimento	Sem estratégia
Costa Rica	✓	Sem estratégia
El Salvador	✓ Existe, implementação parcial	Sem estratégia
Equador	✓ Existe, implementada ativamente	✓ Em desenvolvimento
Guatemala	Sem estratégia	Sem estratégia
Haiti	✓ Implementada ativamente	✓ Em desenvolvimento
Honduras	✓ Existe, implementação parcial	Sem estratégia
Nicarágua	✓ Implementada ativamente	Sem estratégia
Panamá	Sem estratégia	Sem estratégia
Paraguai	✓ Existe, implementação parcial	✓ Existe, implementação parcial
Peru		
República Dominicana	✓ Existe, implementação parcial	✓ Em desenvolvimento

Observações: as células indicam se os países relataram uma estratégia nacional sobre distribuição geográfica e retenção rural de profissionais de saúde e, quando fornecido, o status de implementação relatado. "Sem estratégia" indica que o país informou que nenhuma estratégia está em vigor. Uma marca de verificação (✓) sem status indica que uma estratégia foi relatada, mas nenhuma categoria de status foi selecionada. Células vazias significam que nenhuma resposta foi relatada na pesquisa.
Fonte: Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre desigualdades e iniquidades nas políticas de saúde.

Sistemas de dados, monitoramento e relatórios de equidade

Produção de dados: infraestrutura digital e sistemas de informação em saúde

O Gráfico 2.8 mostra que políticas de inclusão digital para ajudar grupos vulneráveis não são comuns. Apenas quatro países relatam pelo menos uma medida de inclusão (entre conectividade subsidiada, dispositivos/quiosques, pontos de acesso comunitários ou alfabetização digital). O Peru relata o uso de todas as medidas de inclusão digital mencionadas por meio de regulamentações recentes de telecomunicações, fornecimento de quiosques e equipamentos de TI para apoiar prontuários eletrônicos, ampliação do acesso por meio da Rede Nacional de Telemedicina e integração de 29 Centros Comunitários de Saúde Mental (CSMC) a essa rede de telemedicina. O Paraguai relatou que possui iniciativas de acesso comunitário e alfabetização digital direcionada a mulheres rurais e indígenas (por exemplo, o programa "Nanum, mujeres conectadas"). A Costa Rica criou um Escritório Virtual no Ministério da Saúde, conduziu um projeto-piloto de quiosques em áreas de saúde e elaborou um decreto de teleconsulta para regulamentar o uso pela população, juntamente com ações iniciais de apoio à alfabetização digital.

Gráfico 2.8. Políticas de inclusão digital para grupos vulneráveis



Observações: as células indicam se os países mencionaram medidas específicas de inclusão digital para grupos vulneráveis na pesquisa. "Sim" lista os países que relataram a medida; "Não" indica que a medida foi explicitamente relatada como não estando em vigor; "Sem resposta" indica que não foi relatada.
Fonte: Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre desigualdades e iniquidades nas políticas de saúde.

Embora todos os países relatem a coleta de dados sociodemográficos úteis para medir a desigualdade, a desagregação de rotina em termos de equidade é relatada apenas por cinco países (Argentina, Costa Rica, República Dominicana, Equador e Guatemala). Além disso, a interoperabilidade dos sistemas de dados entre os sistemas públicos, privados ou subnacionais também é desigual (Gráfico 2.9; ver o indicador "Disponibilidade de dados de saúde" no Capítulo 5). A Costa Rica baseia seu sistema no EDUS (Expediente Digital Único en Salud) e relata a produção rotineira de resultados desagregados por meio da unidade de estatística da CCSS. O Paraguai descreve seus sistemas de informação em saúde (SIS) como a espinha dorsal para relatórios de serviços de rotina, mas observa que possui cobertura geográfica incompleta e carece de interoperabilidade. O Equador relata que possui sistemas de dados mais centralizados no nível dos cuidados primários e arranjos de dados mais descentralizados para atendimento hospitalar. O Chile relata investimentos recentes em sua infraestrutura de informação em saúde relevantes para o monitoramento orientado para a equidade, incluindo a implementação, em 2024, de uma plataforma de código aberto para a coleta, análise e divulgação de dados de saúde, bem como a adoção, em 2025, de um padrão de interoperabilidade destinado a vincular registros entre diferentes sistemas e apoiar um prontuário clínico compartilhado.

Gráfico 2.9. Sistemas de prontuário eletrônico do paciente (PEP) e sistemas de informação em saúde (SIS)



Observações: as células indicam se os países mencionaram características selecionadas de PEP/SIS na pesquisa. "Sim" lista os países que relataram a característica; "Não" indica que foi explicitamente relatada como não estando em vigor; "Sem resposta" indica que não foi relatada.
Fonte: Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre desigualdades e iniquidades nas políticas de saúde.

Ao coletar dados, apenas três países relatam a coleta rotineira de informações em uma ampla gama de categorias: Costa Rica, Equador e Argentina (Gráfico 2.10). Entre os demais países, a Guatemala é o único que coleta explicitamente informações sobre etnia. Vários países relataram que coletam apenas campos administrativos padrão (sexo, idade e local de residência) ou incluem, além disso, uma ou duas outras categorias relacionadas à equidade.

Países como Honduras e Haiti não selecionaram grupos populacionais específicos na resposta estruturada da pesquisa, mas forneceram informações contextuais por meio de respostas abertas. Honduras informou que suas plataformas de vigilância (ESAVI/EVADIE) normalmente registram idade e sexo, mas observa documentação limitada sobre campos sociodemográficos mais amplos ou padrões de interoperabilidade; e o Haiti descreve de forma semelhante o registro rotineiro de idade, sexo e localização geográfica para vigilância e notificação, mas não há registro rotineiro de variáveis como renda, escolaridade, deficiência ou afiliação a planos de saúde nos documentos analisados.

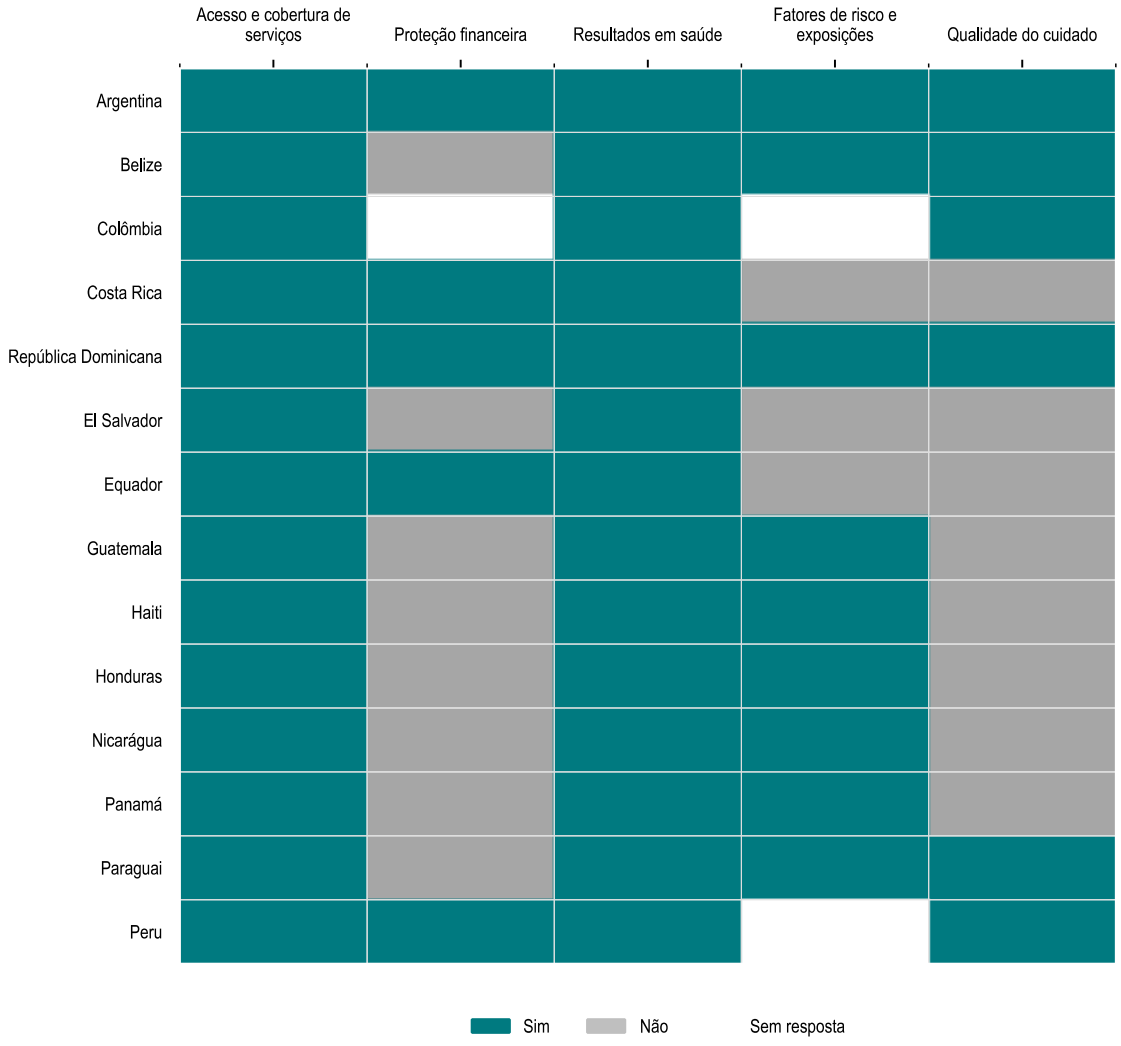
Gráfico 2.10. Sistemas de PEP/SIS que capturam estratificações sociais



Observações: as células resumem quais grupos populacionais são relatados como capturados nos sistemas PEP/SIS. Os países relataram os grupos populacionais nas funcionalidades dos sistemas PEP/SIS; células em branco indicam que a informação não foi relatada.
Fonte: Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre desigualdades e iniquidades nas políticas de saúde.

O Gráfico 2.11 mostra que todos os países pesquisados coletam informações desagregadas sobre acesso e cobertura de serviços e resultados de saúde, enquanto a coleta de dados é mais desigual para fatores de risco (10 países), qualidade do atendimento (6 países) e proteção financeira (5 países). A Argentina vincula a desagregação a uma combinação de monitoramento de programas e sistemas de informação setoriais, incluindo o SITAM. A Colômbia descreve a produção nacional de indicadores desagregados para acesso e resultados, e observa que o monitoramento da qualidade está intimamente ligado às avaliações do desempenho do EPS e aos instrumentos regulatórios relacionados, em vez de estar sistematicamente incorporado nos relatórios de indicadores desagregados de rotina em todos os domínios. A Costa Rica destaca o EDUS e a função estatística da CCSS como a espinha dorsal da desagregação de rotina e observa que algumas métricas de equidade são derivadas de dados dos agregados familiares. O Paraguai baseia os dados desagregados no SIS nacional, onde os indicadores são gerados principalmente a partir de registros de serviços das unidades (por exemplo, consultas), e observa que a cobertura incompleta e a interoperabilidade limitam uma desagregação de rotina mais ampla. A República Dominicana faz referência à produção de indicadores no âmbito do PLANDES 2030, enquanto Honduras e Haiti descrevem uma coleta de dados organizada em grande parte em torno de desagregações administrativas padrão (idade, sexo e território), com documentação mais limitada da desagregação de rotina para estratificações de equidade mais amplas (por exemplo, etnia, renda e deficiência ou situação migratória).

Gráfico 2.11. Disponibilidade de indicadores desagregados por domínio

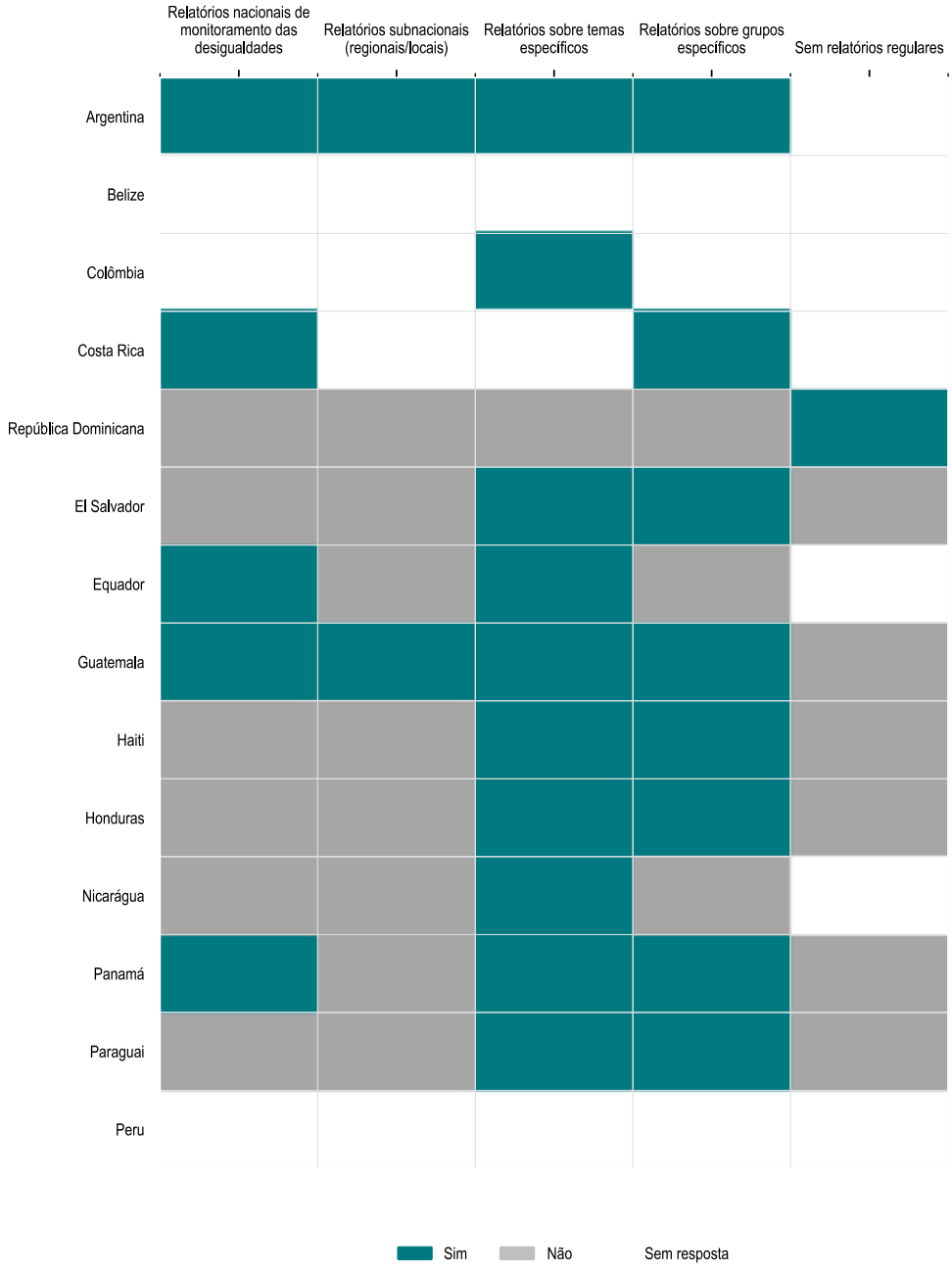


Observações: as células indicam se os países relataram ter indicadores desagregados disponíveis para cada domínio de monitoramento. "Sim" significa que o país relatou desagregação nesse domínio; "Não" significa que o país declarou não ter; "Sem resposta" significa que não foi relatado na pesquisa. "Sim" pode refletir desagregação produzida a partir de sistemas administrativos e/ou pesquisas domiciliares, dependendo do país.
Fonte: Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre desigualdades e iniquidades nas políticas de saúde.

Uso dos dados: monitoramento e relatórios sobre desigualdades

O Gráfico 2.12 resume se os países relatam a produção de relatórios regulares sobre equidade. Na pesquisa, os relatórios focados em temas específicos são o formato mais comum (10 de 12 países), seguidos pelos relatórios focados em grupos (8 de 12). Em contrapartida, menos países relatam um relatório nacional de monitoramento da desigualdade (5 de 12), e os relatórios subnacionais são raros (2 de 12). O Equador cita um relatório nacional sobre desigualdades ("Informe país sobre desigualdades en salud", 2025) e o utiliza tanto como um produto de monitoramento nacional quanto para fundamentar relatórios focados em temas específicos. O Panamá, de forma semelhante, faz referência a um estudo nacional de equidade (“Estudio Nacional de Equidad en Salud Sostenible”) utilizado para o monitoramento nacional e para a elaboração de relatórios por tema e por grupo. A Argentina apresenta relatórios nacionais e subnacionais, observando que produtos focados em temas são frequentemente produzidos mediante solicitação e que os relatórios focados em grupos são canalizados por meio de instituições como a DNAPSySC e o PNSPI. A Costa Rica relata relatórios focados em grupos e esclarece que o INEC publica principalmente resultados, em vez de emitir relatórios técnicos específicos, enquanto várias instituições (por exemplo, CONAPAM, CONAPDIS, INAMU) produzem relatórios focados em grupos específicos (por exemplo, gênero, idade, rural/urbano e deficiência). O Paraguai relata relatórios focados em temas e grupos e atribui a elaboração de relatórios regulares ao MSPBS, centrados na prestação de contas de rotina sobre resultados de saúde.

Gráfico 2.12. Disponibilidade de relatórios regulares sobre equidade



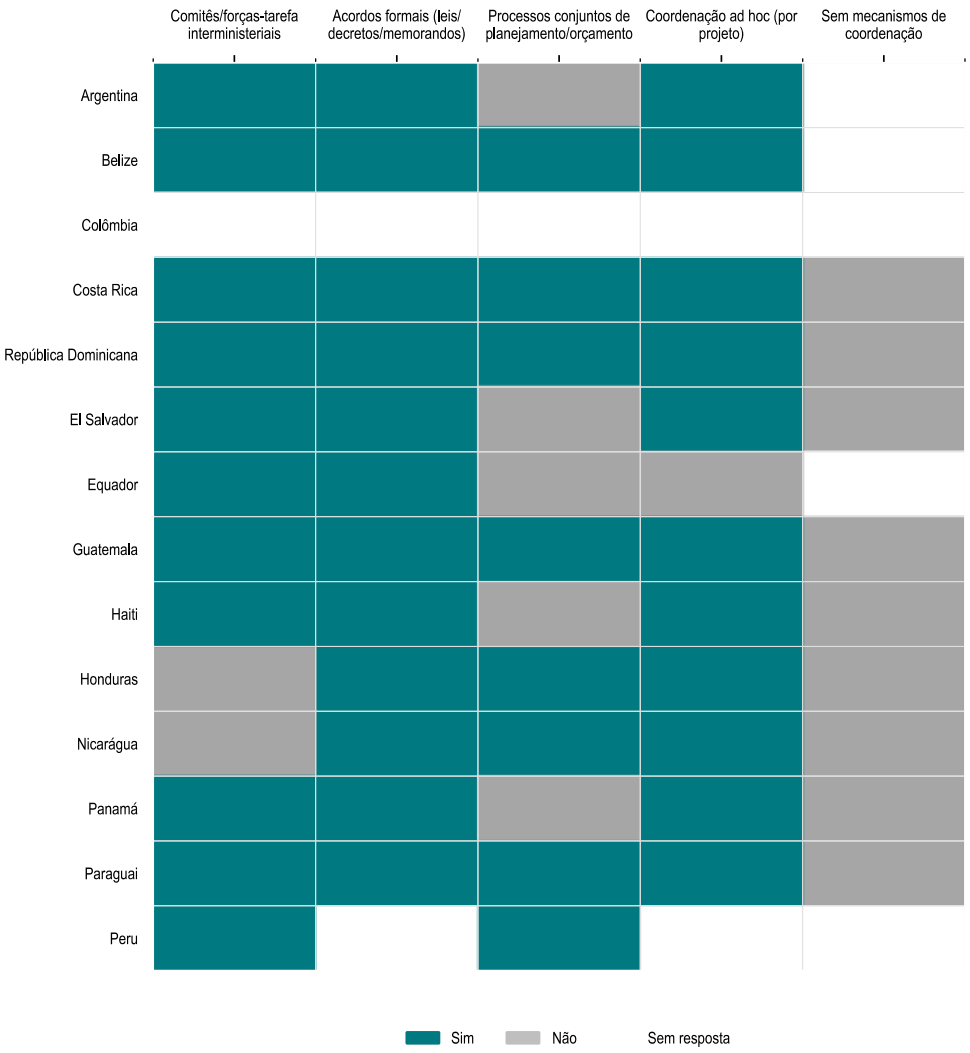
Observações: as células indicam se os países possuem relatórios regulares nacionais ou subnacionais sobre desigualdades em saúde; pelo menos uma vez a cada dois anos, em vez de publicações ad hoc ou pontuais.
Fonte: Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre desigualdades e iniquidades nas políticas de saúde.

Ação intersetorial e determinantes sociais

Todos os países que responderam às perguntas sobre coordenação intersetorial relataram pelo menos dois mecanismos de implementação. Entre os 14 países, 12 relataram acordos formais, 12 relataram comitês ou grupos de trabalho interministeriais, 11 relataram coordenação ad hoc e 9 relataram planejamento/orçamento conjuntos (Gráfico 2.13). No Equador, a ação intersetorial está vinculada a órgãos interinstitucionais específicos, incluindo comitês sobre violência contra as mulheres, saúde materna e neonatal e prevenção da gravidez na adolescência, bem como à coordenação nacional em torno da desnutrição infantil crônica (“Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil”). A Colômbia não relatou um mecanismo específico para a coordenação

intersetorial, mas destacou a ação intersetorial em seu Plano Nacional de Desenvolvimento, enquadrando explicitamente a saúde como articulada com educação, habitação, água potável, saneamento básico, conectividade digital e emprego decente. Na Argentina, a resposta à pesquisa destacou a coordenação ativa entre os níveis nacional e subnacional e observou que a formalização geralmente ocorre por meio de acordos específicos e instrumentos jurídicos (leis, resoluções ou disposições administrativas); também menciona a coordenação com órgãos indígenas e de registro civil para a implementação territorial. A Costa Rica aponta para um único ponto de entrada operacional, sua Unidad de Planificación Sectorial, descrevendo a participação por meio de comissões em várias modalidades de coordenação. O Paraguai relata tanto grupos interministeriais quanto instrumentos formais, citando a coordenação em torno do Sistema de Protección Social e o planejamento conjunto para grandes investimentos (por exemplo, entre o MOPC e o MSPBS), ao mesmo tempo em que e a observando que a coordenação pode permanecer baseada em projetos, em vez de totalmente institucionalizada. O Peru destaca o Consejo Nacional de Salud como um espaço de articulação entre os níveis de governo e a sociedade civil, observando a criação, em setembro de 2024, de uma comissão de trabalho sobre determinantes sociais e o papel dos conselhos subnacionais e comitês distritais na definição de prioridades. A República Dominicana enquadra a ação intersetorial por meio de instrumentos legais e de planejamento formais, enquanto o Haiti vincula a coordenação principalmente ao planejamento multissetorial orientado para situações de emergência (incluindo o planejamento de ações no domínio de riscos e incidentes de segurança e o papel de coordenação do Ministério da Saúde).

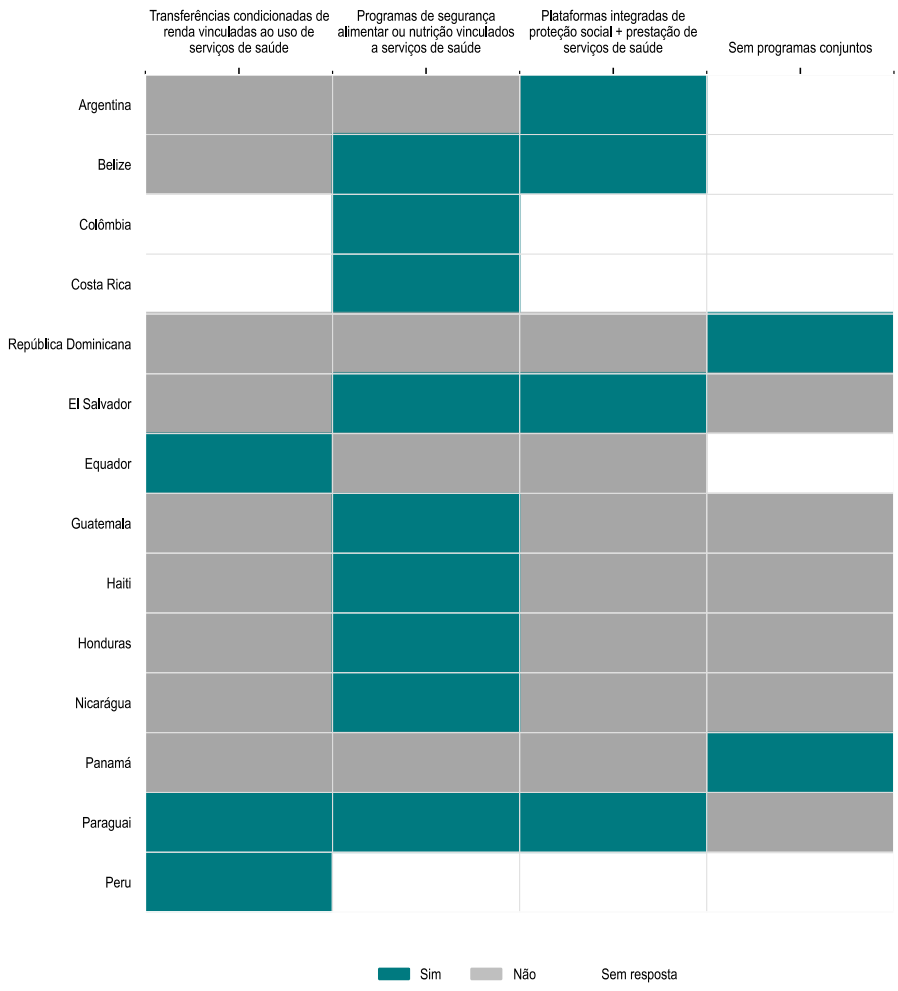
Gráfico 2.13. Mecanismos de coordenação intersetorial



Observações: as células indicam se os países relatam cada tipo de mecanismo de coordenação intersetorial. "Sim" e "Não" refletem a resposta da pesquisa para esse item; "Sem resposta" significa que não foi relatado na pesquisa.
Fonte: Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre desigualdades e iniquidades nas políticas de saúde.

As ligações entre segurança alimentar e nutrição são as mais frequentemente relatadas entre os programas conjuntos (9 de 14 países) que estabelecem uma ligação entre a proteção social e outros setores aos objetivos de saúde, seguidas de transferências monetárias condicionais (5 de 14) e plataformas integradas de prestação de serviços (4 de 14) (Gráfico 2.14). O Paraguai cita o Tekoporã (Ministério do Desenvolvimento Social), descrevendo as condições vinculadas a ações de saúde, como vacinação e cuidados pré-natais, e situa esses esforços no âmbito do Sistema de Proteção Social (SPS); observa também que o trabalho conjunto nem sempre está presente em todas as categorias. O Peru cita o JUNTOS como um programa de transferência condicionada que promove o acesso à saúde, educação e nutrição para famílias pobres, particularmente aquelas com mulheres grávidas e crianças, e destaca o Programa Nacional PAIS, descrito como oferecendo "caravanas" multissetoriais e pacotes de serviços coordenados que incluem saúde, segurança alimentar e acesso a programas sociais por meio de plataformas de serviços. O Equador aponta o "Bono de los 1000 primeros días" como um mecanismo vinculado à nutrição e saúde na primeira infância. A Colômbia vincula a ação conjunta ao Hambre Cero, descrito como uma implementação coordenada entre instituições e regiões, priorizando territórios que enfrentam insegurança alimentar mais grave. A Costa Rica e Belize enquadram a articulação entre nutrição e saúde mais por meio de pacotes de serviços e orientação (por exemplo, orientação alimentar e materiais sobre os primeiros 1.000 dias na Costa Rica; e iniciativas integradas de nutrição e apoio alimentar vinculadas ao acesso a serviços em Belize), em vez de através de instrumentos de transferências monetárias. O Chile fundamenta a ação intersetorial em plataformas de longa data, como o subsistema integrado de proteção à primeira infância Chile Crece Más, anteriormente denominado Chile Crece Contigo, juntamente com estratégias intersetoriais que articulam a saúde com a educação e a proteção social, bem como com medidas regulatórias sobre fatores de risco, como a comercialização, a rotulagem e a publicidade de bebidas alcoólicas.

Gráfico 2.14. Programas conjuntos que vinculam serviços de saúde a programas de proteção social

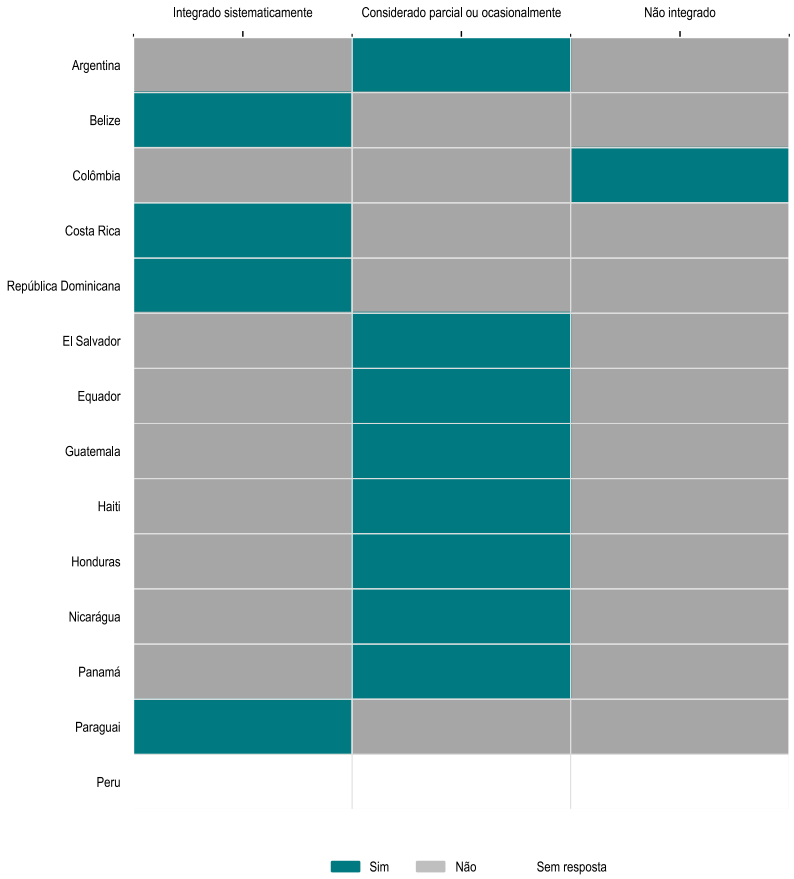


Observações: as células indicam se os países relatam programas intersetoriais conjuntos vinculados à saúde (por exemplo, proteção social, nutrição/segurança alimentar ou plataformas integradas). "Sim" e "Não" refletem a resposta da pesquisa para esse item; "Sem resposta" significa que não foi relatado na pesquisa.
Fonte: Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre desigualdades e iniquidades nas políticas de saúde.

Emergências e preparação para desastres

O Gráfico 2.15 indica que quatro países (Belize, Costa Rica, República Dominicana e Paraguai) relatam que a equidade está sistematicamente integrada ao planejamento de preparação, enquanto oito países (Argentina, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua e Panamá) relatam uma integração mais parcial. Em Belize, o planejamento de emergências é descrito como uma combinação de mapeamento de vulnerabilidades, preparação com base na comunidade e comunicação de riscos direcionada e adaptada a grupos vulneráveis. O Paraguai baseia sua abordagem no Plan Nacional de Respuesta ante Emergencias con Enfoque Multiamenazas, que estabelece um modelo operacional para a resposta do setor de saúde diante de múltiplas ameaças (incluindo inundações, surtos epidêmicos, ondas de calor, secas, incêndios florestais e eventos com múltiplas vítimas). A Costa Rica também relata integração sistemática e aponta explicitamente para a inclusão de grupos vulneráveis específicos, como pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade e populações em territórios remotos (por exemplo, Alto Telire). A República Dominicana, de forma semelhante, relata integração sistemática, descrevendo estruturas de preparação baseadas no risco e focadas na vulnerabilidade. Em contrapartida, o Equador observa que seu Plan de Respuesta Multiamenaza faz referência à equidade em termos gerais, mas não especifica explicitamente grupos populacionais. Entre outros países que relatam integração parcial, a Guatemala e o Panamá enfatizam a vulnerabilidade e as desigualdades territoriais como considerações de planejamento, enquanto Honduras, Haiti e Nicarágua descrevem estruturas de preparação que reconhecem populações vulneráveis, mas fornecem detalhes mais limitados sobre como a equidade é operacionalizada em instrumentos de preparação de rotina. O Peru está atualmente atualizando sua estrutura de preparação para emergências a fim de incorporar o mapeamento de vulnerabilidades e tornar a equidade um pilar central de seus planos de resposta a múltiplas ameaças, com o objetivo de priorizar comunidades marginalizadas durante crises nacionais. O Chile oferece um exemplo relacionado por meio de seu Modelo Chileno de Saúde Mental na Gestão do Risco de Desastres, em vigor desde 2019, que integra a saúde mental e o apoio psicossocial à preparação e à resposta a desastres. O modelo combina coordenação intersetorial, fortalecimento comunitário, apoio às equipes de resposta e assistência direcionada a grupos vulneráveis específicos no âmbito do sistema nacional de resposta a desastres.

Gráfico 2.15. Considerações de equidade nos planos de preparação para emergências e desastres



Observações: as células indicam que a equidade é relatada como integrada aos planos de preparação para emergências e desastres. "Sistematicamente integrada" indica que a equidade é descrita como um elemento de rotina do planejamento de preparação; "Considerada parcialmente ou ocasionalmente" indica que a equidade é mencionada, mas não incorporada de forma consistente nos instrumentos ou na implementação.
Fonte: Panorama da saúde na América Latina e no Caribe 2026: pesquisa sobre desigualdades e iniquidades nas políticas de saúde.

Considerações finais e prioridades de ação

Os países da América Latina e do Caribe construíram marcos de políticas de equidade reconhecíveis, mas a transição do compromisso para a implementação consistente continua sendo o desafio central. A pesquisa documenta uma região onde mandatos legais para a equidade são comuns, serviços subsidiados são generalizados e os países estão expandindo o alcance, a telemedicina e a coordenação intersetorial. Ela também documenta que as condições institucionais necessárias para tornar esses compromissos efetivos ao longo do tempo são frequentemente fracas ou inexistentes: monitoramento consistente de grupos populacionais e alcance territorial sustentado. As desigualdades em saúde na região continuam sendo uma expressão direta de uma desigualdade social mais ampla, e as desvantagens se acumulam ao longo do percurso de atendimento, passando pela prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento, produzindo maiores lacunas nos resultados do que no acesso isoladamente.

A pesquisa aponta para um padrão consistente em todos os domínios de políticas: as respostas mais fortes são aquelas que aumentam a disponibilidade e a acessibilidade dos serviços, enquanto medidas que abordam as condições mais profundas necessárias para tornar os serviços equitativos na prática, como adaptação cultural, retenção da força de trabalho, inclusão digital e monitoramento de rotina dos principais grupos populacionais, são sistematicamente menos desenvolvidas. A atenção à equidade também é mais restrita do que as evidências justificam, focada principalmente nas disparidades de renda e entre áreas rurais e urbanas, com atenção muito menos sistemática à etnia, deficiência, situação migratória e gênero.

As estratégias de acesso priorizam a expansão em detrimento da profundidade. A expansão da infraestrutura é relatada por 13 dos 14 países, a ampliação do alcance por 11 e a telemedicina por 9; no entanto, o apoio ao transporte está disponível em apenas 7, o recrutamento de pessoal bilíngue ou funcionários comunitários em 6 e as políticas de inclusão digital em apenas 4. A distribuição geográfica da força de trabalho da saúde é relatada com mais frequência do que as estratégias de retenção em áreas rurais, e, no que diz respeito à retenção rural, o padrão predominante é a ausência total de estratégias. A saúde digital está avançando mais como uma agenda de modernização do que como uma estratégia de equidade: apenas quatro países relatam pelo menos uma medida concreta para ajudar grupos vulneráveis a superar barreiras relacionadas à conectividade, dispositivos ou alfabetização digital, e a interoperabilidade desigual limita ainda mais se as ferramentas digitais reduzem ou ampliam as lacunas existentes.

Os países estão construindo a arquitetura básica para monitorar o acesso e a cobertura, mas a desagregação para a qualidade do atendimento é relatada por apenas 6 dos 14 países e, para a proteção financeira, por apenas 5. A desagregação de rotina por etnia, deficiência e situação migratória está disponível em apenas um pequeno número de países. Com uma estimativa de 50-75% da mortalidade evitável na região ligada à má qualidade dos cuidados de saúde, em vez da falta de contato, a redução das desigualdades em saúde e assistência médica requer agora a melhoria do conteúdo, da continuidade e do desempenho dos sistemas de saúde, ao mesmo tempo em que se enfrentam os déficits remanescentes no acesso (Kruk et al., 2018[12]).

Prioridades passíveis de ação para a região

Em geral, a região fez progressos importantes em aproximar os serviços e torná-los mais acessíveis, mas tem sido menos consistente em adaptar a prestação aos obstáculos práticos, culturais e organizacionais enfrentados por grupos carentes. Os pontos fortes comuns são reais: amplo reconhecimento legal, expansão da prestação de serviços para populações carentes e crescente ação intersetorial. Os pontos fracos recorrentes são igualmente claros: monitoramento incompleto dos grupos populacionais onde as desigualdades são maiores, retenção insuficiente da força de trabalho em saúde nas áreas rurais e adaptação cultural dos serviços, além de inclusão digital superficial. O progresso na próxima fase depende menos da adoção de iniciativas adicionais de equidade do que de tornar as existentes mais coerentes, mais direcionadas e sujeitas a prestação de contas.

As respostas da pesquisa não abrangem todas as dimensões da equidade em saúde; no entanto, com base no que os países relataram, as disparidades mais consistentes apontam para as seguintes prioridades:

- **Aprofundar as estratégias de acesso para alcançar grupos carentes de forma eficaz.** Os países estabeleceram amplas infraestruturas e ações de divulgação, mas as medidas que abordam as barreiras práticas, culturais e organizacionais que determinam se os serviços são efetivamente utilizados pelas populações mais marginalizadas continuam a ser implementadas de forma menos consistente. A pesquisa captura apenas um subconjunto dessas medidas; no entanto, mesmo essas mostram uma lacuna sistemática entre a disponibilidade e o alcance efetivo.
- **Ampliar o monitoramento para a qualidade do atendimento e a proteção financeira, bem como para os principais grupos populacionais**. Os sistemas de monitoramento que captam o acesso, mas não a qualidade ou a proteção financeira, não conseguem avaliar se as melhorias estão chegando àqueles que mais precisam delas. A desagregação de rotina por etnia, deficiência e situação migratória continua sendo a lacuna de dados mais passível de ação em toda a região.
- **Fortalecer a retenção da força de trabalho rural, paralelamente a distribuição geográfica.** Estratégias de distribuição não resolvem a escassez da força de trabalho em áreas remotas. Os incentivos, os planos de carreira e as condições de trabalho que tornem os postos rurais sustentáveis ao longo do tempo exigem investimento exclusivo.
- **Tratar a inclusão digital como um investimento em equidade.** Os investimentos em saúde digital devem ser acompanhados de medidas concretas de inclusão, como conectividade, dispositivos e alfabetização digital, orientadas

para as populações menos propensas a se beneficiar de outra forma. O programa Nanum do Paraguai e a expansão da telemedicina no Peru ilustram que isso é viável.

- **Levar a coordenação intersetorial dos acordos para a ação conjunta.** Estruturas formais de coordenação são comuns, mas o planejamento e o orçamento conjuntos que são os mecanismos com maior probabilidade de gerar ações sustentáveis sobre os determinantes sociais, continuam sendo a exceção.
- **Integrar a equidade na adaptação climática e na preparação para emergências.** Apenas quatro dos 14 países incorporam a equidade de forma sistemática no planejamento de preparação. Considerando que os choques de saúde ampliam consistentemente as desigualdades existentes, o mapeamento de vulnerabilidades e os planos de resposta direcionados para grupos marginalizados devem ser padrão, não exceção.

Referências

Atun, R. et al. (2015), "Health-system reform and universal health coverage in Latin America", *The Lancet*, Vol. 385/9974, pp. 1230-1247, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61646-9. [2]

Bancalari, A. et al. (2025), "Health inequalities in Latin America and the Caribbean: child, adolescent, reproductive, metabolic syndrome and mental health", *Oxford Open Economics*, Vol. 4/Supplement_1, pp. i77-i121, https://doi.org/10.1093/ooec/odae028. [10]

Bancalari, A. et al. (2024), *Enhancing Maternal and Infant Healthcare in Remote Villages: Experimental Evidence on the Efficacy of Demandand Supply-Side Subsidies Publications*, https://publications.iadb.org/en/publications/english/viewer/Enhancing-Maternal-and-Infant-Healthcare-in-Remote-Villages-Experimental-Evidence-on-the-Efficacy-of-Demandand-Supply-Side-Subsidies.pdf. [13]

Bernal Lara, P. et al. (2023), "Disruption Of Non-COVID-19 Health Care In Latin America During The Pandemic: Effects On Health, Lessons For Policy", *Health Affairs*, Vol. 42/12, pp. 1657-1666, https://doi.org/10.1377/hlthaff.2023.00720. [23]

Buitrago, G. et al. (2026), "Socioeconomic disparities in adult mortality in Latin America", *BMJ Global Health*, Vol. 11/1, https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-018400. [22]

Carpio, C. and N. Santiago Bench (2015), *The Health Workforce in Latin America and the Caribbean: An Analysis of Colombia, Costa Rica, Jamaica, Panama, Peru, and Uruguay*, The World Bank, https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0594-3. [26]

Cotlear, D. et al. (2015), "Overcoming social segregation in health care in Latin America", *The Lancet*, Vol. 385/9974, pp. 1248-1259, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61647-0. [3]

Kephart, J. et al. (2025), "Social disparities in neighborhood flood exposure in 44,698 urban neighborhoods in Latin America", *Nature Cities*, Vol. 2/3, pp. 246-253, https://doi.org/10.1038/s44284-025-00203-3. [21]

Kruk, M. et al. (2018), "High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution", *The Lancet Global Health*, Vol. 6/11, pp. e1196-e1252, https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30386-3. [4]

Kruk, M. et al. (2018), "Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: A systematic analysis of amenable deaths in 137 countries", *The Lancet*, Vol. 392/10160, pp. 2203-2212, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4. [12]

Libertun de Duren, N. (ed.) (2022), *Inclusive Cities: Healthy Cities for All*, Inter-American Development Bank, https://doi.org/10.18235/0004459. [18]

OECD (2025), *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en. [25]

OECD (2025), *OECD Reviews of Health Systems: Peru 2025*, OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/f3ddb6a4-en. [17]

OECD (2021), *OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021*, OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/146d0dea-en. [15]

OECD/The World Bank (2023), *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/532b0e2d-en. [1]

PAHO (2024), *Progress in universal health in the Americas: Addressing unmet healthcare needs, gaps in coverage, and lack of financial protection through primary health care*, Pan American Health Organization, https://doi.org/10.37774/9789275129470. [11]

PAHO (2022), *Health overview. Health in the Americas 2022*, Pan American Health Organization, https://hia.paho.org/en/covid-2022/health. [6]

PAHO (2019), “Commission of the Pan American Health Organization on Equity and Health Inequalities in the Americas. Just Societies: Health Equity and Dignified Lives”, in *Report of the Commission of the Pan American Health Organization on Equity and Health Inequalities in the Americas*, Pan American Health Organization. [19]

Pinto, D., W. Savedoff and S. Bauhoff (2024), “Social Determinants of Health: A Health-Centered Approach to Multi-Sectoral Action”, *Inter-American Development Bank*, https://doi.org/10.18235/0013155. [24]

Roberti, J. et al. (2024), “Inequalities in health system coverage and quality: a cross-sectional survey of four Latin American countries”, *The Lancet Global Health*, Vol. 12/1, pp. e145-e155, https://doi.org/10.1016/s2214-109x(23)00488-6. [16]

Vargas, S., D. Rios-Zertuche and S. Bauhoff (2025), “Changes and heterogeneity in quality-amenable excess mortality in Mexico: A systematic analysis for the years 2012, 2018, and 2021”, *Lancet Regional Health. Americas*, Vol. 45, p. 101061, https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101061. [14]

Wagstaff, A. et al. (2018), “Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study”, *The Lancet Global Health*, Vol. 6/2, pp. e169-e179, https://doi.org/10.1016/s2214-109x(17)30429-1. [5]

WHO (2025), *World report on social determinants of health equity*, World Health Organization, https://iris.who.int/handle/10665/381152. [7]

WHO (2013), *Handbook on health inequality monitoring: With a special focus on low- and middle-income countries*, World Health Organization, https://iris.who.int/handle/10665/85345. [8]

WHO/IBRD (2023), *Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report: Executive summary*, World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, https://iris.who.int/handle/10665/374059. [9]

World Bank (2025), *Unlivable: Confronting Extreme Urban Heat in Latin America and the Caribbean*, World Bank, Washington, DC, https://doi.org/10.1596/43751. [20]

3 Estado de saúde

Expectativa de vida ao nascer

Na região da América Latina e do Caribe (ALC), a expectativa de vida ao nascer continua aumentando em média, apesar do início da crise da COVID-19, impulsionada pela redução constante da mortalidade em todas as idades, e particularmente da mortalidade infantil e na infância em todos os países (ver indicadores "Mortalidade infantil" e "Mortalidade em crianças menores de 5 anos" nas seções seguintes). Esses ganhos em longevidade podem ser atribuídos a vários fatores, incluindo o aumento do padrão de vida, melhor nutrição e melhoria nas instalações de água potável e saneamento (ver o indicador "Água e saneamento" no Capítulo 4). Estilos de vida mais saudáveis, maior escolaridade e maior acesso a serviços de saúde de qualidade também desempenham um papel importante (Raleigh, 2019[1]).

A expectativa de vida ao nascer para toda a população da região da ALC atingiu 74,5 anos em média em 2024, um aumento de 2,4 anos desde 2010. Em comparação, os países da OCDE registraram um aumento de 2,0 anos durante o mesmo período (Gráfico 3.1, gráfico da esquerda). No entanto, persiste uma grande disparidade regional na expectativa de vida ao nascer. Os países com a maior expectativa de vida em 2024 foram o Chile e a Costa Rica, com cerca de 81 anos, seguidos de perto pelo Panamá, com pouco menos de 80 anos. Em contrapartida, dois países da região da ALC apresentaram expectativas de vida totais inferiores a 70 anos (Haiti e Bolívia). No Haiti, uma criança nascida em 2024 pode esperar viver, em média, 65 anos.

As mulheres tendem a viver mais do que os homens (Gráfico 3.1, gráfico da direita), mas o grau dessa disparidade também varia entre os países. Em 2024, a diferença de expectativa de vida entre os sexos era de 6 anos, em média, nos países da ALC33, superior à média dos países da OCDE, de 5,1 anos. A diferença entre os sexos foi particularmente grande em El Salvador, com uma disparidade de mais de 8,5 anos, bem como na Venezuela, em São Cristóvão e Nevis, em Santa Lúcia, nas Bahamas e no Uruguai, com disparidades de sete anos ou mais. As mulheres também apresentam taxas mais elevadas de sobrevivência até os 65 anos (Gráfico 3.2), independentemente da situação econômica do país. Em média, nos países da ALC, 84,1% de uma coorte de recém-nascidas viveriam até os 65 anos, enquanto apenas 74,1% dos recém-nascidos do sexo masculino viveriam até os 65 anos. Apenas na Costa Rica e no Chile, espera-se que mais de 90% das recém-nascidas vivam até os 65 anos, ainda abaixo da média da OCDE de 92%.

Uma renda nacional mais elevada – medida pelo PIB per capita – está geralmente associada a uma maior expectativa de vida ao nascer (Gráfico 3.3). Houve, no entanto, algumas diferenças notáveis na expectativa de vida entre países com renda per capita semelhante. Por exemplo, a Costa Rica e o Chile apresentaram expectativas de vida mais altas, e a Guiana apresentou expectativas de vida mais baixas do que o previsto apenas pelo seu PIB per capita.

Do ponto de vista biológico, a desvantagem dos homens em termos de expectativa de vida pode refletir, em parte, mecanismos biológicos, incluindo diferenças relacionadas aos cromossomos sexuais e aos hormônios, embora esses mecanismos ainda não sejam suficientemente compreendidos (Austad and Fischer, 2016[2]). As diferenças de expectativa de vida entre os sexos também são influenciadas por mecanismos sociais, como a redução da mortalidade materna ao longo do último século, e por fatores comportamentais, já que os homens enfrentam maior exposição a riscos ocupacionais e se envolvem com mais frequência em comportamentos de risco, como tabagismo e consumo de álcool (Hossin, 2021[3]).

Definição e comparabilidade

A expectativa de vida ao nascer é a medida mais conhecida do estado de saúde da população e é frequentemente usada para avaliar o desenvolvimento da saúde de um país. Ela mede quanto tempo, em média, um recém-nascido pode esperar viver se as taxas de mortalidade atuais não mudarem. Como os fatores que afetam a expectativa de vida geralmente mudam lentamente, as variações são melhor avaliadas ao longo de longos períodos de tempo. As taxas de mortalidade específicas por idade são usadas para construir tábuas de vida, das quais se derivam as expectativas de vida. As metodologias que os países utilizam para calcular a expectativa de vida podem variar ligeiramente, levando a diferenças de frações de um ano. Alguns países baseiam suas expectativas de vida em estimativas derivadas de censos e pesquisas, e não no registro preciso de óbitos. A sobrevivência até os 65 anos refere-se à porcentagem de uma coorte de recém-nascidos que sobreviveria até os 65 anos, se sujeita às taxas de mortalidade específicas por idade atuais.

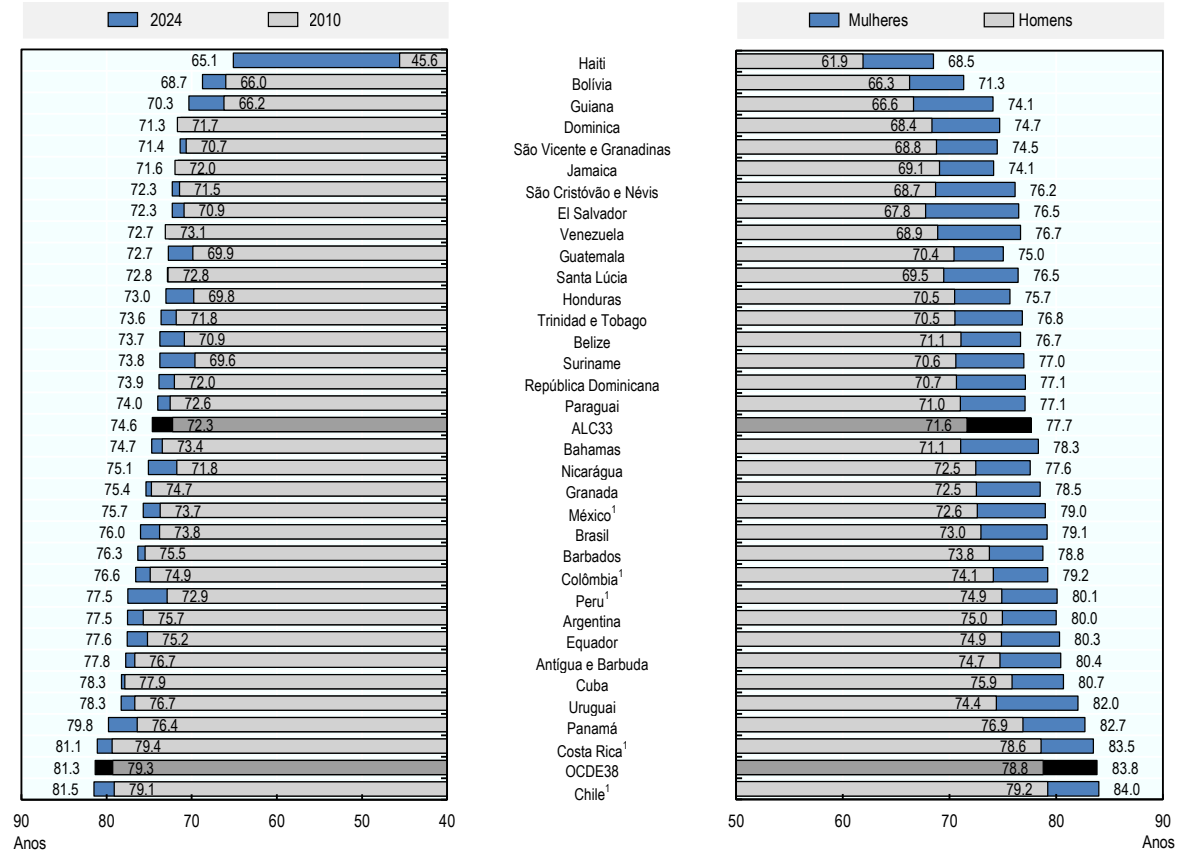
Referências

Austad, S. and K. Fischer (2016), “Sex Differences in Lifespan”, *Cell Metabolism*, Vol. 23/6, pp. 1022-1033, https://doi.org/10.1016/j.cmet.2016.05.019. [2]

Hossin, M. (2021), “The male disadvantage in life expectancy: can we close the gender gap?”, *International Health*, Vol. 13/5, pp. 482-484, https://doi.org/10.1093/inthealth/ihaa106. [3]

Raleigh, V. (2019), “Trends in life expectancy in EU and other OECD countries : Why are improvements slowing?”, *OECD Health Working Papers*, No. 108, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/223159ab-en. [1]

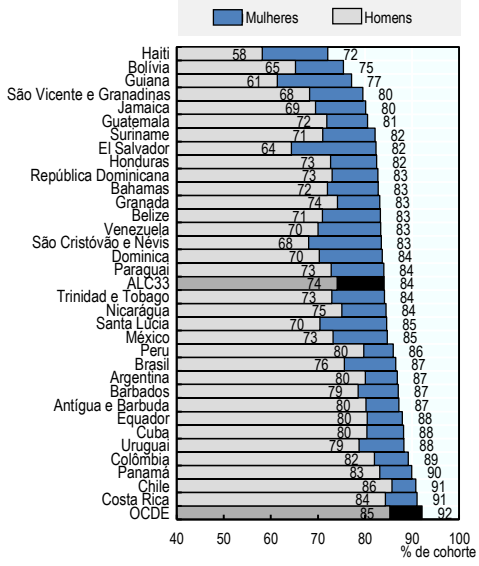
Gráfico 3.1. Expectativa de vida ao nascer, por sexo, 2010 e 2024 (ou ano mais recente)



Fonte: OECD Health Statistics 2025, The World Bank World Development Indicators Online 2025.

StatLink https://stat.link/urxag2

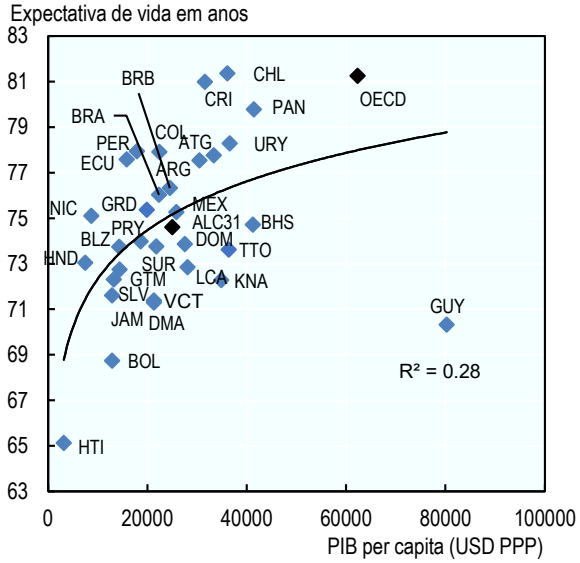
Gráfico 3.2. Taxa de sobrevivência até os 65 anos, 2024



Fonte: The World Bank World Development Indicators Online 2026.

StatLink https://stat.link/0cmel5

Gráfico 3.3. Expectativa de vida ao nascer e PIB per capita, 2024



Fonte: The World Bank World Development Indicators Online 2026.

StatLink https://stat.link/on4jpm

Mortalidade infantil e neonatal

A mortalidade infantil e neonatal reflete o impacto das condições econômicas, sociais e ambientais na saúde de mães e bebês, bem como a eficácia dos sistemas de saúde. Fatores como educação materna e imunização, qualidade e acessibilidade dos cuidados pré-natais e de parto, parto prematuro e peso ao nascer, cuidados imediatos ao recém-nascido e práticas de alimentação infantil são determinantes importantes da mortalidade infantil (ver seção "Alimentação de bebês e crianças pequenas" no Capítulo 4). Além disso, a eliminação da transmissão de doenças de mãe para filho é uma prioridade na região da ALC para reduzir a mortalidade e a morbidade infantis (Debbag et al., 2023[1]).

Em 2024, a média de mortalidade infantil na ALC era de 14,4 mortes por 1.000 nascidos vivos. A mortalidade infantil foi menor em países como Uruguai, Chile e Cuba (menos de 7 mortes por 1.000 nascidos vivos), enquanto foi maior em República Dominicana, Dominica e, particularmente, no Haiti (28, 33 e 39 por 1.000 nascidos vivos, respectivamente) (Gráfico 3.4). Entre 2010 e 2024, a taxa média de mortalidade infantil caiu 34,4% na região da ALC, com a maioria dos países registrando quedas entre 20% e 50%. O Haiti, São Vicente e Granadinas, Nicarágua, El Salvador e Bolívia registraram quedas superiores a 70%. No entanto, países como Dominica, Venezuela e Cuba registraram aumentos na taxa de mortalidade infantil de 30%.

Em relação às taxas de mortalidade neonatal, a média na região da ALC foi de 10 mortes por 1.000 nascidos vivos. As taxas de mortalidade neonatal foram mais baixas em países como Uruguai, Cuba, El Salvador e Chile (abaixo de 5 mortes por 1.000 nascidos vivos), enquanto Dominica, Haiti e República Dominicana registraram os níveis mais altos, cada um ultrapassando 20 mortes por 1.000 nascidos vivos (Gráfico 3.5). Entre 2010 e 2023, a taxa de mortalidade neonatal caiu 16,5% na região da ALC, com a maioria dos países apresentando reduções entre 10% e 30%. Bolívia, São Vicente e Granadinas e El Salvador registraram quedas de mais de 40%. Em contraste, Cuba, Granada, Venezuela e Dominica tiveram aumentos nas taxas de mortalidade neonatal superiores a 35%.

A mortalidade infantil pode ser reduzida por meio de intervenções econômicas e adequadas. Os planos para melhorar a sobrevivência neonatal devem ser construídos sobre uma base sólida de cuidados essenciais ao recém-nascido e alinhados com as metas do Plano de Ação para Todos os Recém-nascidos (Every Newborn Action Plan, ENAP) e do plano Acabar com a Mortalidade Materna Evitável (Ending Preventable Maternal Mortality, EPMM) em relação a cuidados pré-natais, cuidados pós-parto, pessoal de saúde qualificado e cuidados obstétricos e neonatais de emergência. É essencial aumentar o investimento e direcionar recursos para duas intervenções de alto impacto, porém dispendiosas: cuidados com recém-nascidos pequenos e doentes e cuidados obstétricos de emergência. Essas medidas proporcionam múltiplos benefícios, reduzindo mortes maternas, natimortos, mortes neonatais e a morbidade materna e neonatal. As principais intervenções essenciais para os cuidados neonatais incluem o contato pele a pele entre mães e recém-nascidos após o parto, higiene do cordão umbilical e cuidados com a pele, e aleitamento materno precoce e exclusivo durante os primeiros seis meses de vida. O manejo e o tratamento eficazes de infecções neonatais, pneumonia, diarreia e malária também são cruciais. A terapia de reidratação oral é uma intervenção eficaz e de baixo custo para mitigar os efeitos debilitantes da diarreia, e os países também poderiam implementar medidas de saúde pública relativamente baratas, incluindo imunização e fornecimento de água potável e saneamento básico (WHO, 2024[2]).

Definição e comparabilidade

A taxa de mortalidade infantil é definida como o número de crianças que morrem antes de completar um ano de idade em um determinado ano, expresso por 1.000 nascidos vivos. Alguns países baseiam suas taxas de mortalidade infantil em estimativas derivadas de censos, pesquisas e sistemas de registro por amostragem, e não no registro preciso e completo de nascimentos e óbitos. As taxas de mortalidade infantil são geradas pela aplicação de um modelo estatístico ou pela transformação das taxas de mortalidade de crianças menores de 5 anos com base em tábuas de vida modelo. As diferenças entre os países nas práticas de registro de bebês prematuros também podem contribuir ligeiramente para as variações internacionais nas taxas.

A taxa de mortalidade neonatal é a probabilidade de uma criança nascida em um ano ou período específico morrer durante os primeiros 28 dias completos de vida, se sujeita às taxas de mortalidade específicas por idade desse período, expressa por 1.000 nascidos vivos. As taxas de mortalidade neonatal são estimativas derivadas com base em dados nacionais, incluindo dados de registro civil, censos e pesquisas (UNICEF, 2025[3]).

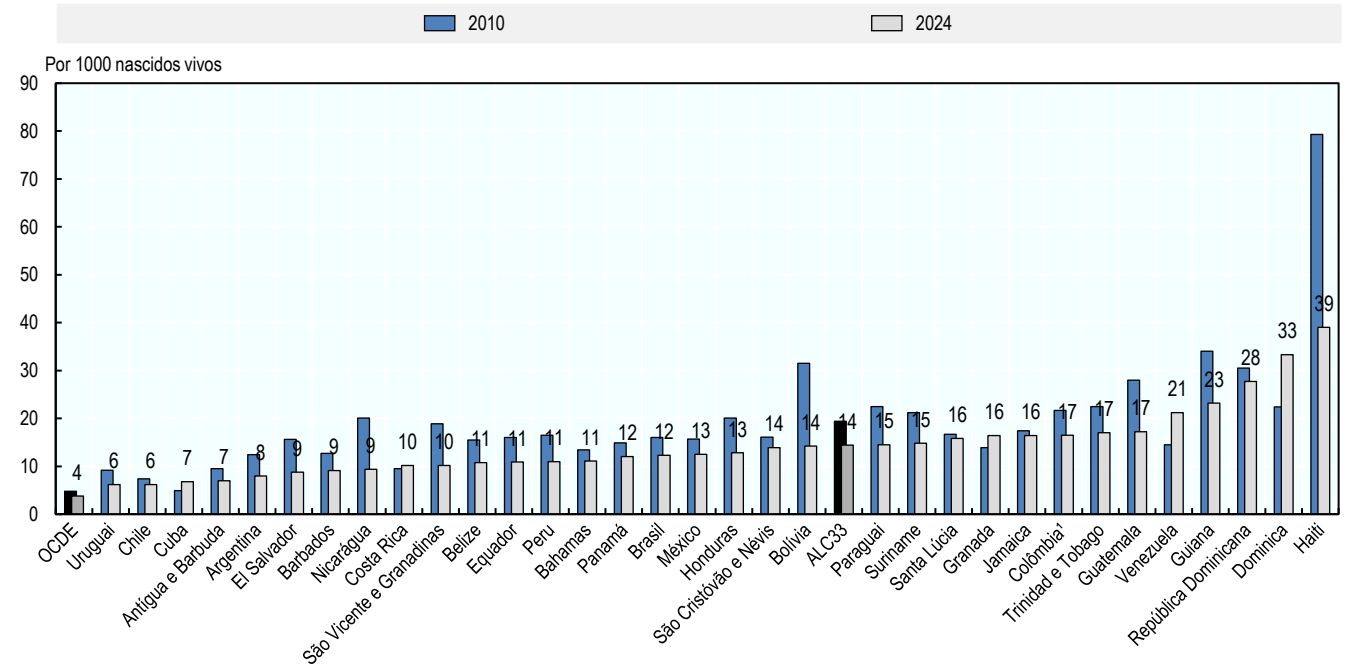
Referências

Debbag, R. et al. (2023), “Are the first 1,000 days of life a neglected vital period to prevent the impact on maternal and infant morbimortality of infectious diseases in Latin America? Proceedings of a workshop of experts from the Latin American Pediatric Infectious Diseases Society, SLIPE”, *Frontiers in Pediatrics*, Vol. 11, https://doi.org/10.3389/fped.2023.1297177. [1]

UNICEF (2025), *Neonatal mortality rate*, https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/. [3]

WHO (2024), *Newborn mortality*, World Health Organization, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality. [2]

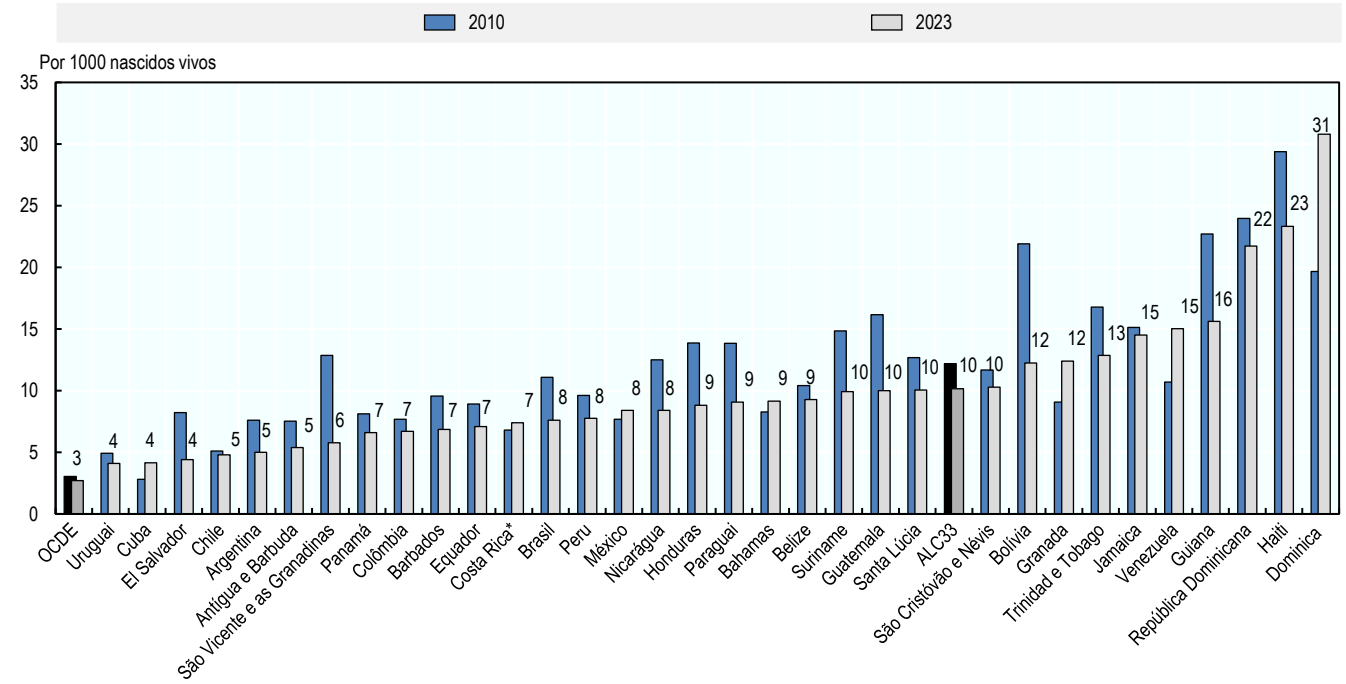
Gráfico 3.4. Taxas de mortalidade infantil, 2010 e 2021-2024



Observação: 1. Dados de 2021. Os dados relativos aos membros da ALC da OCDE são extraídos dos dados de saúde da OCDE. A legenda corresponde ao último ano disponível.
Fonte: OECD Health Statistics 2026 e The World Bank World Development Indicators Online 2026.

StatLink https://stat.link/zf3evq

Gráfico 3.5. Taxas de mortalidade neonatal, 2010 e 2020-2023



Observação: 1.valor a partir de 2022. Os dados relativos aos membros da ALC da OCDE são extraídos dos dados de saúde da OCDE.
Fonte: OECD Health Statistics 2025 e bancos de dados globais da UNICEF 2025.

StatLink https://stat.link/lx9n78

Mortalidade em crianças menores de 5 anos

A taxa de mortalidade de menores de 5 anos é um indicador da saúde infantil, bem como do desenvolvimento geral e do bem-estar de uma população. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU têm como meta reduzir a mortalidade de crianças menores de 5 anos para menos de 25 por 1.000 nascidos vivos até 2030. Em 2023, 4,8 milhões de crianças morreram em todo o mundo antes de completarem cinco anos de idade (WHO, 2025[1]), com uma taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos estimada em 36,7 por 1.000 nascidos vivos.

A taxa média de mortalidade infantil em menores de cinco anos nos países da América Latina e Caribe (ALC33) foi de 16,3 óbitos por 1.000 nascidos vivos (Gráfico 3.6). Uruguai, Chile, Cuba, Antígua e Barbuda, Argentina e Barbados apresentaram taxas inferiores a 10 óbitos por 1.000 nascidos vivos. As taxas de mortalidade na Guiana, República Dominicana e Dominica foram elevadas, entre 25 e 36 óbitos por 1.000 nascidos vivos, enquanto no Haiti foram muito altas, chegando a 52,8 óbitos por 1.000 nascidos vivos. Esses países também apresentaram as maiores taxas de mortalidade infantil e neonatal da região, conforme observado na seção anterior. Embora a mortalidade em menores de cinco anos tenha diminuído em média 43% nos países da ALC entre 2010 e 2024, o progresso varia significativamente entre os países. Países como El Salvador, São Vicente e Granadinas, Nicarágua, Bolívia e Haiti registraram uma queda de mais de 80%, enquanto a taxa aumentou 30% na Dominica, 29% na Venezuela e 28% em Cuba. O Haiti apresentou uma redução de 159% no período, acima da média de melhoria na região.

As causas da mortalidade de crianças menores de 5 anos na região da América Latina e do Caribe são muito heterogêneas (Gráfico 3.7). As principais causas são apresentadas utilizando categorias amplas da CID-10 que agrupam múltiplas doenças. A categoria "outras causas", que inclui condições como feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto, e enterocolite necrosante do feto e do recém-nascido, é responsável pelas taxas de mortalidade mais elevadas em geral, com 82 mortes por 10.000 nascidos vivos na região da ALC. Entre os grupos de causas específicas, as taxas de mortalidade de crianças menores de 5 anos atingem 36,9 mortes por 10.000 nascidos vivos para distúrbios respiratórios e cardiovasculares perinatais, 12,8 para malformações congênitas, 10,4 para infecções perinatais, 10,5 para distúrbios relacionados à duração da gestação e 6,3 para influenza e pneumonia. A Dominica apresenta as taxas mais elevadas de mortalidade de crianças menores de 5 anos por distúrbios respiratórios e cardiovasculares perinatais, enquanto a Guatemala apresenta as taxas mais elevadas por infecções perinatais e por gripe e pneumonia.

Nos países da ALC, a mortalidade de crianças menores de 5 anos tende a estar inversamente relacionada com os gastos atuais com saúde per capita (Gráfico 3.8). O Chile e o Uruguai apresentam as menores taxas de mortalidade de crianças menores de 5 anos, com menos de 7,5 mortes por 1.000 nascidos vivos, menos da metade da média da ALC, e estão entre os seis países com os maiores gastos com saúde per capita (Capítulo 6). No entanto, o Panamá registra uma taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de 13 mortes por 1.000 nascidos vivos com despesas semelhantes. Em contrapartida, Belize e Nicarágua alcançaram a mesma taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos com recursos muito mais limitados. Isso sugere uma relação não linear, já que os gastos com saúde estão fortemente associados à redução da mortalidade em níveis mais baixos de gastos, mas essas reduções diminuem à medida que os países se aproximam de um patamar mínimo de mortalidade, visto que a mortalidade infantil (menores de 5 anos) não pode chegar a zero em condições reais. O Peru é um exemplo de políticas públicas bem-sucedidas para reduzir a mortalidade de crianças menores de 5 anos. As intervenções que incluem a ampliação do acesso a cuidados pré-natais e partos em unidades de saúde, a garantia de alta cobertura vacinal (pneumocócica, rotavírus e Hib), a integração de práticas culturalmente sensíveis para melhorar a adesão aos serviços, a suplementação com vitamina A e programas de nutrição, bem como o aprimoramento do abastecimento de água potável e do saneamento, ajudaram o país a se aproximar de suas metas dos ODS (García et al., 2024[2]).

Definição e comparabilidade

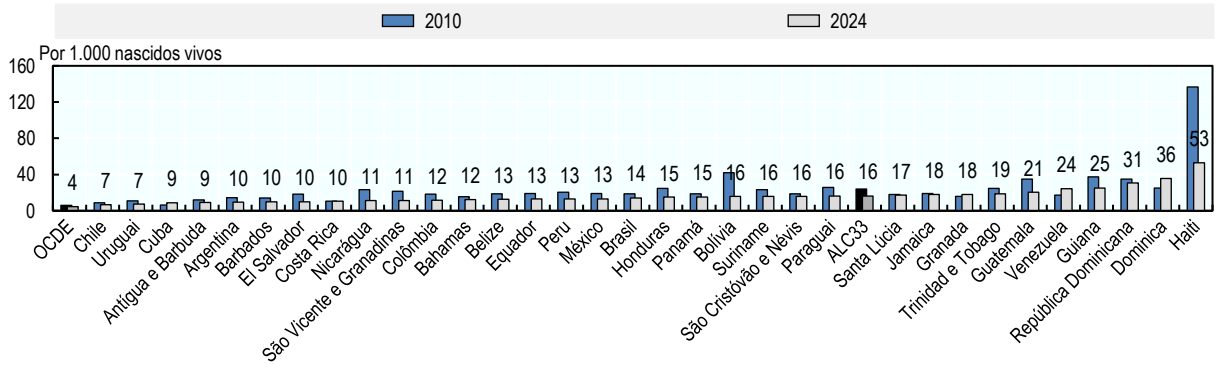
A mortalidade de crianças menores de 5 anos é definida como a probabilidade de uma criança nascida em um determinado ano morrer antes de completar 5 anos e é expressa por 1.000 nascidos vivos. Como a mortalidade de crianças menores de 5 anos é derivada de uma tábua de vida, ela não é, estritamente falando, uma taxa, mas uma probabilidade de morte. As taxas de mortalidade específicas por idade são usadas para construir as tábuas de vida a partir das quais a mortalidade em menores de 5 anos é derivada. Alguns países baseiam suas estimativas em censos, pesquisas e sistemas de registro por amostragem, e não em um registro preciso e completo de óbitos. Consulte o indicador "Mortalidade infantil" para a definição de razões de taxas. O grupo das cinco principais causas de mortalidade de crianças menores de 5 anos é composto por infecções perinatais (incluindo sepse bacteriana), distúrbios respiratórios e cardiovasculares perinatais (notadamente dificuldade respiratória do recém-nascido), malformações congênitas (particularmente malformações congênitas do coração), distúrbios relacionados à duração da gestação, gripe e pneumonia e outras causas, agrupando o restante. No entanto, dada a heterogeneidade das causas de mortalidade de crianças menores de 5 anos, o grupo residual denominado "outros" é responsável pelas taxas de mortalidade mais elevadas no geral.

Referências

García, P. et al. (2024), “Lessons from Peru to reduce under-5 mortality: understanding program implementation and context”, *BMC Pediatrics*, Vol. 23/S1, https://doi.org/10.1186/s12887-023-03890-w. [2]

WHO (2025), *Child mortality and causes of death*, World Health Organization, https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/child-mortality-and-causes-of-death. [1]

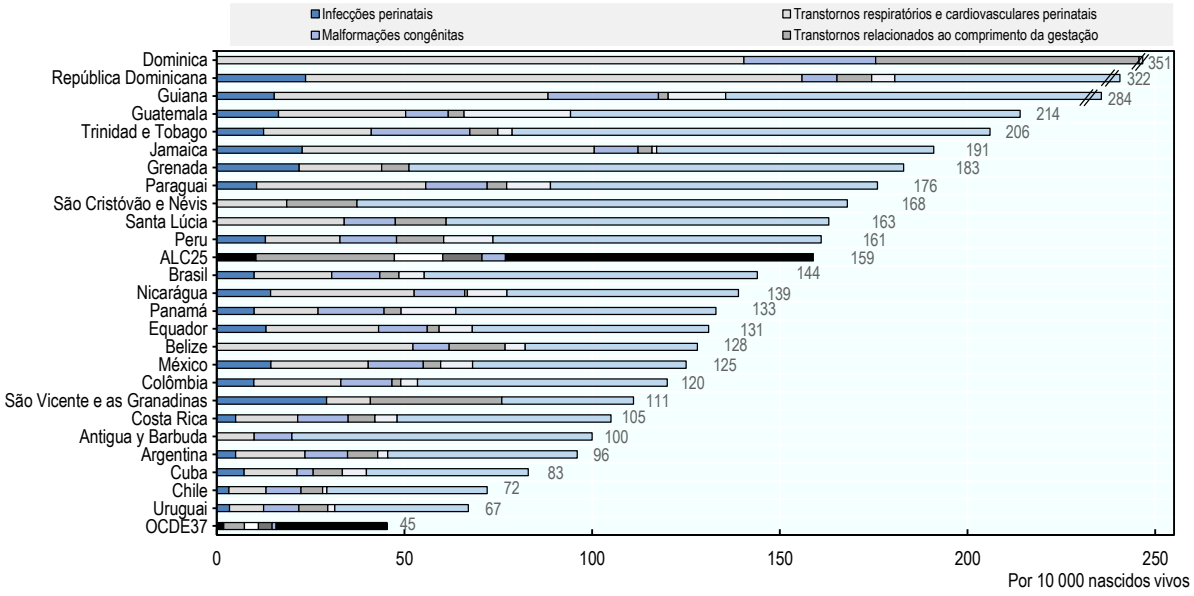
Gráfico 3.6. Taxas de mortalidade em crianças menores de 5 anos, 2010 e 2024



Observação: A legenda corresponde ao último ano disponível.
Fonte: The World Bank World Development Indicators Online 2026.

StatLink https://stat.link/i386b7

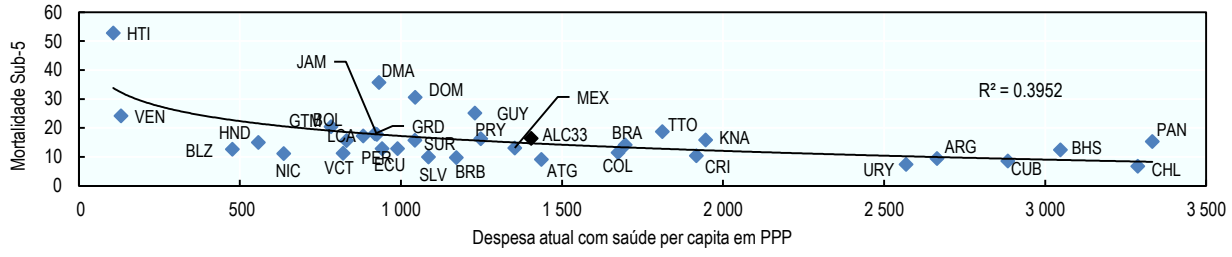
Gráfico 3.7. Mortalidade por causas específicas em crianças menores de 5 anos por 10.000 nascidos vivos, 2023 (ou último ano)



Observação: taxas totais de mortalidade por todas as causas em crianças menores de 5 anos apresentadas no rótulo.
Fonte: banco de dados da OMS sobre a mortalidade (2026) e The World Bank World Development Indicators Online 2026.

StatLink https://stat.link/3g978m

Gráfico 3.8. Mortalidade de crianças menores de 5 anos por 1.000 nascidos vivos e despesas correntes com saúde ajustado por PPP, 2024 (ou dado mais recente disponível)



Fonte: The World Bank World Development Indicators Online 2026.

StatLink https://stat.link/023hna

Mortalidade entre adolescentes

A adolescência é a fase da vida entre a infância e a idade adulta, compreendendo a faixa etária dos 10 aos 19 anos. Embora a adolescência seja frequentemente considerada uma fase saudável da vida, ela está associada a índices significativos de mortalidade, morbidade e lesões, em grande parte devido a causas que são evitáveis ou tratáveis. Esse período é particularmente crítico porque é quando se estabelecem padrões comportamentais, sejam eles protetores ou prejudiciais, aumentando os riscos para a saúde a curto e longo prazo (WHO, 2025[1]). A região da ALC apresenta a segunda maior taxa de mortalidade entre adolescentes no mundo, com aproximadamente 106 milhões de adolescentes vivendo na região em 2022 (The Lancet Child & Adolescent Health, 2022[2]).

Em 2023, a taxa de mortalidade entre adolescentes era de 2,3 mortes por 1.000 na OCDE, enquanto a média entre os países da ALC era de 5,8 (Gráfico 3.9). Chile, Antígua e Barbuda, Barbados, Cuba e Costa Rica alcançaram taxas inferiores a 4 mortes por 1.000 pessoas com idades entre 10 e 19 anos. Em contrapartida, as taxas de mortalidade na Venezuela e no Haiti atingiram 10,4 e 10,7 mortes por 1.000. Apesar de ter apresentado a terceira maior taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos, a República Dominicana alcançou taxas de mortalidade entre adolescentes abaixo da média da ALC. Embora a mortalidade entre adolescentes tenha diminuído substancialmente em uma média de 34,4% nos países da ALC entre 2010 e 2023, em comparação com a redução de 16,4% na OCDE, o progresso tem sido desigual entre os países. Países como Bahamas, El Salvador e Antígua e Barbuda registraram uma queda de mais de 35%, enquanto em São Vicente e Granadinas a taxa aumentou 30% e em Cuba, 16%.

Existem grandes disparidades de gênero na mortalidade entre adolescentes na região da ALC, com os meninos tendo 106% mais probabilidade de morrer do que as meninas, em comparação com 73% nos países da OCDE em 2023. Em todos os países da ALC, as taxas médias de mortalidade entre adolescentes foram de 1,4 por 1.000 entre adolescentes mais jovens do sexo feminino e de 2,3 por 1.000 entre adolescentes mais velhas do sexo feminino (Gráfico 3.10). As taxas mais elevadas para adolescentes mais velhas foram observadas no Haiti, na Guiana e no Suriname, com 4,7, 3,6 e 3,4 por 1.000, respectivamente. O Haiti também apresenta a maior taxa de mortalidade entre adolescentes mais jovens, com 3,5 mortes por 1.000, seguido por Honduras, São Vicente e Granadinas, Granada e El Salvador, com mais de 2 mortes por 1.000. Honduras, Granada e El Salvador apresentam taxas de mortalidade entre adolescentes mais velhos abaixo da média da ALC de 2,3, porém alta mortalidade entre adolescentes mais jovens. Os diferentes padrões de mortalidade entre as duas faixas etárias de adolescentes sugerem causas diferenciadas de morte, sendo que infecções do trato respiratório inferior e anomalias congênitas são mais comuns no primeiro grupo, enquanto acidentes e lesões, lesões autoinfligidas e violência interpessoal são as principais causas no segundo (WHO, 2024[3]).

Em todos os países da ALC, os adolescentes mais velhos do sexo masculino têm 193% mais probabilidade de morrer do que os adolescentes mais jovens do sexo masculino. Venezuela, Equador, São Cristóvão e Nevis e Haiti apresentam as taxas de mortalidade mais elevadas entre adolescentes mais velhos, ultrapassando 8 mortes por 1.000 (Gráfico 3.10). Entre os adolescentes mais jovens do sexo masculino, as taxas de mortalidade mais elevadas, acima de 3 por 1.000, são observadas no Haiti, São Vicente e Granadinas, Honduras e Granada.

A adolescência representa um período crítico para a formação da saúde e do bem-estar na idade adulta; no entanto, continua pouco representada nas políticas nacionais. É também durante a adolescência que surgem as diferenças de gênero, com os meninos apresentando maior mortalidade por violência, afogamentos e acidentes de trânsito, e as meninas sendo mais afetadas pelo suicídio e por condições maternas causadas pelas altas taxas de natalidade na adolescência. As intervenções no âmbito da Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA!) incluem programas escolares de prevenção da violência destinados a reduzir a violência interpessoal. Elas também contemplam serviços de saúde sexual voltados para os adolescentes que eliminam o estigma em torno da contracepção e melhoram os cuidados pré-natais e de parto qualificados para reduzir a mortalidade materna entre as adolescentes (UNCF, 2022[4]).

Definição e comparabilidade

Adolescentes mais jovens são aqueles com idades entre 10 e 14 anos, e adolescentes mais velhos são aqueles com idades entre 15 e 19 anos. A taxa de mortalidade entre adolescentes mais jovens é definida como a probabilidade de um adolescente de 10 anos em um ano específico morrer antes de completar 15 anos. A taxa de mortalidade entre adolescentes mais velhos é definida como a probabilidade de um adolescente de 15 anos em um determinado ano falecer antes de completar 20 anos. As estimativas são derivadas de registros civis, censos e pesquisas. Consulte o indicador "Mortalidade infantil" para a definição de razões de taxas.

Referências

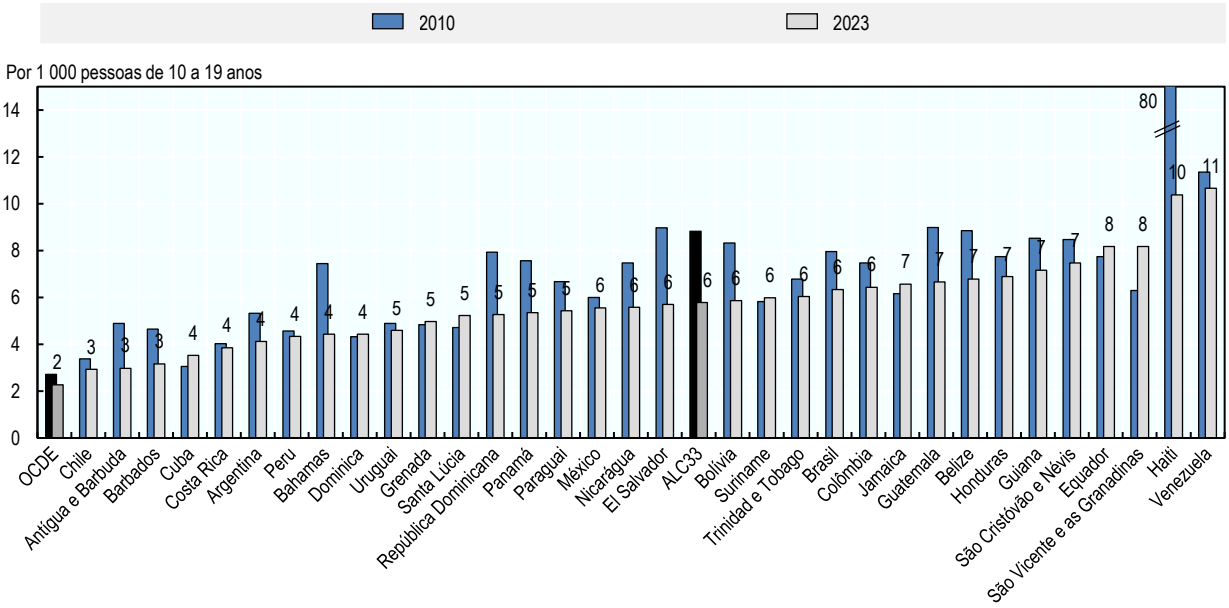
The Lancet Child & Adolescent Health (2022), *Adolescence in Latin America and the Caribbean*, https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00282-6. [2]

UNCF, P. (2022), *No Time to Lose. Health Challenges for Adolescents in Latin America and the Caribbean*, IDB, PAHO, UNAIDS, UNICEF, UNWOMEN, USAID, World Bank, PMNCH, https://doi.org/10.37774/9789275126219. [4]

WHO (2025), *Adolescence Health*, World Health Organization, https://www.who.int/health-topics/adolescent-health. [1]

WHO (2024), *Adolescent and young adult health*, World Health Organization, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions (accessed on 19 December 2025). [3]

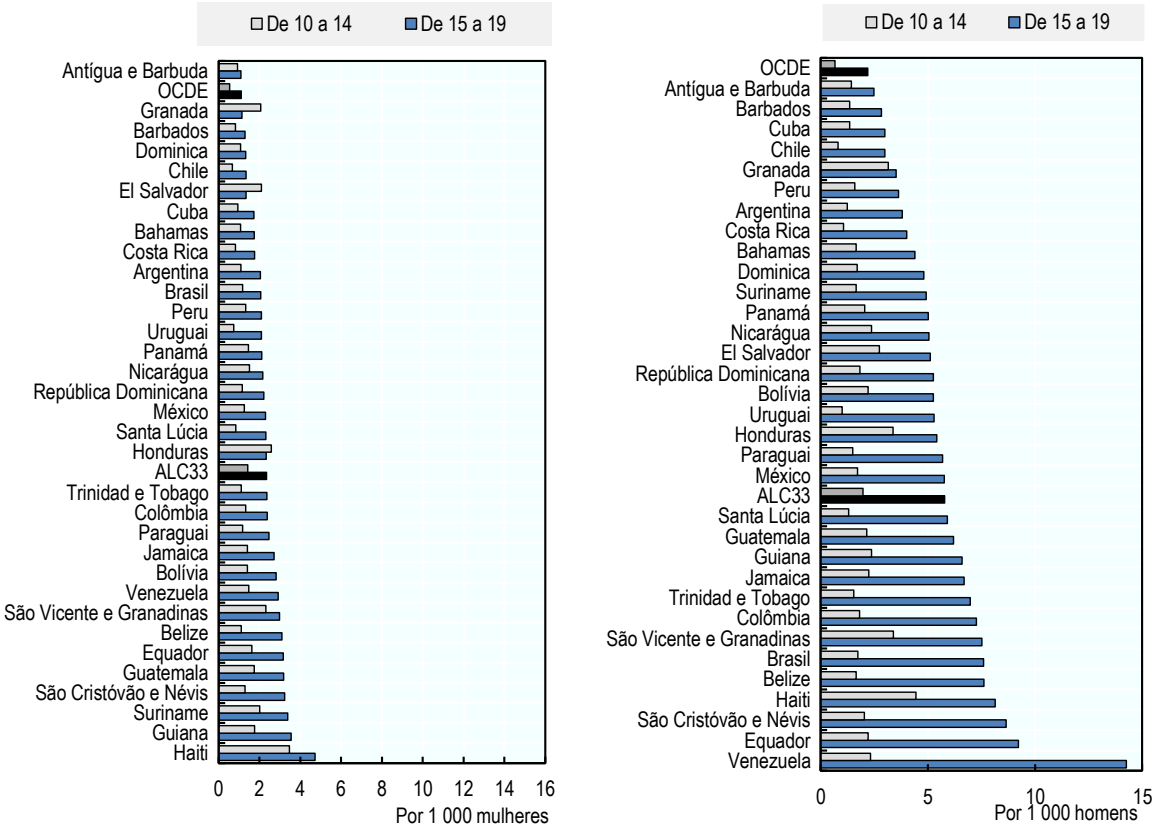
Gráfico 3.9. Taxas de mortalidade entre adolescentes, 2010 e 2023



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/ykud9j

Gráfico 3.10. Taxa de mortalidade entre adolescentes, por 1.000 mulheres e homens com idades entre 10 e 14 anos e entre 15 e 19 anos, 2023



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/5bo3ac

Mortalidade por todas as causas

O desenvolvimento cumulativo nos países está levando a uma "transição epidemiológica", na qual as mortes precoces são substituídas por mortes tardias, e as doenças transmissíveis são substituídas por doenças não transmissíveis. Esse também é o caso na ALC, onde o fardo das doenças não transmissíveis entre adultos – a faixa etária economicamente mais produtiva – está aumentando rapidamente. Nas últimas três décadas, os países da ALC passaram por importantes intervenções de saúde pública que, combinadas com o declínio das doenças infecciosas e tendências de saúde estáveis, contribuíram para ganhos rápidos na expectativa de vida (Alvarez, Aburto and Canudas-Romo, 2019[1]). No entanto, a pandemia da COVID-19 interrompeu esse progresso, levando a um aumento substancial da mortalidade, particularmente em 2020 e 2021. Apesar de seu início tardio em comparação com outras regiões, as estimativas sugerem que a ALC foi responsável por 27% das mortes globais por COVID-19 no início de 2022, embora houvesse uma heterogeneidade substancial na região (OECD/The World Bank, 2023[2]).

Existem grandes disparidades na mortalidade adulta na região da ALC. Para os homens em 2022, a probabilidade de morrer entre 15 e 60 anos variou de um mínimo de 98 por 1.000 habitantes no Chile a 281 por 1.000 em El Salvador e no Haiti (Gráfico 3.11). Além disso, ultrapassou 250 por 1.000 habitantes na Guiana. Entre as mulheres, a probabilidade variou entre 57 por 1.000 habitantes no Chile e 167 no Haiti. Em média, 63,8% das mortes na ALC33 ocorreram entre homens, sendo eles aproximadamente 1,76 vezes mais propensos a morrer do que as mulheres. Na maioria dos países, as taxas de mortalidade para homens foram uma vez e meia mais elevadas do que as taxas para mulheres, ou mais.

A mortalidade por todas as causas na ALC25, utilizando dados medidos do banco de dados de mortalidade da OMS, variou entre menos de 500 por 100.000 habitantes no Chile, Costa Rica, Peru e Panamá, e mais de 1.000 na Jamaica em 2023 (Gráfico 3.11). De acordo com os dados estimados, o Haiti também apresentou uma taxa de mortalidade por todas as causas superior a 1.000 por 100.000 habitantes. Para a ALC25, a mortalidade diminuiu em média 5,2% entre 2010 e 2019. As maiores quedas ocorreram no Chile, Panamá, Brasil e Trinidad e Tobago (redução superior a 15%). Essa tendência geral de declínio na mortalidade por todas as causas é interrompida pelo aumento da mortalidade associado à pandemia de COVID-19, particularmente em países onde os dados mais recentes disponíveis eram de 2021 ou 2020. A taxa média de mortalidade por todas as causas na ALC25 foi mais de 58% superior à média entre os países membros da OCDE em 2023. Entre esses países, a mortalidade aumentou em média 7,4% entre 2019 e 2023, com Dominica, Jamaica e São Cristóvão e Nevis registrando os aumentos mais acentuados nesse período (27,1%, 25,9% e 24,1% de aumento, respectivamente). Em comparação, a mortalidade por todas as causas para o restante dos países da ALC foi calculada com dados estimados pelo IHME. Nesses países, a mortalidade diminuiu em média 1,5% de 2019 a 2023.

As doenças não transmissíveis, como doenças cardiovasculares e cânceres, foram as causas mais comuns de morte, sendo responsáveis por quase 75,9% de todas as mortes, em média, nos 33 países da ALC em 2023 (Gráfico 3.12; ver também a seção "Mortalidade por doenças cardiovasculares" e a seção "Mortalidade por câncer" no Capítulo 3). Nos países membros da OCDE, a média foi mais alta, de 85,3%. Doenças transmissíveis, como infecções respiratórias, doenças diarreicas e tuberculose, juntamente com condições maternas e perinatais, também continuaram sendo as principais causas de morte em muitos países da região da ALC, representando mais de 14,1% das mortes em 2023 nos 33 países da ALC. Os 9,95% restantes das mortes são atribuídos a lesões e violência.

Definição e comparabilidade

As taxas de mortalidade são calculadas dividindo o número anual de óbitos pelas estimativas populacionais de meados do ano. As taxas foram padronizadas por idade utilizando dados populacionais dos quatro países da OCDE da América Latina e do Caribe como população padrão. O banco de dados de mortalidade da OMS utiliza os sistemas de registro civil e estatísticas vitais de cada país, contabilizando apenas as mortes certificadas clinicamente. No entanto, não existem sistemas completos de registro vital em muitos países em desenvolvimento, e cerca de um terço dos países da região não possui dados recentes. A classificação incorreta das causas de morte também é um problema. Quando as medições da OMS são anteriores a 2020, são utilizadas as estimativas do IHME. As estimativas do IHME são derivadas de dados de mortalidade coletados até o ano de 2017. Os indicadores de desenvolvimento do Banco Mundial para mortalidade adulta, relatados como a probabilidade de morrer entre 15 e 60 anos de idade (taxa de mortalidade adulta), derivam das tábuas de vida do banco de dados de mortalidade humana, Human Mortality (HMD, 2025[3]).

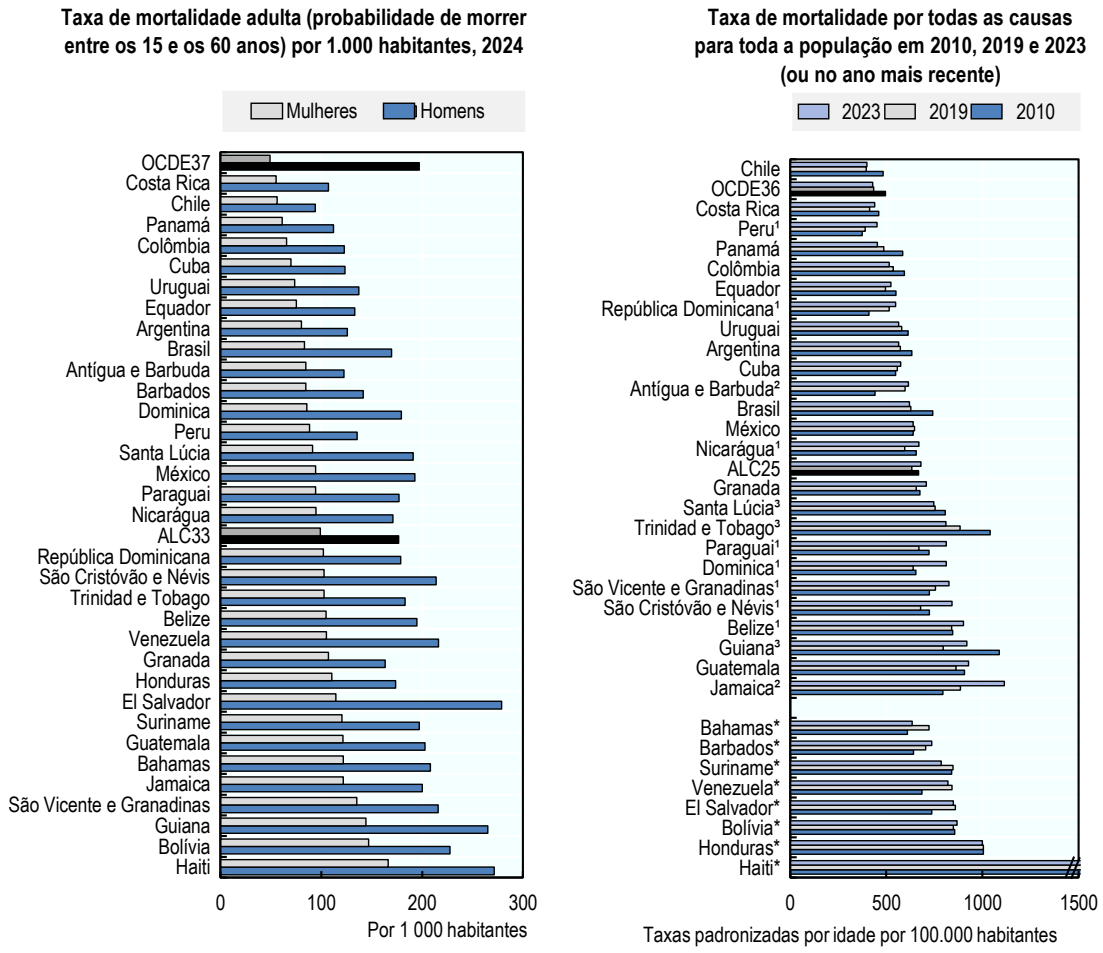
Referências

Alvarez, J., J. Aburto and V. Canudas-Romo (2019), “Latin American convergence and divergence towards the mortality profiles of developed countries”, *Population Studies*, Vol. 74/1, pp. 75-92, https://doi.org/10.1080/00324728.2019.1614651. [1]

HMD (2025), *Human Mortality Database*, https://www.mortality.org/. [3]

OECD/The World Bank (2023), *Panorama da Saúde: América Latina e Caribe 2023*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/047f9a8a-pt. [2]

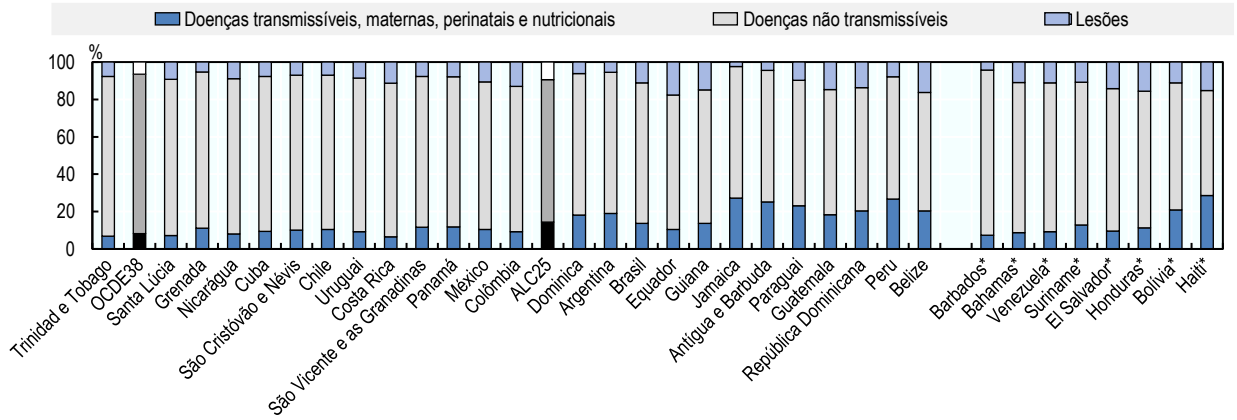
Gráfico 3.11. Taxa de mortalidade entre adultos, 2024, e taxas de mortalidade por todas as causas, 2010, 2019 e 2023 (ou ano mais recente)



Observação: Gráfico à direita: *estimativas do IHME. 1. Dados de 2022. 2. Dados de 2021. 3. Dados de 2020.
Fonte: Gráfico à esquerda: The World Bank World Development Indicators Online 2025. Gráfico à direita: Banco de dados de mortalidade da OMS (2026) e Global Burden of Disease (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/s1wpth

Gráfico 3.12. Proporções de mortes por todas as causas, 2023 (ou ano mais próximo)



Observação: *estimativas do IHME.
Fonte: Banco de dados de mortalidade da OMS (2026) e Global Burden of Disease (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/jy71p9

Mortalidade por doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (DCVs) são a principal causa de morte a nível global e causaram mais de 2 milhões de mortes na região das Américas da OMS em 2021, representando 28% de todas as mortes (WHO, 2025[1]). As doenças cardiovasculares incluem doenças do sistema circulatório, principalmente doença cardíaca isquêmica (DCI), doença cerebrovascular e outras condições, como hipertensão e doenças arteriais. A doença cardíaca isquêmica resulta do acúmulo de placas nas artérias coronárias, restringindo o fluxo sanguíneo para o coração, enquanto as doenças cerebrovasculares afetam os vasos sanguíneos que irrigam o cérebro e incluem o acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico. A maioria das doenças cardiovasculares está associada a fatores de risco que podem ser controlados, tratados ou modificados.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte na região da ALC. Com base no banco de dados de mortalidade da OMS, a mortalidade média por doenças cardiovasculares diminuiu na ALC25 (-4%) e na OCDE (-28,4%) entre 2010 e 2023 (Gráfico 3.13). Entre os países com dados medidos pela OMS, Dominica, Peru e Nicarágua registraram os maiores aumentos nas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, superiores a +30% no período. Notavelmente, a Guiana e o Uruguai reduziram sua mortalidade por doenças cardiovasculares em uma média de -40,7% e -36,5%, respectivamente. Além disso, a COVID-19 pode ter contribuído direta e indiretamente para taxas de mortalidade mais elevadas por doenças circulatórias em alguns países, devido a interrupções nos cuidados agudos, primários e preventivos (OECD, 2023[2]). A mortalidade por doenças cardiovasculares em oito países da ALC foi baseada em dados estimados do IHME. Esses países apresentam um aumento de 9,4% na mortalidade média por doenças cardiovasculares entre 2010 e 2023, com a Venezuela e El Salvador registrando os maiores aumentos, de 38,2% e 27,4%, respectivamente.

A mortalidade por doenças cardiovasculares apresenta disparidades de gênero substanciais em todos os 33 países da ALC, com taxas 52% mais elevadas entre os homens do que entre as mulheres. Entre os países da ALC25, a mortalidade masculina ultrapassou 300 mortes por 100.000 habitantes na Jamaica, em Trinidad e Tobago, na Guiana, na Nicarágua e em São Vicente e Granadinas em 2023 (Gráfico 3.13). Apenas Peru, Chile, Uruguai e Costa Rica ficaram abaixo da média da OCDE para os homens. Entre as mulheres, as taxas foram mais elevadas na Jamaica, em São Cristóvão e Nevis e em São Vicente e Granadinas, enquanto o Chile apresentou a taxa mais baixa, ao lado de Peru, Uruguai, Costa Rica e Panamá, que ficaram abaixo da média feminina da OCDE.

A doença cardíaca isquêmica e o AVC representam, juntos, 61% de todas as mortes por DCV nos 25 países da ALC com dados mensuráveis, semelhantes aos 56% nos países da OCDE (Gráfico 3.14). As mortes por doença cardíaca isquêmica representam mais de 55% de todas as mortes por doenças cardiovasculares na Nicarágua, no México e no Equador, em comparação com apenas 36% nos países da OCDE. Essa proporção maior pode ser explicada principalmente por atrasos no diagnóstico e acesso limitado a terapias de reperfusão ou outros tratamentos eficazes. Em contrapartida, em países como Antígua e Barbuda e Santa Lúcia, a doença cardíaca isquêmica é responsável por menos de 15% de todas as mortes por doenças cardiovasculares. As percentagens mais baixas podem refletir diferenças em fatores relacionados com o estilo de vida, como dieta, características demográficas da população ou possível subnotificação. Em Santa Lúcia e na Jamaica, as mortes por doenças cerebrovasculares representam 35% ou mais de todas as mortes por doenças cardiovasculares, enquanto representam 15% ou menos no México, na Nicarágua e em Antígua e Barbuda. Em contrapartida, nos 8 países da ALC com dados estimados, as mortes por doença cardíaca isquêmica e doenças cerebrovasculares representam 79% de todas as mortes por doenças cardiovasculares, com os 21% restantes decorrentes de outras doenças cardiovasculares.

Nos países da ALC, as mortes por doenças cerebrovasculares são consideravelmente menores do que as por doença cardíaca isquêmica, mas suas consequências para a qualidade de vida costumam ser mais graves. Muitos pacientes com AVC relatam comprometimento da qualidade de vida devido à dor e ao desconforto (Segerdahl et al., 2023[3]). Por outro lado a reabilitação cardíaca após o infarto do miocárdio pode melhorar a saúde física e mental (Kolarczyk et al., 2024[4]). À medida que as populações envelhecem e a multimorbidade aumenta, o acesso oportuno a cuidados cardíacos e reabilitação será essencial para melhorar os resultados e a qualidade de vida dos pacientes com doenças cardiovasculares (OECD, 2022[5]).

Definição e comparabilidade

Consulte o indicador "Mortalidade por todas as causas" no Capítulo 3 para obter a definição, a fonte e a metodologia subjacentes às taxas de mortalidade. Dos 33 países da ALC, ALC25 refere-se aos 25 países com dados de mortalidade medidos disponíveis no Banco de dados de mortalidade da OMS, enquanto ALC8 refere-se aos países cujos dados de mortalidade se baseiam em estimativas do IHME.

Referências

Kolarczyk, E. et al. (2024), "The factors of quality of life among patients after myocardial infarction in Poland: a cross-sectional study. The quality of life among patients after myocardial infarction", *Scientific Reports*, Vol. 14/1, https://doi.org/10.1038/s41598-024-65525-z. [4]

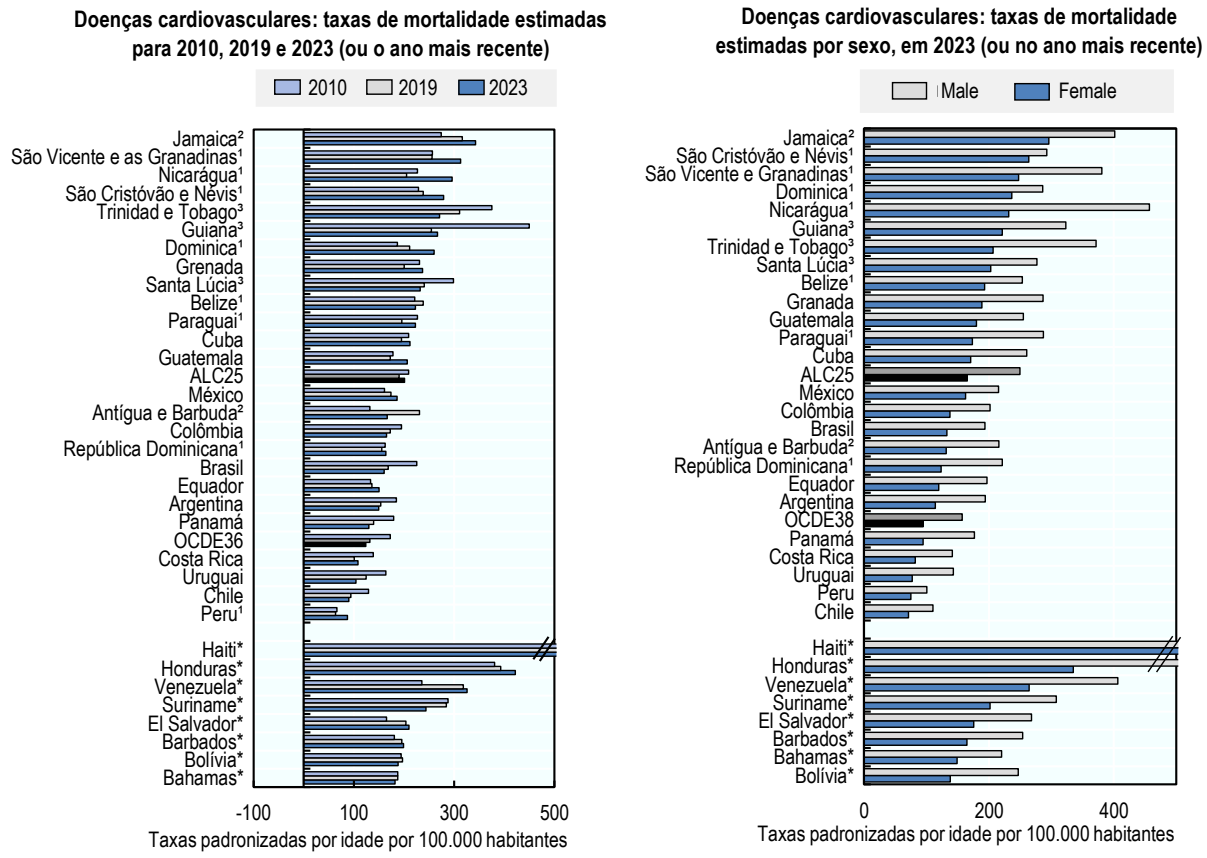
OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en. [2]

OECD (2022), *Primary Health Care for Resilient Health Systems in Latin America*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/743e6228-en. [5]

Segerdahl, M. et al. (2023), "Health-related quality of life in stroke survivors: a 5-year follow-up of The Fall Study of Gothenburg (FallsGOT)", *BMC Geriatrics*, Vol. 23/1, https://doi.org/10.1186/s12877-023-04308-z. [3]

WHO (2025), *Global health estimates: Leading causes of death*, https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death (accessed on 1 December 2022). [1]

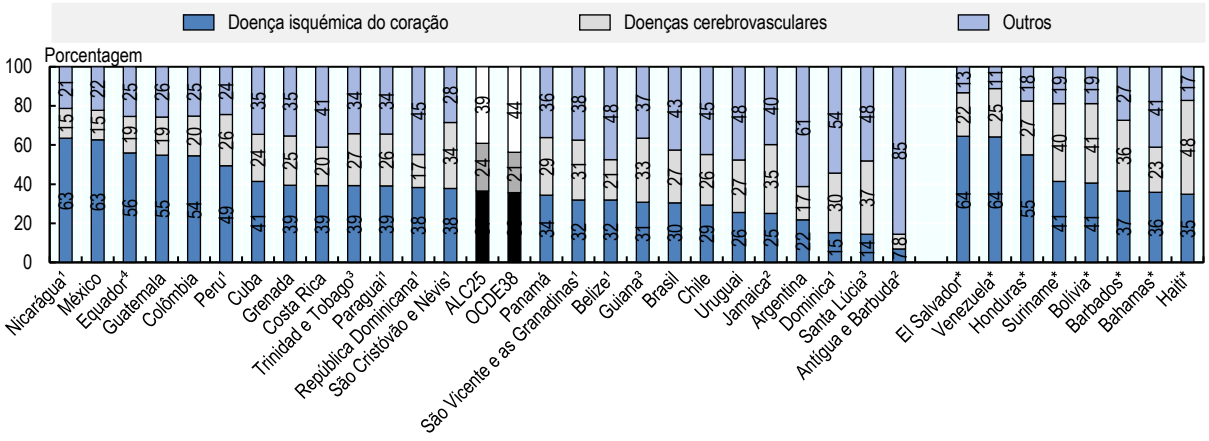
Gráfico 3.13. Taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares em 2010, 2019 e 2023, por sexo



Observação: *estimativas do IHME. 1. Dados de 2022. 2. Dados de 2021. 3. Dados de 2020.
Fonte: Banco de dados de mortalidade da OMS (2026) e Global Burden of Disease (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/jeq4c2

Gráfico 3.14. Proporções de mortes por tipo de doença cardiovascular, 2023 (ou ano mais próximo)



Observação: *estimativas do IHME. 1. Dados de 2022. 2. Dados de 2021. 3. Dados de 2020. 4. Dados de 2024.
Fonte: Banco de dados de mortalidade da OMS (2026) e Global Burden of Disease (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/2o3nx8

Mortalidade por câncer

O câncer é a segunda principal causa de morte, depois das doenças cardiovasculares, entre os países da ALC, sendo responsável por mais de 740.000 mortes em 2022 na região (Ferlay J, 2024[1]). Apenas cerca de 5% a 10% de todos os cânceres são hereditários, o que significa que fatores de risco modificáveis, como tabagismo, obesidade, atividade física e exposições ambientais, explicam até 90-95% de todos os casos de câncer (Whiteman and Wilson, 2016[2]). A prevenção, a detecção precoce e o tratamento continuam sendo as principais ferramentas para reduzir o fardo do câncer.

A taxa média regional de mortalidade por câncer na ALC33 foi de 116,2 por 100.000 habitantes em 2023, consideravelmente superior à média da OCDE de 107 (Gráfico 3.15). Entre os 25 países da ALC para os quais existiam dados de mortalidade da OMS disponíveis, as mortes por câncer foram menos comuns em países como República Dominicana, Nicarágua, México, Guatemala, Equador e Panamá, com taxas abaixo de 80 mortes por 100.000 habitantes, e mais elevadas em São Cristóvão e Nevis, Jamaica e São Vicente e Granadinas, com mais de 145 mortes por 100.000 habitantes. A mortalidade global por câncer diminuiu na região ALC25 em 4% desde 2010, muito abaixo da redução de 18% observada nos países da OCDE. São Cristóvão e Nevis e São Vicente e Granadinas registraram os maiores aumentos na região, com 41,6% e 35,2%, respectivamente. As taxas de mortalidade por câncer foram mais elevadas entre os homens do que entre as mulheres em todos os países da ALC33, exceto no Peru, em 2023 (Gráfico 3.15). Embora a mortalidade geral por câncer entre as mulheres seja semelhante entre os países da OCDE e da ALC25, a proporção da mortalidade por câncer entre homens e mulheres é mais elevada nos países da OCDE, com 1,50, em comparação com 1,40 nos países da ALC25. Na ALC25, as taxas mais elevadas de mortalidade por câncer entre homens foram observadas em São Cristóvão e Nevis e na Jamaica, com 247,9 e 208,6 mortes por 100.000 habitantes, respectivamente. Entre as mulheres, as taxas mais elevadas foram registradas na Dominica e em São Cristóvão e Nevis, ambas ultrapassando 120 mortes por 100.000 habitantes.

Em 2023, os cânceres de próstata, colorretal e de pulmão, incluindo também os de traqueia e brônquios, foram as principais causas de mortalidade por câncer na região ALC25, representando 13,4%, 9,5% e 9,3% de todas as mortes por câncer, respectivamente (Gráfico 3.16). Nos países da OCDE, o padrão foi diferente, com os cânceres de pulmão, colorretal e de mama liderando a mortalidade por câncer, representando 18,3%, 11,1% e 6,9% das mortes por câncer, respectivamente. Em comparação com os países da OCDE, os cânceres colorretal e de pulmão representaram uma parcela menor das mortes por câncer na ALC25, enquanto os cânceres de próstata e de colo do útero representaram uma parcela maior. Essa proporção mais elevada de câncer de próstata e de colo do útero pode ser explicada pela detecção precoce limitada, menor cobertura de vacinação contra o HPV e atrasos no tratamento. O câncer de próstata foi responsável por mais de 25% das mortes por câncer em Granada, Dominica e São Cristóvão e Nevis. A mortalidade por câncer colorretal é mais proeminente em alguns países de renda mais alta, como Chile, Costa Rica, Argentina, Uruguai e Trinidad e Tobago, representando mais de 12% das mortes por câncer. Para o câncer de pulmão, a distribuição variou consideravelmente entre os países da ALC25, de mais de 15% das mortes por câncer em Cuba e no Uruguai a menos de 5% na Dominica, em Antígua e Barbuda e em São Vicente e Granadinas. O câncer de mama representa uma proporção maior de mortes em Granada, na Dominica, na Jamaica, em Trinidad e Tobago e em Antígua e Barbuda (mais de 11%), e uma proporção menor no Peru e na Guatemala (abaixo de 6%). As mortes por câncer de estômago representam proporções mais elevadas na Guatemala, no Equador e no Peru (mais de 13% de todas as mortes por câncer) e as mais baixas em Antígua e Barbuda (abaixo de 2%). A mortalidade por câncer de fígado representou menos de 8% das mortes por câncer em todos os países da ALC25, exceto na Guatemala e na Nicarágua, onde representou 20,9% e 11,6%, respectivamente. Por fim, o câncer de colo do útero é responsável por mais de 11,6% das mortes por câncer no Haiti, uma proporção significativamente maior do que a média da ALC33, de 5,3%.

Para enfrentar o crescente fardo do câncer, são extremamente necessárias intervenções direcionadas e orientadas para a equidade, incluindo tratamentos baseados em evidências, diagnóstico precoce e programas de rastreamento eficazes (Piñeros et al., 2022[3]). Além disso, as lacunas significativas nas mortes por câncer evitáveis em comparação com a OCDE indicam que o planejamento do controle do câncer na região da ALC será mais eficaz e eficiente se visar fatores de risco como tabagismo, atividade física e sobrepeso/obesidade.

Definição e comparabilidade

Consulte o indicador "Mortalidade por todas as causas" no Capítulo 3 para obter a definição, a fonte e a metodologia subjacentes às taxas de mortalidade. Dos 33 países da ALC, ALC25 refere-se aos 25 países com dados de mortalidade medidos disponíveis no Banco de dados de mortalidade da OMS, enquanto ALC8 refere-se aos países cujos dados de mortalidade se baseiam em estimativas do IHME.

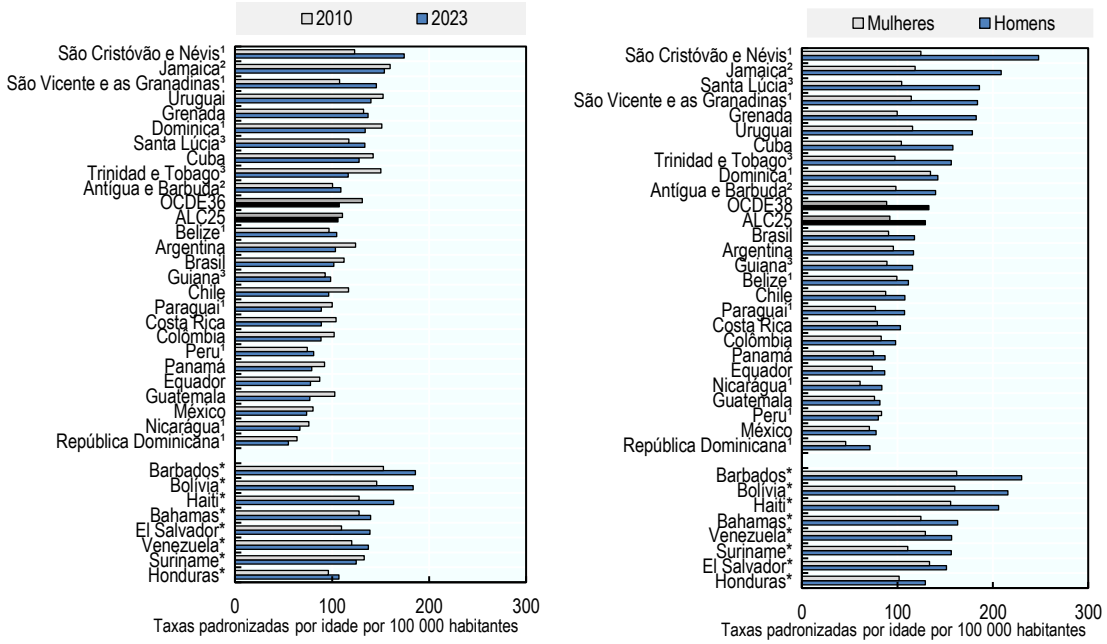
Referências

Ferlay J, E. (2024), *Global Cancer Observatory: Cancer Today*, International Agency for Research on Cancer, https://gco.iarc.who.int/today. [1]

Piñeros, M. et al. (2022), "An updated profile of the cancer burden, patterns and trends in Latin America and the Caribbean", *The Lancet Regional Health - Americas*, Vol. 13, p. 100294, https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100294. [3]

Whiteman, D. and L. Wilson (2016), "The fractions of cancer attributable to modifiable factors: A global review", *Cancer Epidemiology*, Vol. 44, pp. 203-221, https://doi.org/10.1016/j.canep.2016.06.013. [2]

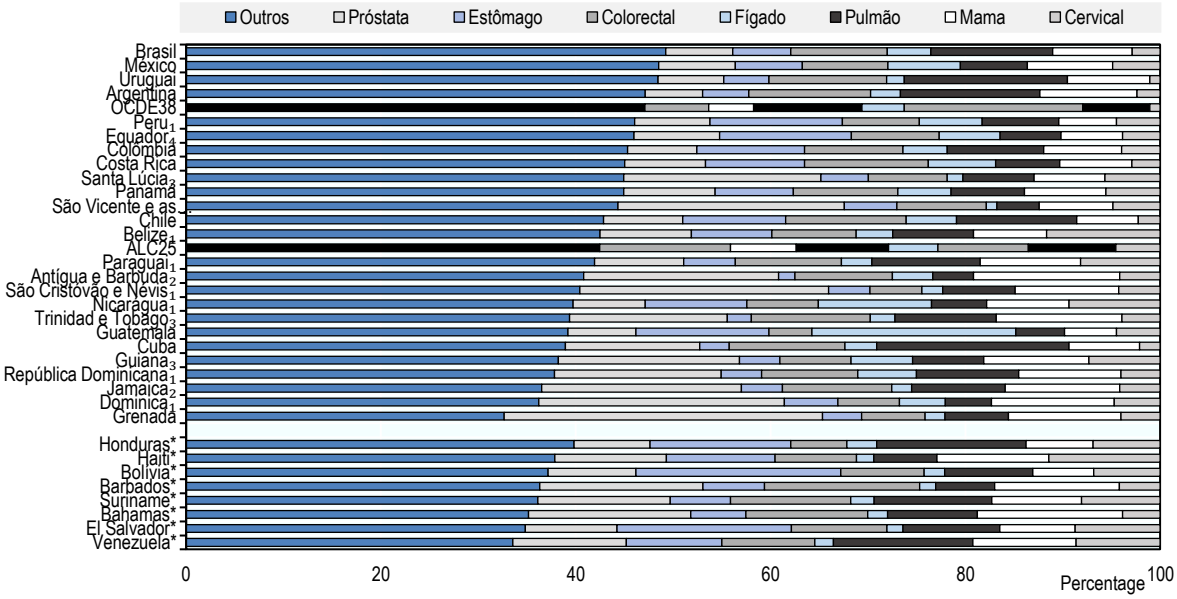
Gráfico 3.15. Taxas de mortalidade por câncer em 2010 e 2023 (ou ano mais recente), por sexo



Observação: *estimativas do IHME. 1. Dados de 2022. 2. Dados de 2021. 3. Dados de 2020. 4. Dados de 2024.
Fonte: Banco de dados de mortalidade da OMS (2026) e Global Burden of Disease (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/h9qv8k

Gráfico 3.16. Proporções de mortes por câncer, 2023 (ou ano mais recente)



Observação: *estimativas do IHME. 1. Dados de 2022. 2. Dados de 2021. 3. Dados de 2020. 4. Dados de 2024. Os cânceres de pulmão incluem cânceres de traqueia, brônquios e pulmão.
Fonte: Banco de dados de mortalidade da OMS e Global Burden of Disease (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/67ljid

Mortalidade por lesões

As lesões são uma das principais causas de morte e incapacidade em todas as faixas etárias, embora sejam em grande parte evitáveis, causando mais de 650.000 mortes nas Américas em 2019 – cerca de 9% de todas as mortes –, com riscos que variam substancialmente por país, causa, idade, sexo e faixa de renda (WHO, 2025[1]).

Os homens apresentaram taxas de mortalidade por lesões mais altas do que as mulheres na região da ALC em 2023, com 96,3 mortes por 100.000 homens e 22,2 mortes por 100.000 mulheres na ALC25, em comparação com 51,6 e 18,8 mortes por 100.000, respectivamente, entre os países da OCDE (Gráfico 3.17). Santa Lúcia apresenta a maior diferença de gênero, com uma taxa de mortalidade por lesões mais de nove vezes maior entre os homens em comparação com as mulheres, seguida por São Vicente e Granadinas, com taxas mais de oito vezes maiores. Por outro lado, Cuba e Antígua e Barbuda apresentam as menores diferenças de gênero, com índices de mortalidade por lesões de 2,5 em ambos os países.

A violência foi responsável por 24,8% e o tráfego rodoviário por 19,8% de todas as mortes por lesões nos países da ALC25, somando mais de 40% das mortes por lesões em 2023 (Gráfico 3.17). Nos países da OCDE, as principais causas de morte por lesão foram 22,7% devido a quedas e 21% por lesões autoinfligidas. Mais de 40% de todas as mortes por lesão puderam ser atribuídas à violência interpessoal em São Vicente e Granadinas, em Trinidad e Tobago, no Equador e na Colômbia, enquanto a menor proporção foi observada na Jamaica, no Chile, em Cuba e na Argentina, todas abaixo de 8% do total de mortes por lesões. No Uruguai, na Nicarágua, na Guiana e no Chile, as mortes por lesões autoinfligidas representaram mais de 20% do total de mortes por lesões, e menos de 6% na Dominica, na Guatemala, no Peru, na Jamaica e em São Vicente e Granadinas. A mortalidade por quedas foi mais alta em Cuba, representando 30,82% de todas as mortes por lesões, e mais baixa em Antígua e Barbuda, onde não foram registradas mortes. Os afogamentos representaram a maior parcela da mortalidade por lesões na Dominica, com 10,64%, e a menor em Antígua e Barbuda, onde não ocorreram mortes por afogamento.

A mortalidade por lesões decorrentes de violência apresentou um aumento de 82,5% nos países da ALC23 entre 2000 e 2023, enquanto a OCDE registrou uma redução de -34,9% (Gráfico 3.18). O maior aumento foi observado na Dominica, em Antígua e Barbuda, em São Vicente e Granadinas e na Costa Rica, com mais de 155%, enquanto a maior redução ocorreu na Colômbia (-64,4%), no Brasil (-59,1%) e na Nicarágua (-54,2%). No entanto, embora a Dominica pareça ser um caso atípico em termos de crescimento da mortalidade devido à violência, em termos absolutos, o aumento corresponde a apenas 11 mortes adicionais por 100.000 habitantes entre 2000 e 2022 (já que este é o último ano disponível). A mortalidade por lesões autoinfligidas no período também aumentou na ALC23 em 9,5%, em contraste com a redução de -18,9% na OCDE. O Paraguai apresenta o maior aumento, de 169,4%, e Santa Lúcia exibe a redução mais acentuada, de -69,9%. As mortes por acidentes de trânsito na ALC23 sofreram uma redução de -5,4% entre 2000 e 2023, enquanto a OCDE apresentou uma redução de -52,4%.

Os países da OCDE adotaram amplamente a abordagem do "Sistema Seguro" para a segurança rodoviária, combinando prevenção, veículos mais seguros, regulamentação mais rigorosa e fiscalização. Na ALC, no entanto, os acidentes de trânsito aumentaram ligeiramente nas últimas duas décadas, apesar dos esforços globais em segurança rodoviária que podem ter ajudado a moderar o aumento esperado associado ao número crescente de veículos. Fortalecer a governança da segurança rodoviária, investir em infraestrutura mais segura e adotar padrões internacionais de segurança veicular continuam sendo essenciais para reduzir lesões e mortes, particularmente entre usuários vulneráveis do trânsito (PAHO, 2024[2]).

Definição e comparabilidade

Consulte o indicador "Mortalidade por todas as causas" no Capítulo 3 para obter a definição, a fonte e a metodologia subjacentes às taxas de mortalidade. Dos 33 países da ALC, ALC18 ou ALC15 refere-se aos países com dados de mortalidade medidos disponíveis no Banco de dados de mortalidade da OMS, enquanto os restantes países se baseiam em estimativas do IHME.

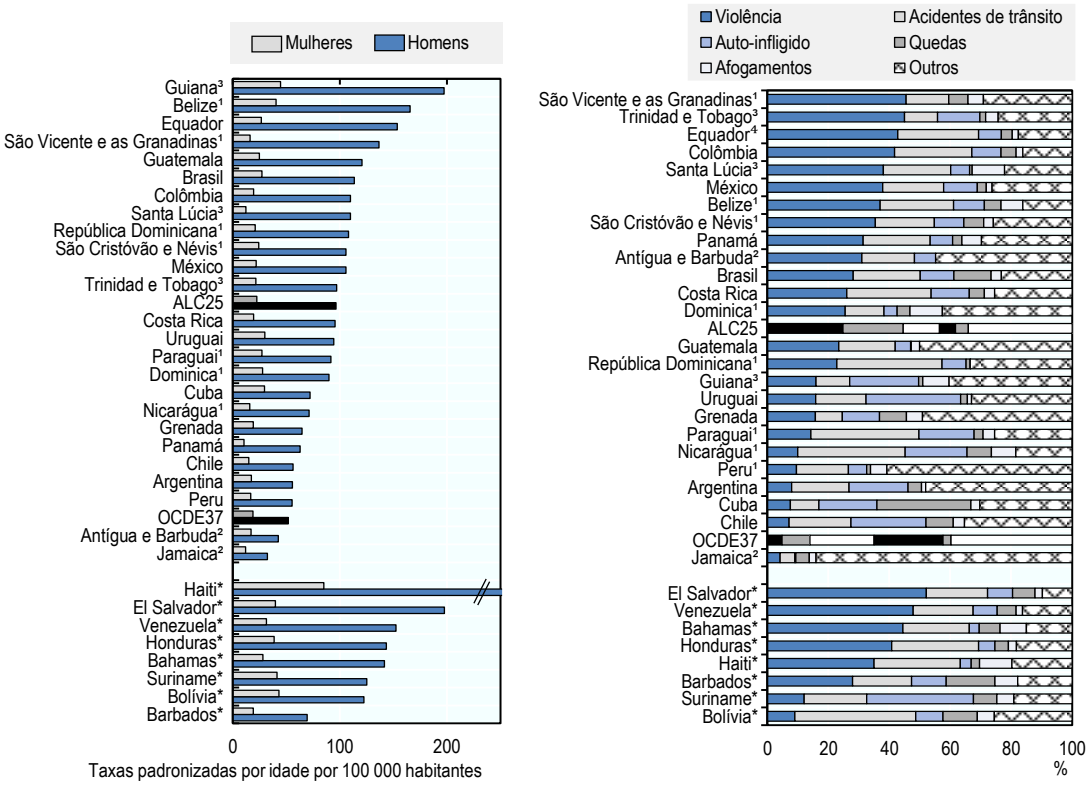
"Outras" causas de morte incluem exposição acidental a fatores não especificados ou intoxicação acidental por substâncias nocivas e exposição a essas substâncias, entre outras, e excluem as mortes por violência, quedas, afogamentos, acidentes de trânsito e mortes autoinfligidas. As mortes por lesões cuja intencionalidade não foi determinada são distribuídas proporcionalmente por todas as causas abaixo do nível do grupo de lesões.

Referências

PAHO (2024), *Salvar vidas promoviendo un enfoque de sistemas de tránsito seguros en las Américas.*, Pan American Health Organization, https://www.paho.org/es/node/98195. [2]

WHO (2025), *Global health estimates: Leading causes of death*, https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death (accessed on 1 December 2022). [1]

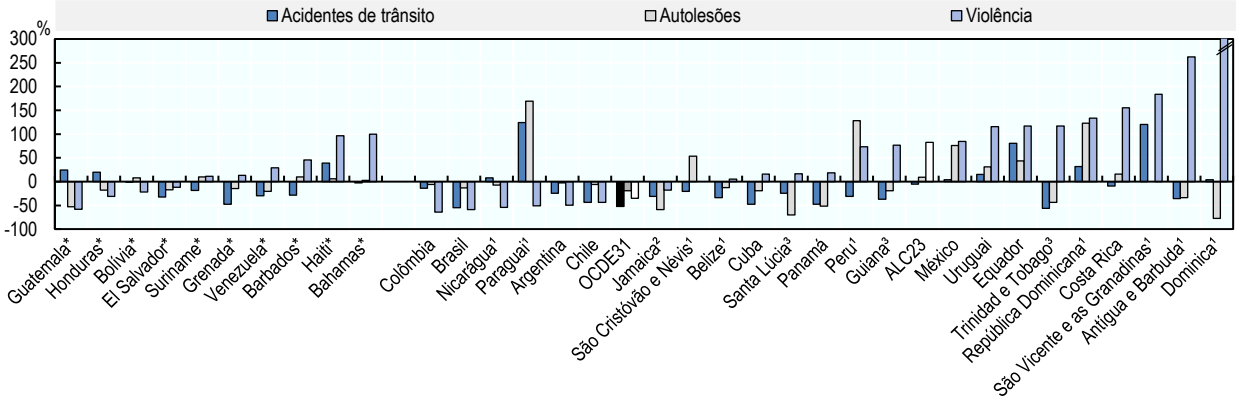
Gráfico 3.17. Mortalidade por lesões, por sexo masculino e feminino e por tipo, 2023 (ou ano mais recente)



Observação: *estimativas do IHME. 1. Dados de 2022. 2. Dados de 2021. 3. Dados de 2020. 4. Dados de 2024.
Fonte: Banco de dados de mortalidade da OMS (2026) e Global Burden of Disease (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/6cariu

Gráfico 3.18. Taxas de crescimento da mortalidade por acidentes de trânsito, lesões autoinfligidas e violência, 2000-2023 (ou ano mais recente)



Observação: *estimativas do IHME. 1. Dados de 2022. 2. Dados de 2021. 3. Dados de 2020.
Fonte: Banco de dados de mortalidade da OMS (2026) e Global Burden of Disease (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/trx4ks

Mortalidade materna

A mortalidade materna é um importante indicador do estado de saúde das mulheres e do desempenho do sistema de saúde. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável estabeleceram a meta de reduzir a taxa global de mortalidade materna para 70 por 100.000 nascidos vivos até 2030.

Na ALC, a taxa de mortalidade materna (TMM) foi, em média, de 72 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2023, substancialmente superior à média de 10 mortes por 100.000 nascidos vivos nos países da OCDE (Gráfico 3.19, gráfico à esquerda). Estimativas mostram que o Chile tem uma das TMM mais baixas, de 10, enquanto o Haiti teve uma das mais altas, de 328, seguido pela Venezuela e pela Bolívia, de 227 e 146, respectivamente. Apesar das taxas elevadas registradas em alguns países, entre 2000 e 2023, a taxa de mortalidade materna na região da ALC baixou para -33,3%, abaixo da redução de -37,6% registrada nos países da OCDE no mesmo período. Na Nicarágua, no Paraguai, no Suriname e no Chile, a TMM diminuiu cerca de 70%. No entanto, durante o mesmo período, a TMM aumentou em 5 países, com a Venezuela (163%), a República Dominicana (64,7%), a Jamaica (58,9%) e as Bahamas (48,1%) registrando aumentos superiores a 40% (Gráfico 3.19, gráfico à direita).

Em 27 países da ALC, a mortalidade materna tende a estar inversamente relacionada à cobertura de assistência qualificada ao parto; no entanto, outros fatores também podem influenciar a TMM (Gráfico 3.20). Doze países apresentaram uma cobertura de assistência qualificada ao parto superior à média da ALC e uma taxa de mortalidade materna mais baixa (quadrante superior esquerdo). O inverso ocorreu em 4 países (quadrante inferior direito). No entanto, em Cuba e na Jamaica, a cobertura de assistência qualificada ao parto foi a mais alta, com 100%, o que representa 3% acima da média da ALC, mas esses países também apresentaram uma TMM elevada, superior a 170, ou seja, mais do que o dobro da média da ALC. Isso pode sugerir desafios relacionados à qualidade dos cuidados. A maioria dos países (20) teve mais de 97% dos partos assistidos por profissionais de saúde qualificados. No entanto, permanecem lacunas substanciais na cobertura de assistência qualificada ao parto na Bolívia (72%), no México (88%) e no Paraguai (91%), todas abaixo da média da ALC27.

Uma maior cobertura de cuidados pré-natais (pelo menos quatro consultas) está ligeiramente inversamente correlacionada com as taxas de mortalidade materna (Gráfico 3.20). O quadrante superior esquerdo do gráfico, que representa alta cobertura de cuidados pré-natais e baixas taxas de mortalidade materna, inclui 9 dos países da ALC22. Como as taxas de mortalidade materna diminuíram significativamente em toda a região da ALC como um todo, elas podem não ser mais tão sensíveis a variáveis que anteriormente apresentavam fortes associações. A Bolívia e a Jamaica apresentam a maior TMM, acima de 140 mortes por 100.000 nascidos vivos e mais do que o dobro da média dos 22 países da ALC, que é de 62, com cobertura de cuidados pré-natais abaixo de 85%. Isso sugere que esses países poderiam reduzir sua TMM aumentando o número de consultas de cuidados pré-natais. No entanto, é importante considerar a experiência de países como Argentina, Antígua e Barbuda e Granada, que alcançaram baixas taxas de mortalidade materna apesar da cobertura pré-natal comparativamente mais baixa. Isso sugere que fatores adicionais, como garantir o acesso à saúde materna para todas as mulheres, melhorar sua qualidade e empoderar mulheres e comunidades para que exerçam seus direitos sexuais e reprodutivos, podem ter um impacto positivo na saúde materna e na prevenção da mortalidade materna evitável.

O risco de morte materna pode ser reduzido através do planejamento familiar, de um melhor acesso a cuidados pré-natais de alta qualidade e de assistência ao parto e cuidados pós-parto prestados por profissionais de saúde qualificados. Qualquer estratégia deve incluir medidas para combater as disparidades na prestação desses serviços essenciais de saúde reprodutiva às populações carentes. Além disso, o amplo fortalecimento dos sistemas de saúde e a agenda de cobertura universal de saúde, juntamente com ações multissetoriais (como educação para mulheres e combate à violência), são cruciais para a redução da mortalidade materna na região da ALC (WHO et al., 2018[1]).

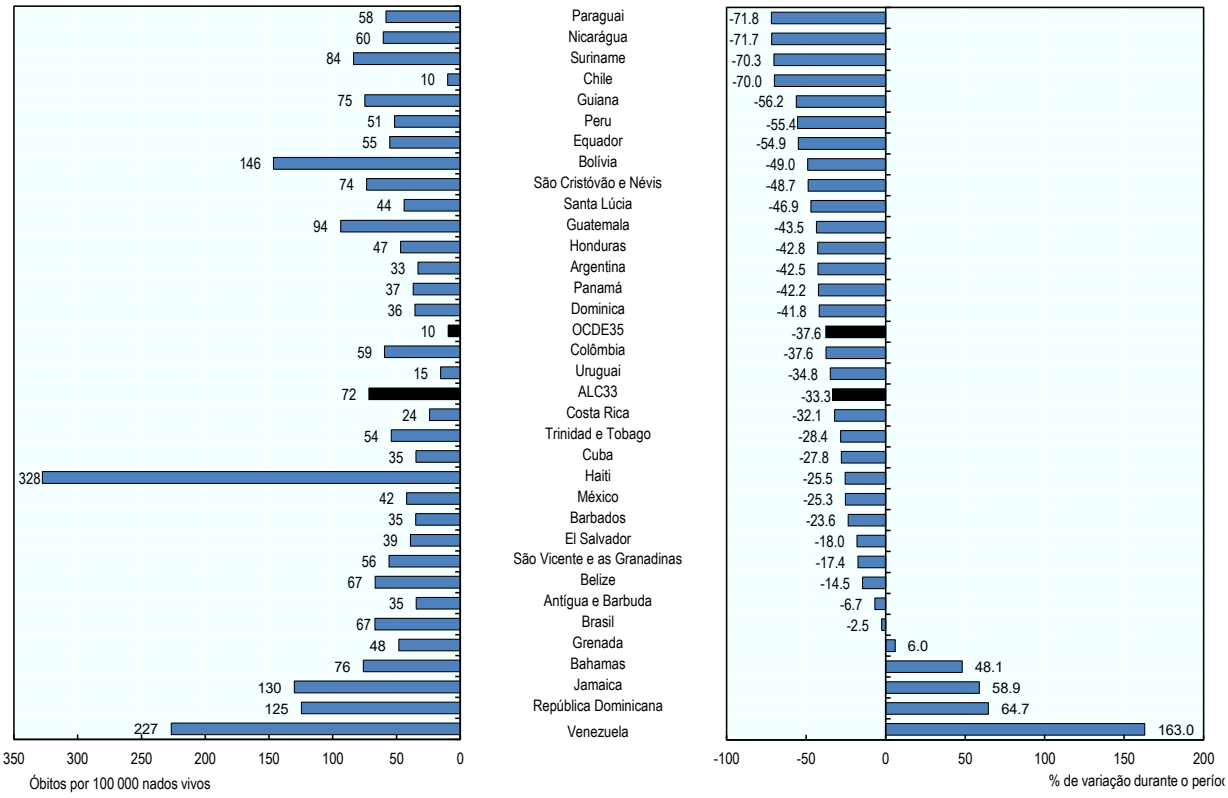
Definição e comparabilidade

A mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher durante a gravidez, durante o parto ou nos 42 dias subsequentes ao término da gravidez, independentemente da duração e do local da gestação, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou seu manejo, mas não por causas não intencionais ou acidentais. Isso inclui mortes diretas decorrentes de complicações obstétricas da gravidez, intervenções, omissões ou tratamento incorreto. Inclui também mortes indiretas devido a doenças preexistentes ou doenças que se desenvolveram durante a gravidez, quando estas foram agravadas pelos efeitos da gestação. A mortalidade materna é aqui medida pela taxa de mortalidade materna (TMM). Trata-se do número de mortes maternas em um determinado período por 100.000 nascidos vivos no mesmo período. Há dificuldades em identificar com precisão as mortes maternas. Muitos países da região não possuem sistemas de registro civil precisos ou completos, e, portanto, a TMM é derivada de outras fontes, incluindo censos, pesquisas domiciliares, relatos de familiares, autópsias verbais e estudos estatísticos. As estimativas devem, portanto, ser interpretadas com cautela. A Figura 20 utiliza as razões X e Y em comparação com a média da ALC. Elas mostram a distância até a média da ALC.

Referências

WHO et al. (2018), *Survive, Thrive, Transform. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health: 2018 report on progress towards 2030 targets*, World Health Organisation, Geneva, https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2018/05/EWECGSMonitoringReport2018.pdf. [1]

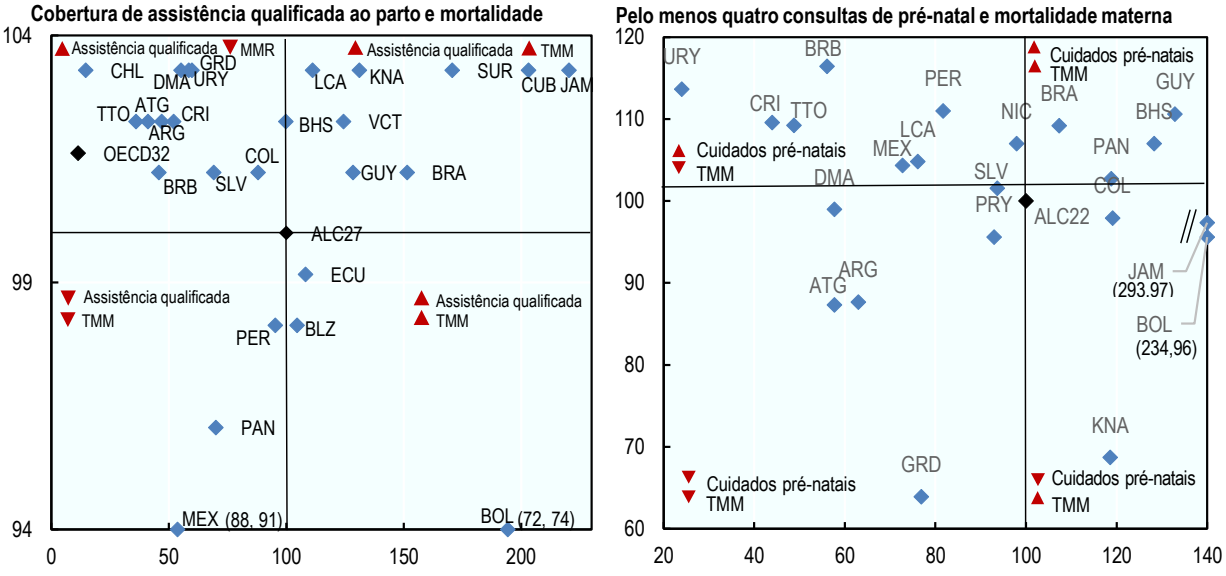
Gráfico 3.19. Taxa de mortalidade materna estimada, 2023, e variação percentual desde 2000



Observação: os valores da Costa Rica são de 2022.
Fonte: WHO Global Health Observatory (2025), explorador de dados da OCDE para membros da OCDE e média da OCDE.

StatLink https://stat.link/hqdg0n

Gráfico 3.20. Associação entre mortalidade materna e cobertura de assistência qualificada ao parto (esquerda), cobertura de cuidados pré-natais (direita), 2023 (ou ano mais recente)



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/5arokw

Saúde mental

Para que as pessoas tenham uma vida saudável e produtiva, é necessária uma boa saúde mental. Na região da ALC, estima-se que cerca de uma em cada quatro pessoas venha a sofrer de um transtorno de saúde mental ao longo da vida. A pandemia da COVID-19 teve um impacto substancial na saúde mental da população, somando-se às pressões existentes, como a conectividade digital constante, o isolamento social e a crise climática. As mulheres são afetadas de forma desproporcional pela ansiedade e pela depressão, enquanto a taxa média de suicídio entre os homens na ALC permanece consideravelmente mais alta do que a das mulheres (UNDP, 2025[1]).

A taxa média de prevalência de depressão e sintomas depressivos na ALC33 foi de 3.753 por 100.000 habitantes em 2024, consideravelmente inferior à prevalência da OCDE de 4.130 por 100.000 habitantes (Gráfico 3.21). Na região da ALC, a prevalência de depressão foi a mais alta no Chile, em Trinidad e Tobago e em Cuba, com mais de 4.200 casos por 100.000 habitantes, e a mais baixa na Colômbia, na Nicarágua e no Panamá, sendo inferior a 2.900 casos por 100.000 habitantes. Embora os dados para Colômbia, Paraguai e Argentina tenham sido coletados a partir de questionários de saúde enviados aos países, foram encontradas diferenças substanciais em comparação com os dados do IHME, já que todos os três relataram uma prevalência inferior a 2.300 por 100.000 habitantes. Essas diferenças podem ser explicadas pelo fato de que as estimativas do IHME de 2024 para a prevalência de depressão se baseiam em dados de pesquisas de saúde até 2015 e na literatura científica com dados até 2022.

Agora, as pessoas nos países da ALC estão relatando níveis mais elevados de ansiedade do que antes. Em 2021, a prevalência de ansiedade era de 6.632,7 casos por 100.000 habitantes, enquanto em 2024 essa taxa aumentou para 7.173,7 casos por 100.000 na região da ALC, com base nas estimativas do IHME. A prevalência média de ansiedade e sintomas de ansiedade na ALC é maior do que nos países da OCDE, onde a prevalência é de 6.659,4 casos por 100.000 habitantes (Gráfico 3.22). A ansiedade não está distribuída uniformemente na região da ALC, variando de 4.820,0 casos por 100.000 habitantes no Panamá a 11.376 por 100.000 no Brasil.

No que diz respeito às mortes por suicídio, a ALC25 registrou uma média de 7,1 mortes por 100.000 habitantes em 2023, abaixo da média da OCDE37 de 9,7 mortes por 100.000 habitantes. Apenas Guiana, Uruguai, Cuba e Paraguai apresentaram taxas de mortalidade por suicídio acima da média da OCDE, com 25,9, 21,2, 11,2 e 10,1 por 100.000 habitantes, respectivamente, em 2023. São Vicente e Granadinas e a Jamaica registraram menos de 2 mortes por suicídio por 100.000 habitantes em 2023 (Gráfico 3.23). Em geral, a mortalidade autoinfligida aumentou na região da ALC25 em 11,7% desde 2010, em contraste com a redução de 16,7% observada nos países da OCDE. Granada e Paraguai registraram os maiores aumentos na região, com 451,5% e 135,9%, respectivamente. No entanto, embora Granada pareça ser um caso atípico em termos de variação percentual relativa na mortalidade por lesão autoinfligida, em termos absolutos o aumento equivale a apenas 4 mortes adicionais por 100.000 habitantes entre 2010 e 2023.

Os países da ALC poderiam fortalecer os resultados em saúde mental seguindo as recomendações delineadas pela OPAS. Estas incluem aumentar o investimento em serviços comunitários de saúde mental e promover parcerias e colaboração entre ministérios, agências governamentais, instituições acadêmicas e organizações não governamentais em uma abordagem de "governo como um todo". O modelo dos Centros de Saúde Mental Comunitária (CSMC) no Peru, que descentraliza os cuidados psiquiátricos para o nível da atenção primária, constitui um bom exemplo. Intervenções adicionais envolvem programas no local de trabalho e estratégias de prevenção do suicídio, bem como a incorporação de apoio à saúde mental e psicossocial nos planos de preparação e resposta a emergências. Por fim, o aprimoramento da coleta de dados é destacado como essencial para apoiar a elaboração de políticas baseadas em evidências (PAHO, 2023[2]).

Definição e comparabilidade

A categoria de transtornos depressivos da classificação de doenças do GBD inclui o transtorno depressivo maior e a distimia. Os transtornos de ansiedade são classificados como causa de Nível 3 e não são subdivididos em subtipos de Nível 4. As estimativas do GBD foram baseadas em dados de prevalência identificados por meio de buscas sistemáticas em documentos publicados e não publicados, microdados de pesquisas, registros administrativos de atendimentos de saúde, registros e sistemas de vigilância de doenças catalogados no site Global Health Data Exchange (Neufeld, 2022[3]).

O registro de suicídio é um procedimento complexo, afetado por fatores como a forma de apuração da intenção, quem é responsável por preencher a certidão de óbito, e dimensões culturais, incluindo o estigma. Portanto, é necessário ter cuidado ao comparar as taxas entre países. As taxas de mortalidade padronizadas por idade são baseadas no número de óbitos dividido pelo tamanho da população correspondente. A fonte é o banco de dados de mortalidade da OMS; os suicídios são classificados pelos códigos X60-X84 e Y870 da CID-10.

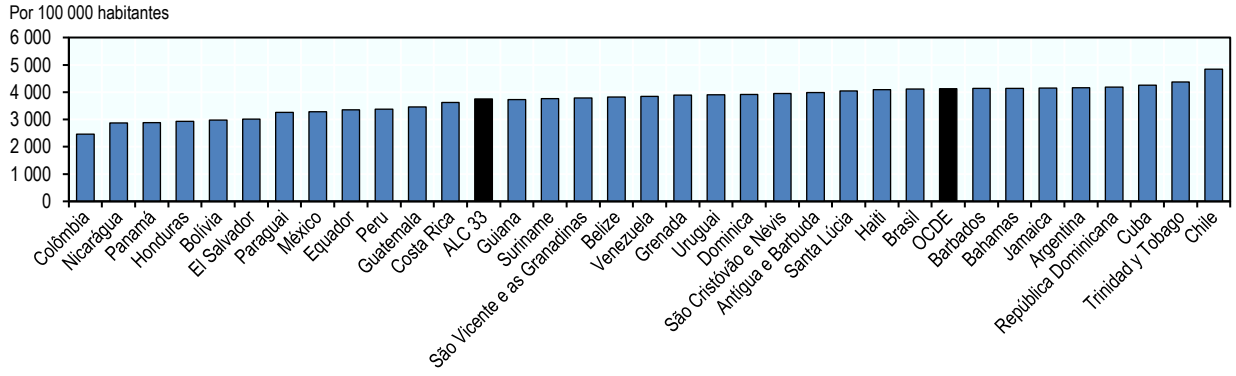
Referências

Neufeld, S. (2022), “The burden of young people’s mental health conditions in Europe: No cause for complacency”, *The Lancet Regional Health - Europe*, Vol. 16, p. 100364, https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100364. [3]

PAHO (2023), *Policy for Improving Mental Health*, Pan American Health Organization, https://www.paho.org/en/documents/policy-improving-mental-health. [2]

UNDP (2025), *Strong on the Outside, Struggling Within: A decline in Mental Health in LAC*, https://www.undp.org/latin-america/blog/strong-outside-struggling-within-decline-mental-health-lac. [1]

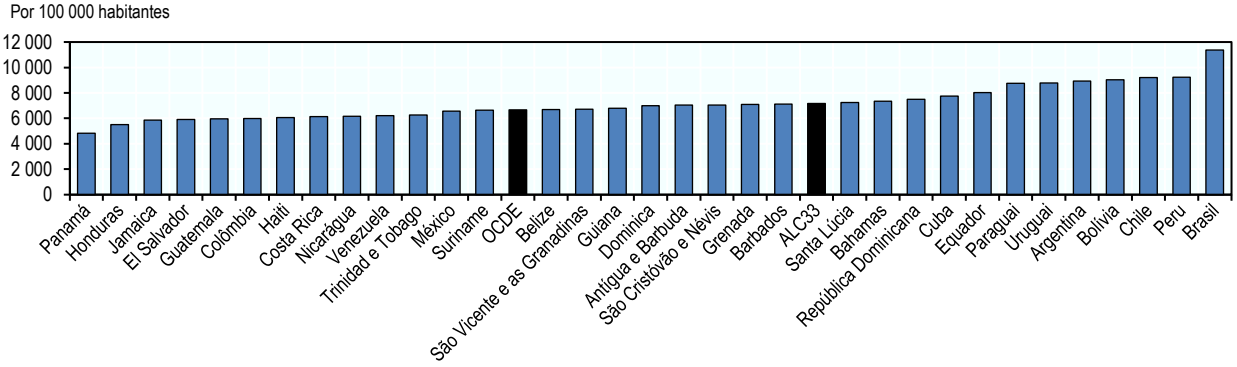
Gráfico 3.21. Estimativas da prevalência de depressão ou sintomas de depressão, 2024



Fonte: Global Burden of Disease (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/748zmv

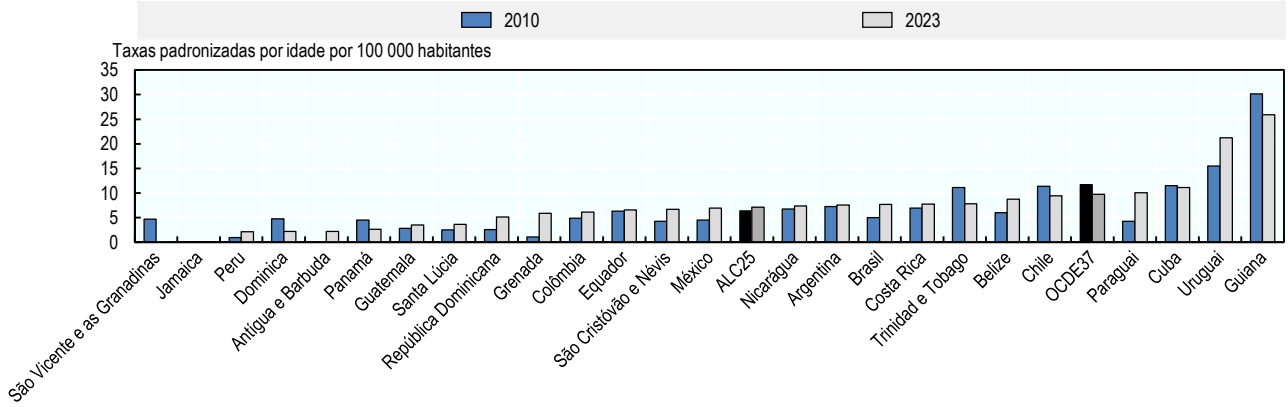
Gráfico 3.22. Estimativas da prevalência de ansiedade ou sintomas de ansiedade, 2024



Fonte: Global Burden of Disease (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/q6ufz2

Gráfico 3.23. Mortes por lesões autoinfligidas, 2010 e 2023 (ou ano mais recente)



Fonte: banco de dados da OMS sobre a mortalidade (2026).

StatLink https://stat.link/03fepn

Tuberculose

Globalmente, em 2024, o número total de novos casos de tuberculose (TB) foi estimado em 10,7 milhões, dos quais 3,3% foram observados na região das Américas da OMS. O número de mortes por TB foi estimado globalmente em 1,08 milhão, com as Américas registrando um pico em 2022, seguido por um declínio em 2023 e uma estabilização em 2024 (WHO, 2025[1]). A maioria dos casos de tuberculose é evitável se diagnosticada precocemente e se for fornecido tratamento adequado. A tuberculose foi declarada emergência de saúde global pela OMS em 1993, e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável preveem o fim da epidemia até 2030.

A maior taxa de incidência foi observada no Haiti, no Peru e em El Salvador, com 175, 139 e 116 casos por 100.000 habitantes em 2024, respectivamente (Gráfico 3.24. gráfico à esquerda). Baixas taxas de incidência foram relatadas particularmente na região do Caribe, com menos de dois casos por 100.000 habitantes em Santa Lúcia, Antígua e Barbuda, Barbados, São Cristóvão e Nevis e Granada. Os maiores números de casos confirmados de tuberculose resistente à rifampicina (TB-RR) e tuberculose multirresistente (TB-MR) em 2024 foram encontrados no Peru e no Brasil, com 2.379 e 1.417 casos, respectivamente (Gráfico 3.24, gráfico à direita). Esses níveis são compatíveis com estratégias de busca ativa de casos com ampla cobertura e de testagem molecular em ambos os países. O menor número de casos resistentes foi observado nos países do Caribe, incluindo Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados e Dominica, entre outros.

Os serviços de alta qualidade para tuberculose se expandiram nos países da ALC; no entanto, grandes disparidades são encontradas na região. As taxas de sucesso do tratamento foram excelentes em Barbados, com 100% de sucesso, e em El Salvador, Cuba, Nicarágua e Costa Rica, com mais de 85% de sucesso. Em contrapartida, a taxa de sucesso do tratamento é mais baixa na Jamaica, com 38%, seguida por Santa Lúcia, com 50%, bem abaixo da média da ALC30 de 74% (Gráfico 3.25 - gráfico à esquerda).

Em geral, a região da ALC está enfrentando os desafios apresentados pela tuberculose, com a incidência e a mortalidade diminuindo de forma constante desde 1990, apesar das disparidades regionais. A redução média da incidência na região da ALC entre 2000 e 2024 foi de 54%. A maior queda nesse período foi observada em Santa Lúcia, em Honduras e na Jamaica, com redução superior a 80%, enquanto em El Salvador a incidência dobrou, passando de 58 para 116 casos por 100.000 habitantes entre 2000 e 2024 (Gráfico 3.25 - gráfico à direita).

Em 2023, a região das Américas registrou um número maior de casos de tuberculose comparado aos níveis pré-pandemia; no entanto, 80% dos casos concentraram-se em oito países (PAHO, 2025[2]). O combate à TB-MR exige técnicas moleculares, incluindo testes rápidos de diagnóstico molecular, métodos de cultura ou tecnologias de sequenciamento, que muitas vezes não estão disponíveis nos países que mais precisam delas. A iniciativa ShORT (Regimes Curtos e Totalmente Orais para tratar a Tuberculose Resistente à Rifampicina), alinhada às diretrizes da OMS para o tratamento da TB-DR, está atualmente sendo implementada em alguns países da ALC, incluindo República Dominicana, Peru, Brasil e Equador. Esses regimes de tratamento curto, totalmente orais e modificados, oferecem benefícios substanciais ao reduzir a duração do tratamento em comparação com as terapias padrão, melhorando assim a adesão do paciente. Sua eficácia já foi avaliada na República Dominicana, onde as diretrizes nacionais foram atualizadas em conformidade (Rodríguez et al., 2025[3]). No entanto, a adoção desses regimes é ainda limitada na região da ALC, e a expansão da sua implementação poderia melhorar ainda mais o controlo regional da TB-MR.

Definição e comparabilidade

A tuberculose (TB) é uma doença contagiosa, causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. Geralmente ataca os pulmões, mas também pode afetar outras partes do corpo. A tuberculose se propaga pelo ar quando pessoas com a doença ativa tossem, espirram, falam ou cospem. A maioria das infecções em humanos é latente e assintomática, com cerca de uma em cada dez infecções latentes evoluindo eventualmente para a doença ativa. Se não for tratada, a tuberculose ativa mata entre 20% e 70% dos indivíduos infectados em um período de dez anos, dependendo da gravidade.

A taxa de incidência da tuberculose é o número estimado de novos casos da doença que ocorrem em um ano, por 100.000 habitantes. A taxa de prevalência da tuberculose é o número total de pessoas com a doença em um determinado momento, por 100.000 habitantes.

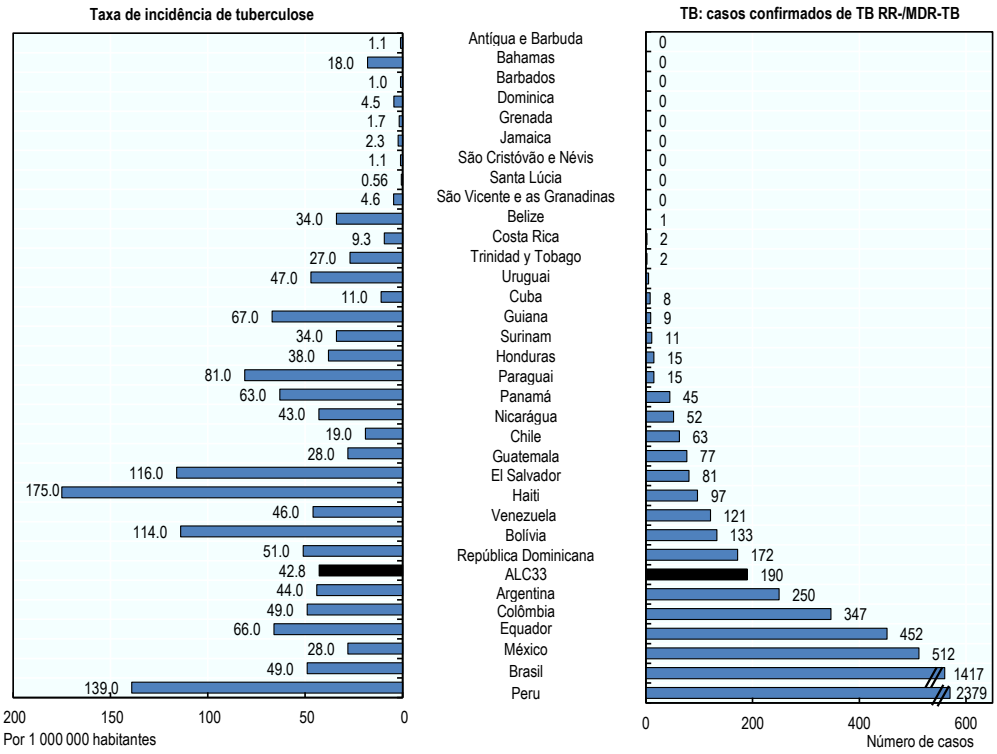
Referências

PAHO (2025), *Tuberculosis: Highlights*, Pan American Health Organization, https://www.paho.org/en/topics/tuberculosis (accessed on 5 December 2025). [2]

Rodríguez, M. et al. (2025), "Evaluation of a modified short all oral treatment regimen for rifampicin-multidrug resistant tuberculosis in Dominican Republic", *BMC Infectious Diseases*, Vol. 25/1, https://doi.org/10.1186/s12879-024-10417-w. [3]

WHO (2025), *The Global Health Observatory*, World Health Organization, Geneva, https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/number-of-incident-tuberculosis-cases. [1]

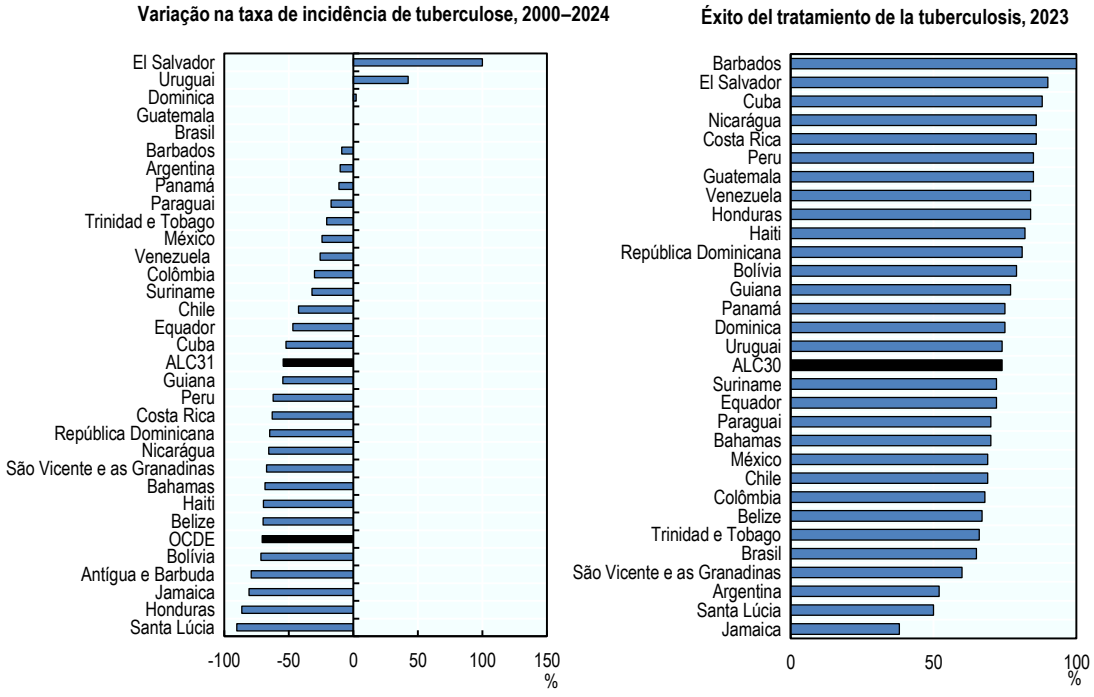
Gráfico 3.24. Taxa de incidência de tuberculose e casos confirmados de tuberculose resistente a medicamentos, 2024



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/jzedxg

Gráfico 3.25. Variação na taxa de incidência de tuberculose, 2000-2024, e sucesso do tratamento da tuberculose para novos casos, 2023 (ou dados mais recentes disponíveis)



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/r9qhm2

HIV/AIDS

O HIV/AIDS tem tido um impacto substancial na saúde na região da ALC desde o início da década de 1980. A ONU estabeleceu a meta de eliminar a AIDS como ameaça pública no âmbito dos ODS até 2030, com uma meta definida como a redução do número de novas infecções por HIV e mortes relacionadas à AIDS em 90% em relação a 2010 (UNAIDS, 2014[1]).

Na ALC26, a prevalência em adultos com idades entre 15 e 49 anos variou de 0,2% na Guatemala e em Honduras a 1,6% no Haiti, no Suriname e na Guiana em 2024 (Gráfico 3.26, gráfico à esquerda). Embora a prevalência geral na região seja relativamente baixa, o número de pessoas vivendo com HIV é superior a 2,1 milhões nos países que enviaram relatórios, a maioria das quais vive no Brasil, com 1.100.000 pessoas, seguido pelo México, com 400.000, e pela Colômbia, com 230.000 (Gráfico 3.26, gráfico à esquerda).

A ampliação do acesso à terapia antirretroviral (TARV) aumentou as taxas de sobrevivência das pessoas que vivem com HIV, mas cerca de metade das pessoas elegíveis para tratamento do HIV em todo o mundo ainda não o recebem. Na ALC25, a cobertura estimada foi particularmente baixa (<50%) no Suriname e em Santa Lúcia, enquanto é igual e superior a 80% no Haiti, no Peru e no Equador (Gráfico 3.27). Embora alguns países com alta prevalência (por exemplo, o Haiti) estejam abordando a questão da cobertura de tratamento, a região permanece substancialmente longe do objetivo de tratar 90% das pessoas que vivem com HIV/AIDS.

A tendência de novas infecções por HIV nos últimos anos na região da ALC aumentou, em geral, 10% entre 2010 e 2024. No entanto, os países do Caribe apresentam uma tendência diferenciada, pois alcançaram progressos substanciais na redução de novas infecções por HIV desde 2010 (UNAIDS, 2024[2]). Em 2024, mais de 65% das novas infecções na região da ALC ocorreram no Brasil, no México e na Venezuela, sendo que o Brasil, sozinho, foi responsável por mais de um terço (42,3%) das novas infecções. Entre 2010 e 2024, o Haiti, as Bahamas, Barbados e o Equador reduziram as taxas de incidência em mais de 20% (Gráfico 3.27). Entre os países que relataram um aumento na incidência, a Venezuela registrou o maior crescimento, com 179%, seguida pelo Peru, com 51%, e pela Guatemala e El Salvador, com mais de 40%. Esses aumentos também são parcialmente explicados pela ampliação do acesso ao diagnóstico e aos kits de autoteste.

Para cumprir as metas da UNAIDS para o HIV, alinhadas com a meta 3.3 dos ODS de acabar com a AIDS como ameaça à saúde pública até 2030, a disponibilidade de profilaxia pós-exposição e de autoteste de HIV deve ser ampliada, enquanto o acesso à PrEP deve ser mantido (UNAIDS, 2024[2]). A rápida ampliação da terapia antirretroviral (TARV) na ALC oferece uma oportunidade sem precedentes para implementar com sucesso intervenções baseadas em antirretrovirais para prevenção e tratamento, bem como para integrar a TARV a outros serviços essenciais relacionados à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, incluindo o combate à hepatite B e C, à tuberculose, o fornecimento de agulhas e seringas esterilizadas, a terapia assistida por medicamentos e as doenças não transmissíveis. Os benefícios da TARV e dos serviços integrados só podem ser plenamente alcançados se as pessoas que vivem com HIV forem diagnosticadas e encaminhadas com sucesso para os serviços de atendimento. Isso exigirá esforços direcionados para eliminar as barreiras entre as populações desproporcionalmente afetadas pelo HIV/AIDS, incluindo profissionais do sexo, seus clientes, homens que fazem sexo com homens, pessoas transgênero e usuários de drogas injetáveis, juntamente com colaborações com partes interessadas e a sociedade civil nos níveis nacional e subnacional (Bekker et al., 2018[3]).

Definição e comparabilidade

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um retrovírus que destrói ou prejudica as células do sistema imunológico. À medida que a infecção pelo HIV progride, a pessoa torna-se mais suscetível a infecções. O estágio mais avançado da infecção pelo HIV é a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Pode levar de 10 a 15 anos para que uma pessoa infectada pelo HIV desenvolva AIDS, embora os medicamentos antirretrovirais possam retardar o processo.

A prevalência do HIV entre adultos de 15 a 49 anos é calculada como o número estimado de pessoas nessa faixa etária que vivem com HIV dividido pelo número total de pessoas de 15 a 49 anos no país nesse momento.

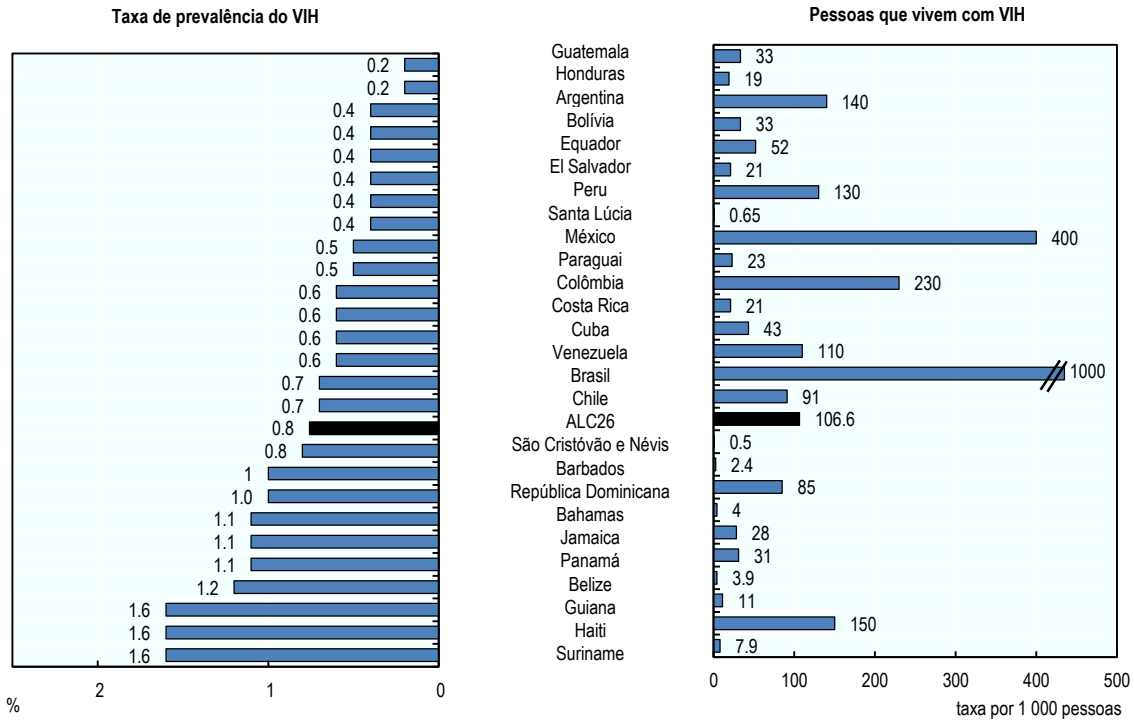
Referências

Bekker, L. et al. (2018), “Advancing global health and strengthening the HIV response in the era of the Sustainable Development Goals: the International AIDS Society-Lancet Commission.”, *Lancet (London, England)*, Vol. 392/10144, pp. 312-358, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31070-5. [3]

UNAIDS (2024), *AIDS info. Global data on HIV epidemiology and response*, https://aidsinfo.unaids.org/. [2]

UNAIDS (2014), *90–90–90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva, https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf (accessed on 1 October 2019). [1]

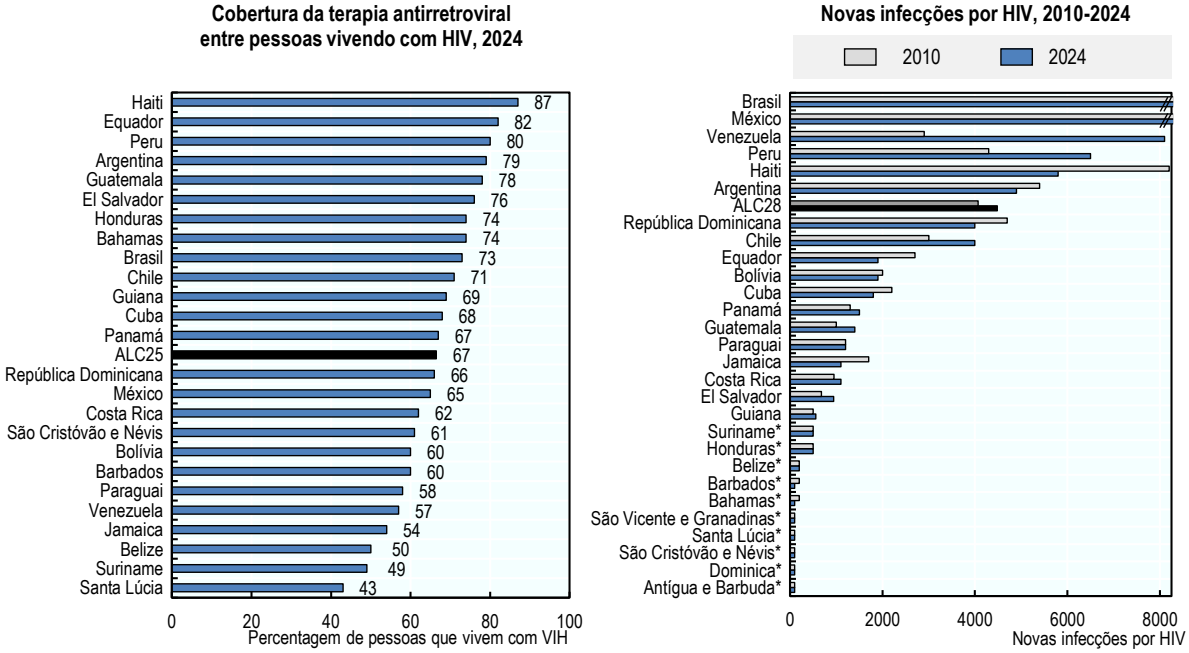
Gráfico 3.26. Taxa de prevalência do HIV, porcentagem de adultos com idades entre 15 e 19 anos e pessoas vivendo com HIV, número absoluto em milhares, 2024



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/j9hn6k

Gráfico 3.27. Cobertura da terapia antirretroviral entre pessoas vivendo com HIV (2024) e novas infecções por HIV



Observações: no gráfico à esquerda, apenas os valores para 2024 são mostrados, *indica que o valor é "menor que" o número mostrado. Brasil (22.000 e 18.000) e México (55.000 e 51.000) foram truncados no gráfico à esquerda para os valores de 2024 e 2010, respectivamente.
Fonte: WHO Global Health Observatory 2025, UNAIDS 2025.

StatLink https://stat.link/s7blv0

Doenças transmitidas por mosquitos

Malária, dengue e zika são três doenças transmissíveis pela picada de mosquitos infectados. Elas estão presentes na ALC com graus variáveis de incidência. A malária é uma doença tropical causada por um parasita presente no mosquito e provoca sintomas como febre, dor de cabeça e vômito. Como parte das metas dos ODS, a ONU estabeleceu a meta de acabar com a epidemia de malária até 2030. Globalmente, a incidência de casos de malária diminuiu 25,6% entre 2000 e 2015; no entanto, aumentou 8,5% entre 2015 e 2024. Em termos de taxas de mortalidade, elas quase se reduziram pela metade entre 2000 e 2015, mas o progresso desacelerou desde então, com apenas mais uma redução de 7,4% nos últimos 9 anos (WHO, 2025[1]).

Na região da ALC, os esforços dos países reduziram significativamente os novos casos de malária, erradicando-a quase ou completamente na Argentina, em Belize, em El Salvador, no Paraguai, no Suriname, no México, na República Dominicana, no Equador, na Guatemala, em Honduras e na Costa Rica; além disso, vários países não relatam mais dados de incidência. No entanto, a região continua vulnerável a surtos. A maior incidência na região é observada na Guiana, com 43 casos por 1.000 habitantes em risco em 2023 (Gráfico 3.28, gráfico à esquerda). Em 2023, a Venezuela apresentou o maior número estimado de mortes por malária, com 118 pessoas falecidas no país, seguida por Brasil, Haiti e Guiana, com 73, 60 e 42 mortes, respectivamente (Gráfico 3.28, gráfico à direita).

A dengue é uma infecção viral causada pelo mosquito Aedes aegypti e continua sendo um problema de saúde pública nas Américas, apesar dos esforços dos países para preveni-la e mitigá-la. A dengue causa uma doença grave semelhante à gripe e, às vezes, pode causar uma complicação potencialmente letal chamada dengue severa. A incidência da dengue na região é heterogênea, mas aumentou de maneira geral na região da ALC nos últimos quatro anos. Em alguns países, como Guiana, Brasil e Paraguai, o aumento foi de dez vezes ou mais. A Guiana tem a maior incidência, com 5.572 casos por 100.000 habitantes, seguida pelo Brasil, com 4.843, e pelo Paraguai, com 4.269 (Gráfico 3.29 - gráfico à esquerda). A letalidade da doença também varia, indo de nenhuma morte registrada em 16 países da ALC, incluindo Bahamas, Chile e Cuba, entre outros, até 3,2% dos casos resultando em mortes no Suriname, que é o país com a quarta menor incidência (Gráfico 3.29 - gráfico à direita). Isso poderia sugerir a subnotificação de casos ou limitações do sistema de saúde.

A febre Zika é uma doença viral causada pelo vírus Zika, transmitida pelo mosquito Aedes aegypti, que se manifesta por febre baixa, erupção cutânea, dores de cabeça, artralgia, mialgia, astenia e conjuntivite não purulenta. A incidência do Zika é muito alta no Brasil, com 20,4 casos por 100.000 habitantes em 2024. Belize e Bolívia vêm em seguida, com 7,43 e 2,15 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. A alta incidência relatada no Brasil pode refletir, em parte, sua vigilância relativamente robusta e sua capacidade laboratorial para detectar infecções por Zika, em comparação com outros países da América Latina e do Caribe, que podem subnotificar casos. Vários países da região não relataram nenhum caso de Zika em 2021 (Gráfico 3.30).

As doenças transmitidas por mosquitos afetam desproporcionalmente as comunidades economicamente desfavorecidas, que carecem de métodos de prevenção adequados e de saneamento e infraestrutura modernos. É essencial que os países garantam acesso equitativo a serviços de prevenção e controle de qualidade nessas comunidades para protegê-las de doenças transmissíveis como malária, chikungunya, dengue e zika. A preparação e o controle de surtos são cruciais para uma prevenção e resposta adequadas, para a qual os países devem desenvolver suas capacidades e recursos. O uso de redes tratadas com inseticida e a pulverização residual em ambientes fechados com inseticidas são medidas preventivas importantes para que as populações em risco evitem picadas de mosquito, e o aumento da educação e da conscientização ajuda a garantir que as comunidades saibam como se proteger.

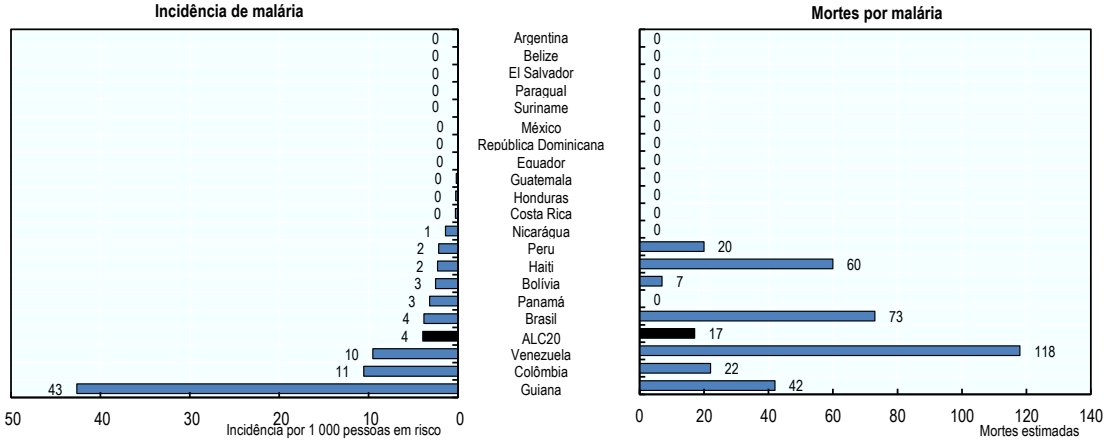
Definição e comparabilidade

A subnotificação de casos e mortes por doenças transmitidas por mosquitos continua sendo um grande desafio em países com acesso inadequado e limitado aos serviços de saúde e sistemas de vigilância fracos. O número de mortes causadas por doenças transmitidas por mosquitos foi estimado ajustando o número de casos notificados para garantir a notificação completa, a probabilidade de os casos serem positivos para o parasita e a extensão da utilização dos serviços de saúde. A população em risco é definida como a população que vive em áreas onde ocorre a transmissão da malária.

Referências

WHO (2025), *World malaria report 2025: addressing the threat of antimalarial drug resistance*, World Health Organization, https://iris.who.int/handle/10665/383951 (accessed on 8 December 2025). [1]

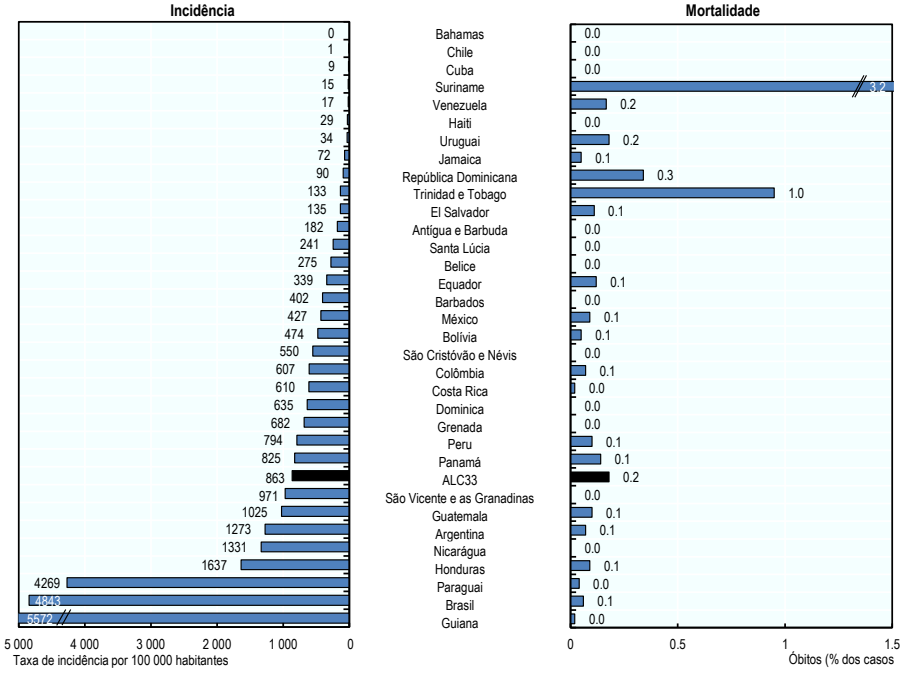
Gráfico 3.28. Incidência de malária e mortes estimadas, 2022-2023



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/swtnh8

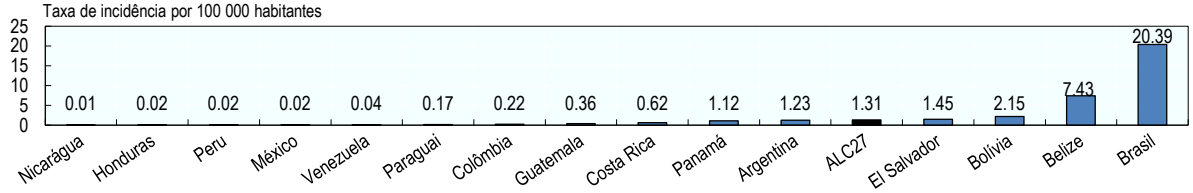
Gráfico 3.29. Incidência e mortalidade por dengue, 2024 (ou ano mais recente)



Fonte: OPAS 2025.

StatLink https://stat.link/ktglu3

Gráfico 3.30. Incidência do Zika, 2023-2024



Observação: Barbados, Chile, Equador, Jamaica, Uruguai, Suriname, Santa Lúcia, Bahamas, Cuba, República Dominicana, Haiti e Granada relataram incidência zero em 2024 e foram omitidos do gráfico.
Fonte: OPAS 2025.

StatLink https://stat.link/dqcsfe

Diabetes

O diabetes é uma doença metabólica crônica caracterizada por níveis elevados de glicose no sangue, causada pela produção insuficiente de insulina ou pela resposta reduzida à insulina. Pessoas com diabetes correm maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares, como ataque cardíaco e acidente vascular cerebral. Elas também apresentam riscos elevados de perda de visão, amputação de pés e pernas devido a danos nos nervos e vasos sanguíneos, e insuficiência renal que requer diálise ou transplante. Globalmente, estima-se que 589 milhões de adultos viviam com diabetes em 2022, em comparação com 415 milhões em 2014 (IDF, 2025[1]). Essa estimativa é muito inferior à estimativa da OMS/NCD-RisC de 828 milhões de pessoas com 18 anos ou mais com diabetes em 2022 (Zhou et al., 2024[2]). No entanto, essas disparidades podem refletir variações nos métodos de diagnóstico e nas abordagens de modelagem. Apesar disso, a prevalência global de diabetes aumentou desde 2014 e deve chegar a 852,5 milhões até 2050 (IDF, 2025[1]). Na ALC, mais de 40 milhões de adultos (com 20 anos ou mais) vivem com diabetes e cerca de metade deles não são diagnosticados e não têm consciência do desenvolvimento de complicações a longo prazo.

Em todos os 33 países da ALC, a prevalência média de diabetes é de 16,7% entre os homens e de 18,1% entre as mulheres (Gráfico 3.31). As maiores diferenças foram observadas em países do Caribe, como Dominica e Barbados, onde as mulheres tinham, respectivamente, 60,4% e 34,8% mais chances de ter diabetes. Em contrapartida, em países como Argentina, Venezuela, Bolívia, Guatemala, Costa Rica e Uruguai, o diabetes foi mais prevalente entre os homens, seguindo a mesma tendência observada nos países da OCDE. As evidências sugerem que a região do Caribe apresenta uma das maiores prevalências de diabetes na ALC, refletindo determinantes biológicos e sociais da saúde, incluindo níveis mais elevados de obesidade e acesso limitado a serviços de prevenção (Guariguata et al., 2018[3]).

A porcentagem média de prevalência de diabetes na ALC33 foi de 11% em 2024, consideravelmente superior à prevalência de 8% observada nos países da OCDE (Gráfico 3.31). Dentro da região da ALC, a prevalência de diabetes foi mais alta na República Dominicana, no México e na Guiana, com prevalência acima de 16%, e mais baixa na Bolívia, no Equador e em Honduras, igual ou inferior a 5%. Em geral, a prevalência de diabetes na ALC aumentou 11,74% desde 2011, permanecendo abaixo do aumento de 16,7% observado nos países da OCDE. A República Dominicana registrou o maior aumento relativo, de 117,28%, enquanto a prevalência na Bolívia diminuiu aproximadamente 48,5% no período de 2011 a 2024.

A prevalência de diabetes está altamente correlacionada com a mortalidade atribuível ao diabetes (Gráfico 3.32). No entanto, países como Barbados e Dominica apresentam mortalidade atribuível ao diabetes superior a 20%, apesar de apresentarem valores de prevalência inferiores a 14%. Em contrapartida, a República Dominicana apresenta a maior prevalência de diabetes entre os países da ALC, mas a mortalidade atribuível é muito inferior ao esperado. Isso sugere que fatores adicionais, como comportamentos de risco modificáveis (por exemplo, consumo de álcool e tabaco) e acesso a diagnóstico, tratamento e controle glicêmico oportunos, podem desempenhar um papel crítico na determinação da mortalidade relacionada ao diabetes, além da prevalência por si só.

As iniciativas políticas devem abordar tanto a prevalência quanto a mortalidade por diabetes, fortalecendo a prevenção e o manejo integrados das DNTs, especialmente nos cuidados primários. A prevalência pode ser reduzida por meio de ações sobre fatores de risco modificáveis, incluindo dietas não saudáveis, sedentarismo, uso de tabaco e álcool, apoiadas por medidas em nível populacional, como impostos sobre produtos de saúde, rotulagem nutricional e triagem para hipertensão e outros riscos de diabetes (WHO, 2024[4]). A maioria dos países da ALC possui programas de diabetes em vigor, fornecendo uma base importante para uma prevenção e controle mais sólidos.

Definição e comparabilidade

A prevalência de diabetes refere-se à porcentagem de pessoas com idades entre 20 e 79 anos que têm diabetes tipo 1 ou tipo 2. Estimativas precisas de diabetes nos níveis nacional e global dependem fortemente da qualidade e disponibilidade das fontes de dados. As taxas de mortalidade atribuíveis ao diabetes foram calculadas combinando informações sobre o número de mortes anuais por todas as causas, estratificadas por idade e sexo, e os riscos relativos de mortalidade específicos por idade e sexo, separadamente para pessoas com diabetes em comparação com aquelas sem diabetes. Os riscos relativos atribuíveis ao diabetes são derivados de estudos de coorte. A prevalência do diabetes e a mortalidade atribuível ao diabetes basearam-se em dados do Diabetes Atlas 2025 (IDF, 2025[1]).

Referências

Guariguata, L. et al. (2018), “An updated systematic review and meta-analysis on the social determinants of diabetes and related risk factors in the Caribbean”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 42, pp. 1-11, https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.171. [3]

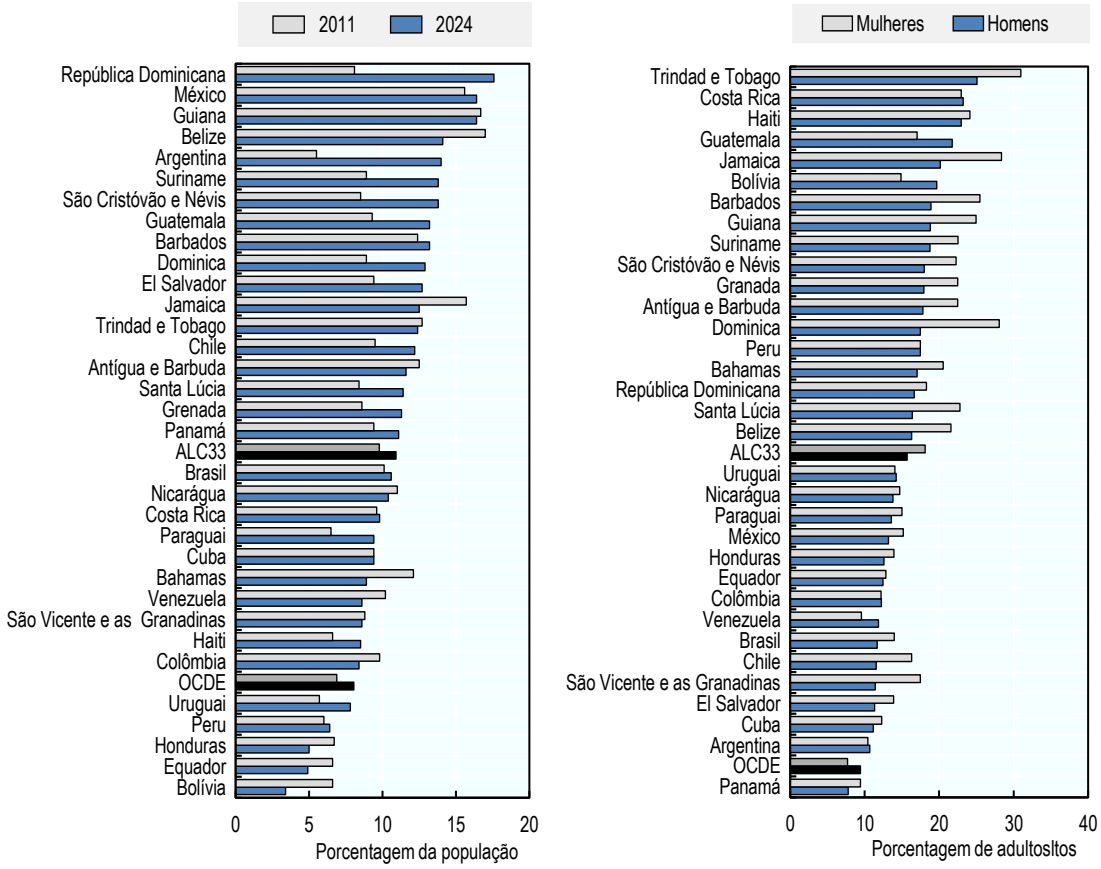
IDF (2025), *Diabetes Atlas*, International Diabetes Federation, https://diabetesatlas.org. [1]

WHO (2024), *Guidance on global monitoring for diabetes prevention and control: framework, indicators and application*, World Health Organization, https://iris.who.int/handle/10665/379529. [4]

Zhou, B. et al. (2024), “Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: a pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants”, *The Lancet*, Vol. 404/10467, pp. 2077-2093, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)02317-1. [2]

Gráfico 3.31. Prevalência de diabetes em 2011 e 2024, e porcentagem de adultos com diabetes em 2022

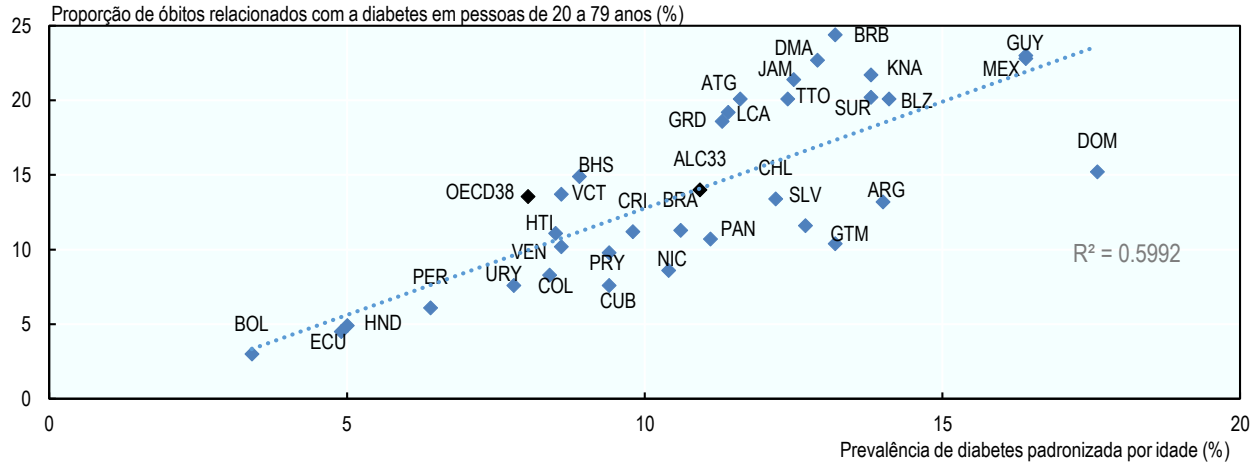
Gráfico à esquerda: Prevalência de diabetes padronizada por idade (%), 2011 - 2024. Gráfico à direita: Percentagem de adultos com diabetes, padronizado por idade, 2022



Fonte: gráfico à esquerda;Federação Internacional de Diabetes, Diabetes Atlas, 2025. Gráfico à direita: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/3stkio

Gráfico 3.32. Mortalidade atribuível ao diabetes, 2024



Fonte: Federação Internacional de Diabetes, Diabetes Atlas, 2025.

StatLink https://stat.link/z96jpx

4 Fatores determinantes da saúde

Planejamento familiar

O planejamento familiar é um componente central da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos e uma parte essencial da cobertura universal de saúde. Permitir que mulheres e casais decidam livre e responsavelmente se querem e quando querem ter filhos melhora a saúde, a autonomia e o desenvolvimento social mais amplo, enquanto o acesso a métodos contraceptivos eficazes ajuda a prevenir gravidezes indesejadas e mortes maternas evitáveis. Refletindo essa importância, a meta 3.7 dos ODS apela ao acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar, informação e educação, e a base de evidências mais ampla continua a mostrar que a contracepção está intimamente ligada a melhores resultados de saúde e bem-estar para mulheres e famílias (Starrs et al., 2018[1]).

O uso de contraceptivos continua altamente desigual na ALC, com uma diferença de mais do que o dobro entre os países no topo e na base da distribuição (Gráfico 4.1). Nicarágua (79,3%), Brasil (78,1%) e Colômbia (77,2%) registram as maiores prevalências, enquanto Guiana (37,9%), Haiti (36,9%) e Trinidad e Tobago (36,5%) registram os menores níveis. A média da ALC33 é de 62,1%, e a maioria dos países concentra-se entre cerca de 55% e 73%, sugerindo que o uso de contraceptivos é generalizado em grande parte da região, mas permanece substancialmente mais baixo em um grupo menor de países. Esse padrão é coerente com evidências regionais mais amplas que mostram que, apesar de avanços importantes, as desigualdades na cobertura contraceptiva persistem entre os países e dentro deles (Ponce de Leon et al., 2019[2]).

A cobertura do planejamento familiar com métodos modernos é alta em grande parte da região, mas persistem deficiências importantes (Gráfico 4.2). Em média, 77,8% das mulheres que necessitam de contracepção na ALC33 têm sua necessidade atendida por métodos modernos, com os níveis mais altos na Nicarágua (90,0%), no Uruguai (89,8%), no Brasil (89,7%) e na Colômbia (87,3%). Em contrapartida, o Haiti (51,1%), a Guiana (56,8%) e Trinidad e Tobago (57,1%) permanecem bem abaixo da média regional, e a Bolívia também registra um valor comparativamente baixo (60,9%). Esse indicador é particularmente relevante para as políticas públicas, pois permite determinar se as mulheres que pretendem evitar uma gravidez estão efetivamente protegidas por um método moderno.

A taxa de natalidade entre adolescentes continua sendo um grande desafio em vários países da ALC, particularmente entre meninas de 15 a 19 anos, e os nascimentos entre adolescentes muito jovens não foram eliminados (Gráfico 4.3). A taxa de natalidade entre as jovens de 15 a 19 anos chega a 71,3 por 1.000 na Nicarágua, 57,6 na Guatemala, 52,1 em Belize e 51,9 no Panamá, em comparação com uma média da ALC18 de 38,6. Entre meninas de 10 a 14 anos, a média regional é de 1,4 por 1.000, mas as taxas são significativamente mais altas na Nicarágua (4,69), no Equador (2,45), na Colômbia (2,10), na Guatemala (2,03) e no Panamá (2,03). Em contrapartida, o Chile registra taxas muito mais baixas em ambas as faixas etárias. A OMS trata os nascimentos entre meninas de 10 a 14 e de 15 a 19 anos como indicadores distintos, e a literatura mais ampla mostra que a gravidez na adolescência está associada a riscos mais elevados tanto para as mães quanto para os recém-nascidos, especialmente em idades mais jovens (Nove et al., 2014[3]).

A coexistência de uma cobertura contraceptiva mais baixa e de uma alta taxa de fertilidade entre adolescentes em outros contextos indica que barreiras financeiras, geográficas, informacionais e sociais continuam a limitar a autonomia reprodutiva, especialmente para adolescentes e mulheres em situações mais desfavorecidas. Evidências recentes mostram que as desigualdades na cobertura contraceptiva persistem e que uma menor desigualdade de gênero está associada a uma melhor cobertura da demanda atendida por métodos modernos; a literatura também continua a associar o acesso à contracepção a ganhos na saúde materna e no bem-estar das mulheres (Moreira et al., 2023[4]).

Definição e comparabilidade

A prevalência de contraceptivos mede a porcentagem de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que atualmente utilizam um método contraceptivo moderno. Os métodos modernos de contracepção incluem contraceptivos orais combinados ("a pílula"), pílulas de progestogênio puro ("a minipílula"), implantes, injetáveis, adesivos, anel vaginal, dispositivo intrauterino (cobre e levonorgestrel), preservativos masculinos e femininos, vasectomia, laqueadura tubária, método da amenorreia lactacional, pílulas anticoncepcionais de emergência (" pílula do dia seguinte"), método dos dias padrão, método da temperatura corporal basal, método dos dois dias e método sintotérmico. A proporção de mulheres cuja necessidade de planejamento familiar é atendida por métodos modernos mede a porcentagem de mulheres em idade reprodutiva (15–49 anos) que desejam evitar ou adiar a gravidez e cuja necessidade de contracepção está sendo atendida por meio de um método moderno. Portanto, vai além da prevalência contraceptiva por si só, indicando até que ponto as mulheres que precisam de planejamento familiar estão efetivamente cobertas pela contracepção moderna.

A taxa de natalidade entre adolescentes é definida como o número anual de nascidos vivos de meninas com idades entre 10 e 14 ou 15 e 19 anos por 1.000 meninas na respectiva faixa etária. É um indicador de fertilidade específico por idade que fornece uma medida da gravidez na adolescência e também é um marcador indireto do acesso das adolescentes a serviços de saúde sexual e reprodutiva, informações e contracepção.

Referências

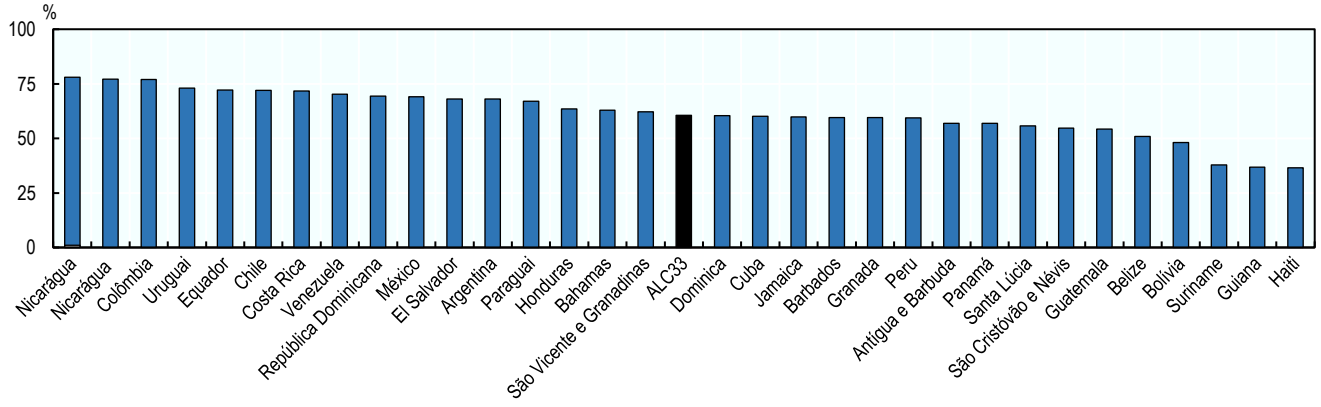
Moreira, L. et al. (2023), “The role of gender inequality and health expenditure on the coverage of demand for family planning satisfied by modern contraceptives: a multilevel analysis of cross-sectional studies in 14 LAC countries”, *The Lancet Regional Health - Americas*, Vol. 19, p. 100435, https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100435. [4]

Nove, A. et al. (2014), “Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries”, *The Lancet Global Health*, Vol. 2/3, pp. e155-e164, https://doi.org/10.1016/s2214-109x(13)70179-7. [3]

Ponce de Leon, R. et al. (2019), “Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries”, *The Lancet Global Health*, Vol. 7/2, pp. e227-e235, https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30481-9. [2]

Starrs, A. et al. (2018), “Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission”, *The Lancet*, Vol. 391/10140, pp. 2642-2692, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30293-9. [1]

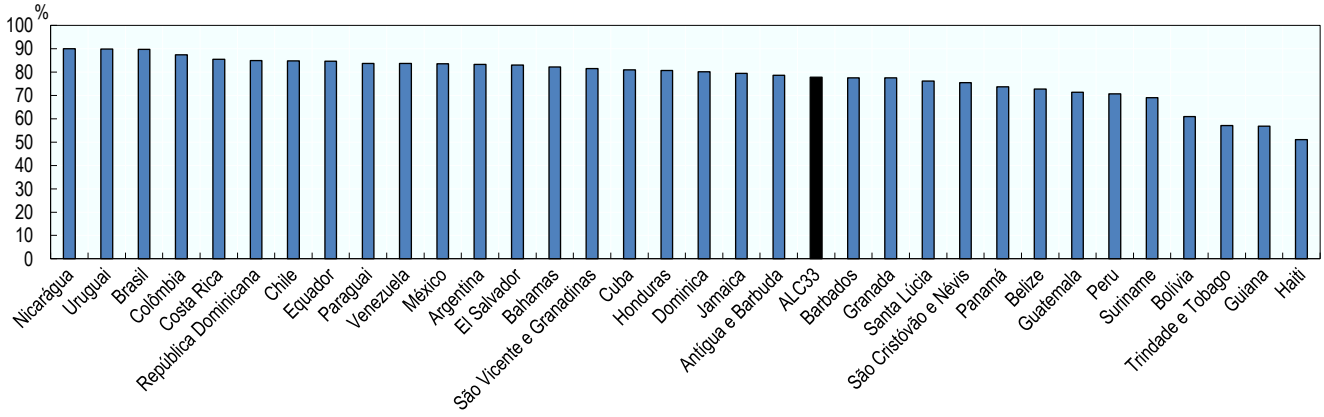
Gráfico 4.1. Prevalência de contraceptivos – qualquer método moderno (entre mulheres de 15 a 49 anos), 2025



Fonte: UNPD Family Planning Indicators 2025.

StatLink https://stat.link/b8zul6

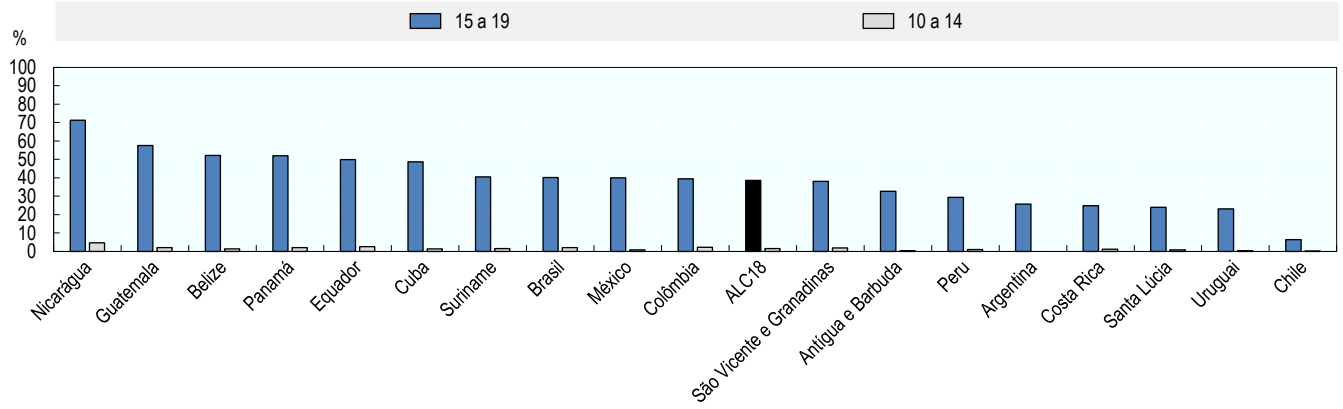
Gráfico 4.2. Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15–49 anos) cuja necessidade de planejamento familiar é atendida por métodos modernos



Fonte: UNPD Family Planning Indicators 2025.

StatLink https://stat.link/u784ih

Gráfico 4.3. Taxa de natalidade entre adolescentes por 1.000 mulheres, 2023 ou ano mais recente



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/fgo1h7

Desnutrição infantil

Um componente essencial do capital humano é a saúde e a boa nutrição das pessoas ao longo de toda a vida; no entanto, muitas crianças não têm acesso a alimentos nutritivos, seguros e em quantidade suficiente, nem a uma dieta equilibrada que atenda às suas necessidades para um crescimento e desenvolvimento ideais, de modo a permitir uma vida ativa e saudável. Globalmente, estima-se que 150,2 milhões de crianças apresentem atraso no crescimento, 42,8 milhões sofram de desnutrição e 35,5 milhões estejam acima do peso (The Global Health Observatory, 2024[1]). Por isso, muitos países enfrentam um duplo fardo da malnutrição, caracterizada pela coexistência da desnutrição juntamente com o sobrepeso, a obesidade ou as doenças não transmissíveis relacionadas com a dieta, um desafio à saúde em ascensão em muitos países da ALC. A desnutrição infantil também contribui para piores resultados cognitivos e educacionais na infância tardia e na adolescência, o que, por sua vez, afeta o potencial ao longo da vida e determina fortemente o status socioeconômico do indivíduo.

A meta 2.2 dos ODS da ONU visa acabar com todas as formas de desnutrição até 2030, incluindo o cumprimento, até 2025, das metas acordadas internacionalmente sobre atraso no crescimento e desnutrição entre crianças menores de cinco anos, e inclui um indicador sobre o sobrepeso infantil. Posteriormente, em março de 2025, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou uma resolução para prorrogar a Década de Ação das Nações Unidas para a Nutrição, estendendo seu período original de 2016-2025 até 2030, em reconhecimento de que o mundo está aquém das metas para erradicar a fome e a desnutrição até a data inicialmente prevista (United Nations, 2025[2]). Essa iniciativa visa erradicar a fome e a subnutrição em todas as suas formas (desnutrição, deficiências de micronutrientes, sobrepeso ou obesidade) e reduzir o fardo das doenças não transmissíveis relacionadas à alimentação em todas as faixas etárias.

As taxas de atraso no crescimento na ALC são geralmente mais baixas do que em outras regiões do mundo, mas ainda constituem um problema significativo em vários países. Em média, 11,2% das crianças menores de cinco anos apresentam atraso no crescimento na ALC27 (Gráfico 4.4). A taxa é de quase 45% na Guatemala, 22% no Haiti e cerca de 18% no Equador e em Honduras, enquanto é mais baixa no Chile e em Santa Lúcia, abaixo de 3%. As taxas de desnutrição também são mais baixas do que em outras regiões, com uma média de 2,7% entre crianças menores de cinco anos, mas Barbados, Guiana e Trinidad e Tobago apresentam taxas significativamente mais altas do que a média, superiores a 6%. As taxas mais baixas são observadas no Chile, Peru, no Equador e na Guatemala, todas abaixo de 1%.

Países com maior prevalência de atraso no crescimento tendem a apresentar mortalidade de crianças menores de 5 anos acima da média, refletindo o fato de que cerca de metade de todas as mortes antes dos 5 anos pode ser atribuída à desnutrição (Gráfico 4.5). A Guatemala se desvia significativamente da tendência, apresentando uma taxa de atraso no crescimento quase quatro vezes maior que a média da ALC e uma taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos 4 pontos acima da média da ALC. Isso se deve principalmente à alta taxa de pobreza e à grande desigualdade no país, o que faz com que metade da população não tenha condições de arcar com o custo da cesta básica. Essa situação se soma aos efeitos dos desastres naturais e das mudanças climáticas, que prejudicam a produção de alimentos e contribuem para a insegurança alimentar e a desnutrição, reduzindo a produtividade agrícola e perturbando os sistemas alimentares (WFP, 2024[3]).

O sobrepeso e a obesidade infantil estão se tornando um dos desafios mais significativos do século. Na ALC27, a prevalência média de sobrepeso entre crianças menores de 5 anos é superior a 8% (Gráfico 4.6). As taxas mais elevadas são observadas na Argentina e no Paraguai, com 12% ou mais, seguidas por Barbados, Trinidad e Tobago, Panamá, Uruguai e Cuba, onde mais de uma em cada dez crianças está acima do peso. Por outro lado, as taxas são inferiores a 5% no Haiti e no Suriname.

Definição e comparabilidade

A definição da OMS para crianças com sobrepeso é um peso para a altura superior a 2 desvios padrão acima da mediana do padrão de crescimento infantil da OMS. A definição da OMS para obesidade infantil é um peso para a altura superior a 3 desvios padrão acima da mediana do padrão de crescimento infantil da OMS.

O atraso no crescimento (baixa estatura para a idade) reflete a incapacidade de atingir o potencial de crescimento linear devido a condições de saúde e/ou nutricionais subótimas de longo prazo.

A desnutrição geralmente indica perda de peso recente e grave, muitas vezes devido à ingestão insuficiente de alimentos e/ou à presença de doenças infecciosas agudas, como a diarreia, que levam à perda de peso corporal.

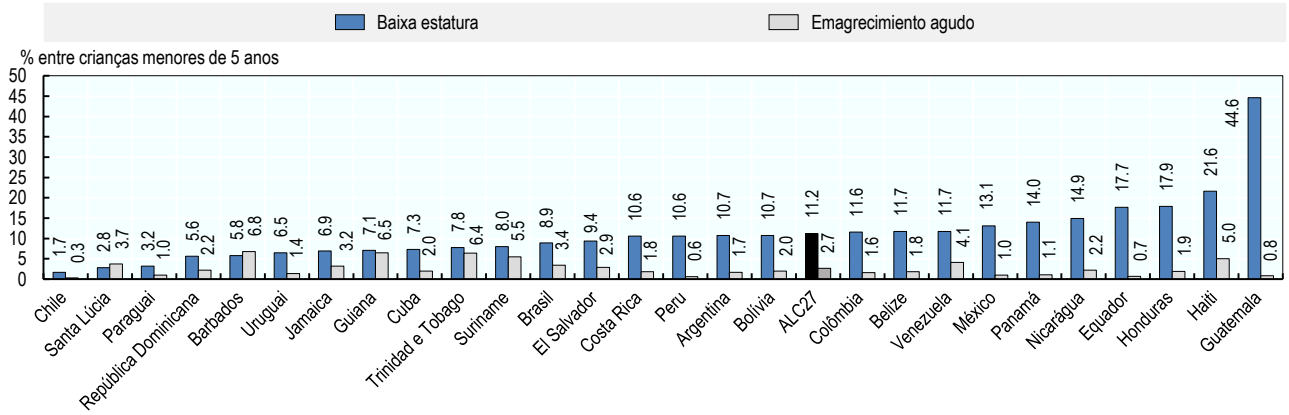
Referências

The Global Health Observatory (2024), *Joint child malnutrition estimates*. [1]

United Nations (2025), *Implementation of the United Nations Decade of Action on Nutrition (2016–2025)*. [2]

WFP (2024), *Climate Change Policy Update*, World Food Programme. [3]

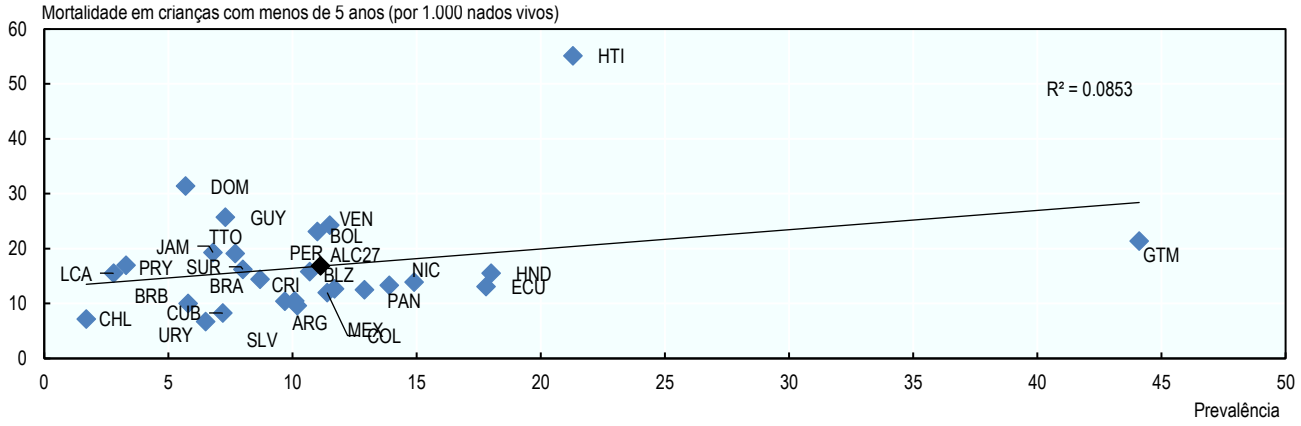
Gráfico 4.4. Prevalência de atraso no crescimento e desnutrição entre crianças menores de 5 anos, 2020 ou último ano disponível



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/juxr19

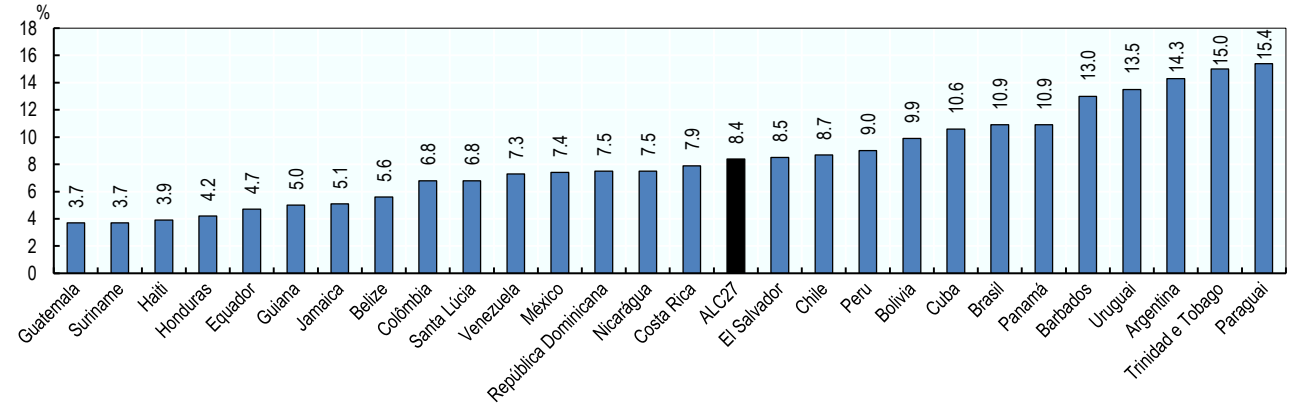
Gráfico 4.5. Mortalidade em crianças menores de 5 anos e prevalência de atraso no crescimento, 2023 ou último ano disponível



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025, Banco Mundial 2026.

StatLink https://stat.link/7in4ek

Gráfico 4.6. Prevalência de sobrepeso entre crianças com menos de 5 anos, 2024 ou último ano disponível



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/d8rkx6

Saúde dos adolescentes

A adolescência é uma fase de transição fundamental no desenvolvimento humano, pois representa a passagem da infância para a maturidade física, psicológica e social. Durante este período, os adolescentes aprendem e desenvolvem conhecimentos e habilidades para lidar com aspectos críticos de sua saúde e desenvolvimento, à medida que seus corpos amadurecem. É também uma época em que se consolidam fatores comportamentais que podem representar riscos para a saúde futura. Ambientes obesogênicos, influências socioculturais e a exposição excessiva a mídias digitais prejudiciais têm contribuído para o aumento das taxas de sobrepeso e obesidade nos países da ALC (UNICEF, 2025[1]). Ao mesmo tempo, embora o consumo de álcool seja mais prevalente entre adultos, os adolescentes podem apresentar padrões de risco, como o consumo excessivo de álcool, às vezes com taxas mais elevadas do que as dos adultos (Esposito et al., 2025[2]). As meninas adolescentes, especialmente no início da adolescência, são particularmente vulneráveis porque estão sujeitas às consequências da gravidez e do parto, já que seus corpos podem não estar fisicamente preparados (UNICEF, 2024[3]).

Os fatores de risco para as DNTs, a principal causa de mortes prematuras de adultos, são frequentemente adquiridos na adolescência. O sobrepeso e a obesidade são um desses principais fatores de risco. Na ALC, a prevalência da obesidade entre adolescentes é de 15,1% para as mulheres e de 15,8% para os homens, ambas bem acima das médias da OCDE de 8,2% e 11,2%, respectivamente, em 2022 (Gráfico 4.7). Países como Bahamas, Antígua e Barbuda e Barbados apresentam taxas de prevalência de obesidade acima de 22% entre as mulheres, enquanto que, para os homens, as taxas mais elevadas, também acima de 22%, são observadas no Chile, em Trinidad e Tobago e em São Cristóvão e Nevis. A Guatemala é o único país da ALC onde as taxas de prevalência de obesidade entre adolescentes, tanto do sexo masculino quanto do feminino, são inferiores às médias correspondentes da OCDE. Curiosamente, no Haiti, a prevalência da obesidade é mais de oito vezes maior entre os homens (17,76%) do que entre as mulheres (2,11%).

Além disso, o consumo de álcool e de tabaco é outra questão importante que afeta os adolescentes na região. Os dados relativos ao tabagismo atual são de 2024, enquanto os dados mais recentes disponíveis sobre o consumo excessivo de álcool são de 2019 (Gráfico 4.8). A prevalência média do tabagismo atual na ALC é de 9,8% em 2024, e a prevalência do consumo excessivo de álcool atinge 18% em 2019, ambas abaixo das médias correspondentes da OCDE para os mesmos anos (12,2% e 30,9%, respectivamente). Argentina, México e Guatemala apresentam as taxas de prevalência mais altas de tabagismo atual (acima de 15%) entre adolescentes de 13 a 15 anos. Quanto ao consumo excessivo de álcool, Peru, Chile e Argentina têm as taxas mais altas, todas acima de 28%, sendo o Peru o único país acima da média da OCDE, com 33,8%.

Outra questão fundamental para os adolescentes em todo o mundo é a alta prevalência de gravidez na adolescência. A região que abrange América Latina e Caribe (ALC) teve a segunda maior taxa de natalidade entre adolescentes em 2022, com taxas particularmente elevadas entre as meninas com níveis mais baixos de escolaridade. Em 18 países da ALC, a taxa média de natalidade entre adolescentes é de 38 nascimentos por 1.000 mulheres adolescentes de 15 a 19 anos, o que representa quase cinco vezes a taxa observada nos países da OCDE, que se situa em 8 nascimentos por 1.000 (Gráfico 4.9). Notavelmente, todos os países da ALC, exceto o Chile, estão acima da média da OCDE. A taxa de natalidade entre adolescentes mais elevada é encontrada na Nicarágua, com 71 nascimentos por 1.000 mulheres adolescentes, seguida pela Guatemala, com 58 nascimentos. Em contrapartida, o Chile, com 6 nascimentos, seguido bem atrás pela Argentina, Uruguai e Costa Rica, com 23, apresenta as menores taxas de natalidade entre adolescentes na região.

Definição e comparabilidade

A medida mais frequentemente utilizada para avaliar o baixo peso, o sobrepeso e a obesidade é o Índice de Massa Corporal (IMC). Trata-se de um único número que avalia o peso de um indivíduo em relação à altura e é definido como o peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros. A definição da OMS para obesidade em crianças de 5 a 19 anos é um IMC para a idade superior a 2 desvios padrão acima da mediana da Tabela de Referência de Crescimento da OMS.

O tabagismo atual é expresso como a porcentagem da população jovem de 13 a 15 anos que é usuária atual de qualquer produto de tabaco por 100 indivíduos nessa faixa etária. Os dados são obtidos da Pesquisa Global sobre Tabagismo entre Jovens. O consumo episódico excessivo de álcool entre adolescentes é definido como a proporção de jovens (15 a 19 anos) que consumiram pelo menos 60 gramas ou mais de álcool puro em pelo menos uma ocasião nos últimos 30 dias. Um consumo de 60 gramas de álcool puro corresponde aproximadamente a 6 bebidas alcoólicas padrão.

A taxa de natalidade entre adolescentes é definida como o número anual de nascimentos de mulheres com idades entre 15 e 19 anos por cada 1.000 mulheres nessa faixa etária. Também é conhecida como taxa de fertilidade específica por idade para mulheres com idades entre 15 e 19 anos.

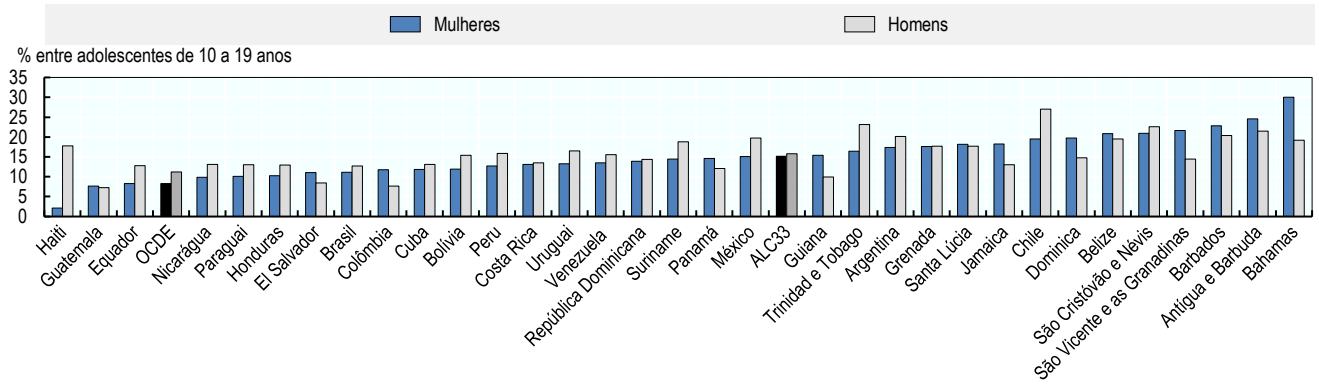
Referências

Esposito, S. et al. (2025), "Too young to pour: the global crisis of underage alcohol use", *Frontiers in Public Health*, Vol. 13, https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1598175. [2]

UNICEF (2025), *Protecting adolescent nutrition and mental health in Latin America and the Caribbean: Addressing obesogenic and sociocultural influences.*, https://www.unicef.org/lac/media/52926/file/Policy_Brief_Mental_Health_and_Nutrition.pdf.pdf (accessed on 12 February 2026). [1]

UNICEF (2024), *Early childbearing*, https://data.unicef.org/topic/child-health/early-childbearing/ (accessed on 12 February 2026). [3]

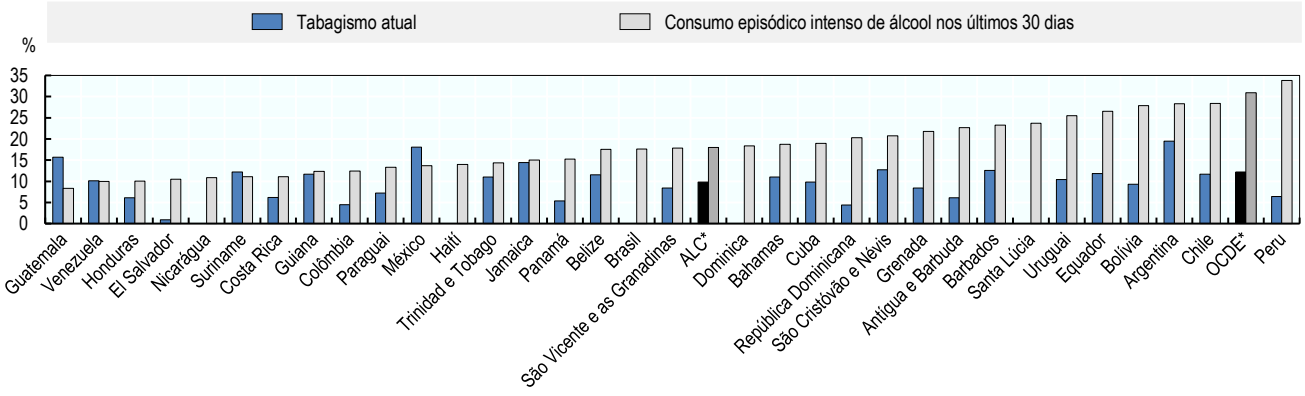
Gráfico 4.7. Prevalência de obesidade entre adolescentes, por sexo, 2022



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/svyrlt

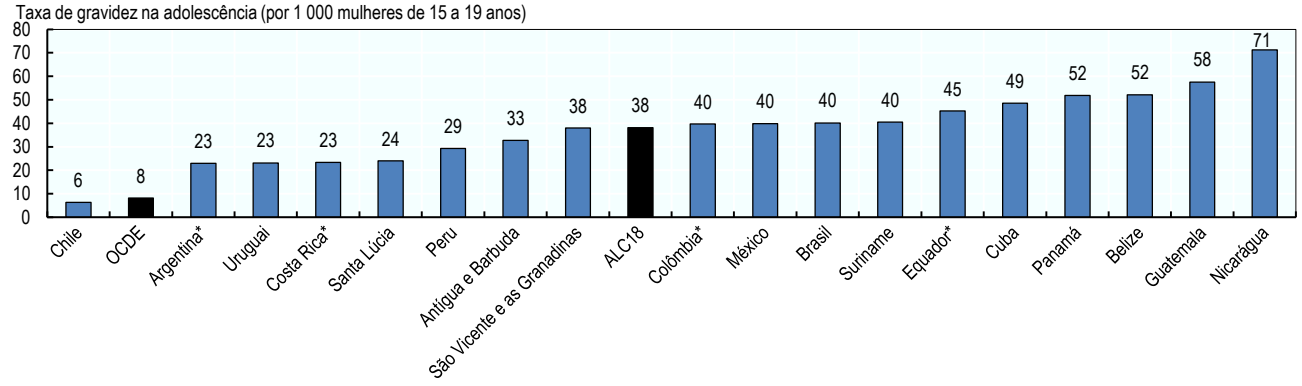
Gráfico 4.8. Prevalência do tabagismo atual, 2024, e do consumo episódico excessivo de álcool nos últimos 30 dias, 2019, entre os adolescentes



Observação: *ALC27, OCDE16 e adolescentes de 13 a 15 anos para o tabagismo e ALC33, OCDE38 e adolescentes de 15 a 19 anos para o consumo de álcool.
Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/gvn3o1

Gráfico 4.9. Taxa de natalidade entre adolescentes, 2023 (ou ano mais recente)



Observação: *dados provenientes de questionários de saúde.
Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/baor41

Adultos com sobrepeso e obesos

O sobrepeso e a obesidade são grandes preocupações de saúde pública, pois a epidemia global tem consequências de longo alcance para os indivíduos, a sociedade e a economia. A obesidade é um fator de risco comprovado para inúmeras condições de saúde, incluindo hipertensão, colesterol alto, diabetes, doenças cardiovasculares, problemas respiratórios, doenças esqueléticas e algumas formas de câncer, e a mortalidade também aumenta progressivamente uma vez que o limiar do sobrepeso é ultrapassado. Portanto, a obesidade e o sobrepeso reduzem a expectativa de vida, aumentam os custos com saúde, diminuem a produtividade dos trabalhadores e reduzem o PIB dos países (OECD, 2019[1]).

Na América Latina e no Caribe (ALC), a prevalência da obesidade entre adultos é de 38,5% para as mulheres e de 24,28% para os homens, ambos os índices bem acima das médias da OCDE, que são de 25,3% e 6,24%, respectivamente, em 2022 (Gráfico 4.10). Os países do Caribe, incluindo Bahamas, São Cristóvão e Nevis e Belize, são os países da ALC com a maior prevalência de obesidade feminina, onde mais de 50% das mulheres adultas são obesas (mais de 1 em cada 2 mulheres adultas é obesa). Entre os homens, as taxas de prevalência mais elevadas também são observadas nas Bahamas, em São Cristóvão e Nevis e na Argentina, com 39,2%, 37,4% e 34,8%, respectivamente. Em contrapartida, o Haiti é o único país da região com prevalência de obesidade abaixo da média da OCDE para ambos os sexos.

A prevalência da obesidade aumentou entre 2012 e 2022 na região da ALC, em 6,1 pontos percentuais (p.p.) entre os homens e 8,2 p.p. entre as mulheres, valores muito superiores aos aumentos correspondentes da OCDE, de 3,9 e 2,8 p.p., respectivamente (Gráfico 4.11). A Venezuela é o único país da ALC abaixo da variação em pontos percentuais da OCDE tanto para mulheres quanto para homens, e o único com um declínio ao longo da década, embora essa diminuição seja observada apenas entre os homens. Alguns dos países com maior prevalência de obesidade em 2022, como São Cristóvão e Neves e Belize (ver Gráfico 4.10.) não estão entre aqueles com as maiores variações no crescimento. Isso sugere que a obesidade pode ter se estabilizado em níveis muito elevados em vários países do Caribe, onde a prevalência já era superior a 40% em 2012. Em contrapartida, alguns países que registram o maior crescimento da obesidade, incluindo Brasil, Argentina e Peru, não estão entre aqueles com a maior prevalência de obesidade em 2022. No entanto, suas tendências de crescimento rápido indicam que eles poderiam atingir prevalências de obesidade semelhantes às dos países do Caribe se políticas eficazes não forem implementadas.

A prevalência de sobrepeso também aumentou entre 2012 e 2022 na região da América Latina e do Caribe, registrando um aumento de 8,1 pontos percentuais entre as mulheres e de 6,6 pontos percentuais entre os homens, ambos acima dos aumentos observados na OCDE, de 2,6 e 3,1 pontos percentuais, respectivamente (Gráfico 4.12). No Equador, na Bolívia e na Guatemala, o aumento da prevalência de sobrepeso ao longo da década foi mais de 34% maior entre os homens do que entre as mulheres.

Em 2022, os países aprovaram o Plano de Aceleração da OMS para Combater a Obesidade, que visa conter o aumento global das taxas de obesidade (WHO, 2023[2]). Na região da ALC, nove países são pioneiros nessa iniciativa, incluindo Argentina, Barbados, Brasil, Chile, México, Panamá, Peru, Trinidad e Tobago e Uruguai. O Plano de Aceleração recomenda a aplicação de rótulos de advertência na frente das embalagens, restrições à comercialização de produtos alimentícios não saudáveis, regulamentação dos alimentos oferecidos nas escolas e a adoção de políticas fiscais que promovam dietas saudáveis. Isso é complementado por políticas de vigilância, como o “sistema de vigilância nutricional em múltiplas camadas” do Peru (SIEN). No entanto, a heterogeneidade na prevalência da obesidade na região da ALC e os diferentes contextos específicos de cada país sugerem que são necessárias políticas adaptadas para alcançar progressos em toda a região (PAHO, 2025[3]). Para os países que registraram um crescimento muito rápido da obesidade na última década, há uma janela crítica para ações de saúde pública, pois as evidências mostram que, sem intervenções oportunas, o fardo da obesidade provavelmente continuará aumentando, como ocorreu em outros países.

Definição e comparabilidade

Consulte o indicador "Saúde dos adolescentes" no Capítulo 4 para obter a definição do Índice de Massa Corporal (IMC). Com base na classificação da OMS, adultos com IMC igual ou superior a 25 são considerados com sobrepeso. Adultos com IMC entre 20 e 30 são considerados em pré-obesidade. Um IMC igual ou superior a 30 é definido como obesidade.

Em muitos países, as estimativas de altura e peso autodeclaradas são coletadas por meio de pesquisas de saúde baseadas na população, enquanto outros países realizam medições na população em geral. Essas diferenças limitam a comparabilidade dos dados. As estimativas de IMC provenientes de exames de saúde são mais confiáveis e geralmente resultam em valores mais elevados do que as obtidas em pesquisas com autoavaliação.

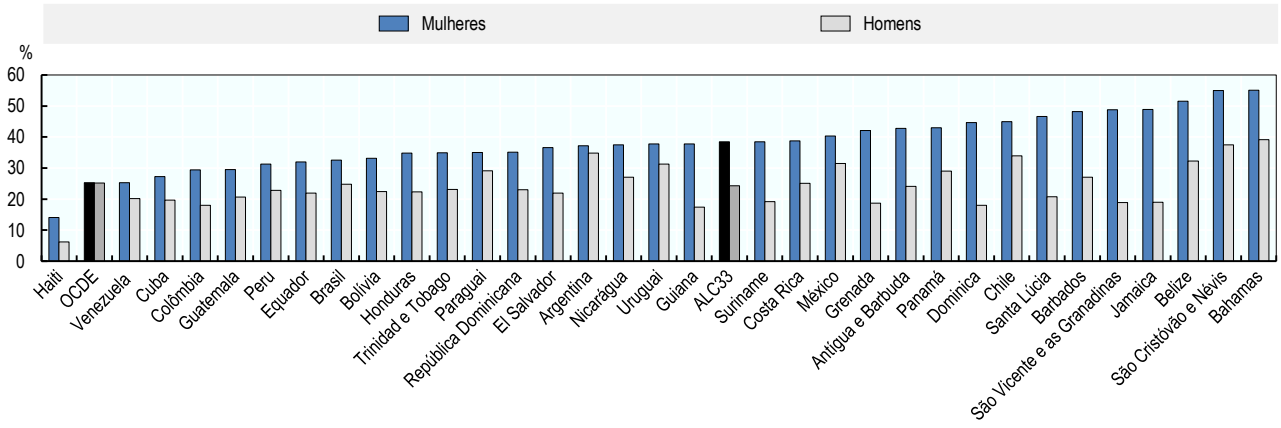
Referências

OECD (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/67450d67-en. [1]

PAHO (2025), *Nine Latin American and Caribbean countries intensify efforts to curb obesity with PAHO support*, https://www.paho.org/en/news/4-3-2025-nine-latin-american-and-caribbean-countries-intensify-efforts-curb-obesity-paho-0 (accessed on 13 February 2026). [3]

WHO (2023), *WHO acceleration plan to stop obesity*, World Health Organization, https://iris.who.int/handle/10665/370281. [2]

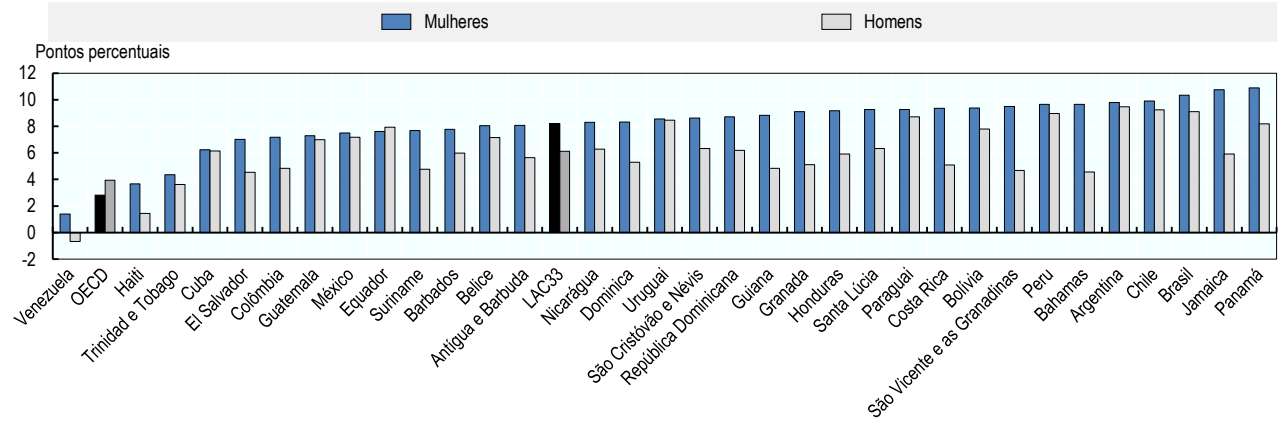
Gráfico 4.10. Prevalência de obesidade entre adultos, por sexo, 2022 (estimativas brutas)



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/nms4ac

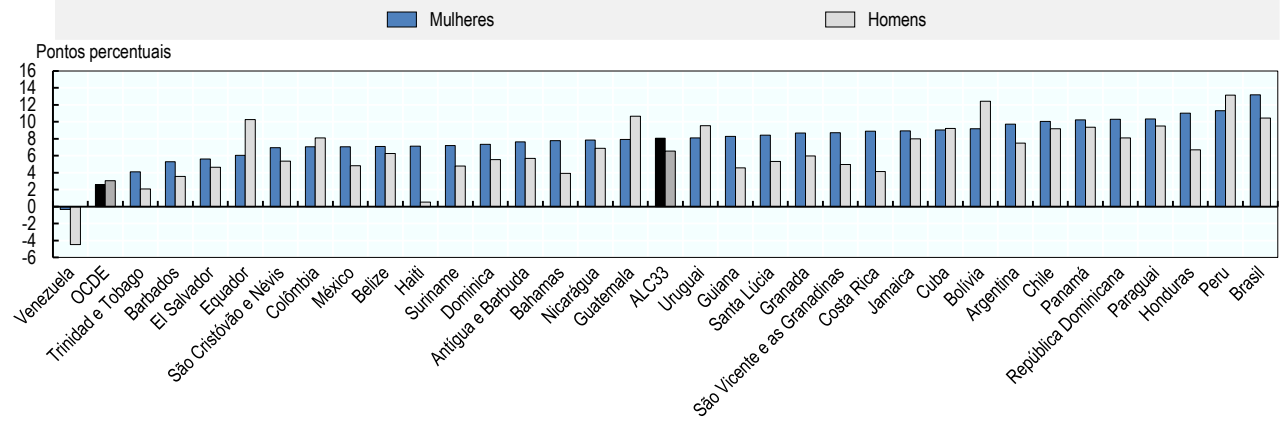
Gráfico 4.11. Obesidade entre adultos, variação percentual 2012-2022, por sexo (estimativas brutas)



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/9gaepk

Gráfico 4.12. Sobrepeso entre adultos, variação em pontos percentuais 2012-2022, por sexo (estimativas brutas)



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/3dljm5

Alimentação e nutrição

Uma alimentação saudável e nutricionalmente equilibrada é essencial para promover a saúde e o bem-estar, apoiar estilos de vida ativos, prevenir a desnutrição e reduzir o risco de doenças não transmissíveis (DNTs), como doenças cardiovasculares, diabetes e certos tipos de câncer. Os princípios de uma alimentação saudável são a adequação, fornecendo nutrientes essenciais suficientes; o equilíbrio, garantindo a ingestão energética adequada e limitando alimentos ou bebidas com alto teor de açúcar, gorduras saturadas e trans; a moderação, reduzindo o consumo de alimentos com efeitos prejudiciais à saúde; e a diversidade, incluindo diariamente uma variedade de vegetais, frutas, legumes, nozes e grãos integrais (WHO/FAO, 2024[1]). A região da ALC enfrenta o custo mais alto do mundo para uma alimentação saudável, ao mesmo tempo em que enfrenta o duplo fardo da desnutrição, o que contribui para uma perda anual do PIB de até 16% (WFP, 2025[2]).

Em 13 países da ALC, 19,9% da população consumiu mais de um lanche salgado ultraprocessado embalado no dia ou na noite anterior, em 2023 (Gráfico 4.13). Existem diferenças entre as áreas urbanas e rurais, com as áreas urbanas relatando maior consumo desses alimentos (20,3%) em comparação com as áreas rurais (18,3%). Este padrão é observado em todos os 13 países da ALC, exceto Equador, Nicarágua e Chile, onde o consumo nas áreas rurais é 5, 3 e 1 p.p. maior do que nas áreas urbanas, respectivamente. Em relação à prevalência na população total, Honduras, Guatemala e Costa Rica relatam os maiores níveis de consumo de lanches e salgadinhos, com 27%, 35,1% e 38,9% das pessoas relatando o consumo desses alimentos. Em contrapartida, Peru, Brasil e Paraguai são os países com o menor consumo, todos abaixo de 12%.

Além disso, a OMS recomenda que os adultos consumam pelo menos 400 gramas – ou cinco ou mais porções – de frutas e vegetais por dia. Em 13 países da ALC, 9,2% da população total afirma não ter consumido vegetais ou frutas nas últimas 24 horas (Gráfico 4.14). Em média, essa proporção é menor nas áreas urbanas (8,2%) do que nas áreas rurais (10,4%), exceto na Bolívia, no Chile, no México, no Paraguai e na República Dominicana. As maiores disparidades entre áreas urbanas e rurais são encontradas em Honduras, na Nicarágua e no Equador, onde o consumo nulo nas áreas rurais excede os níveis urbanos em 8,2, 7,7 e 5,2 pontos percentuais, respectivamente. Isso pode ser explicado pelo fato de que os residentes rurais frequentemente têm menos acesso a alimentos saudáveis a preços acessíveis e à diversidade alimentar do que os residentes de áreas urbanas, combinado com menos anos de escolaridade e níveis de renda mais baixos (Gonçalves et al., 2023[3]).

O consumo excessivo de fast-food está associado a níveis mais elevados de tecido adiposo visceral, gordura hepática e probabilidade de ter doença hepática gordurosa de origem metabólica (Odegaard et al., 2022[4]). Em 2023, 5,6% da população em 13 países da ALC relataram ter consumido fast-food durante o dia anterior, ou à noite (Gráfico 4.15). O consumo de fast-food é maior nas áreas urbanas (6,7%) do que nas rurais (3,2%) em todos os países analisados. As maiores diferenças são observadas no Chile, na Costa Rica e no Paraguai, onde as diferenças ultrapassam 5 p.p. entre as populações urbanas e rurais.

A transição nutricional da região tem sido impulsionada pelo rápido desenvolvimento econômico observado em muitos países da ALC nas últimas décadas, o que trouxe grandes mudanças no estilo de vida com implicações diretas para a saúde da população. As dietas mudaram para padrões mais ocidentalizados e houve maior acesso a produtos ultraprocessados. Ao mesmo tempo, a migração não planejada do campo para a cidade e o aumento da inatividade física resultaram no aumento do sobrepeso e da obesidade, juntamente com taxas persistentemente altas de atraso no crescimento e deficiências de micronutrientes, um fenômeno descrito como o duplo fardo da desnutrição (WFP, 2025[2]). Em toda a região, em 2020, 131 milhões de pessoas não tinham condições de manter uma alimentação saudável, afetando de forma desproporcional aqueles que vivem nas situações mais vulneráveis e com baixo status socioeconômico e limitando seu acesso a alimentos mais nutritivos devido aos preços mais elevados (FAO et al., 2023[5]).

Definição e comparabilidade

Os dados sobre o consumo alimentar são coletados por meio do Questionário de Qualidade da Dieta (DQQ), uma ferramenta padronizada e de fácil aplicação, concebida para medir a adequação alimentar e o risco de doenças não transmissíveis relacionadas à alimentação em nível populacional. A adequação alimentar inclui tanto a adequação de nutrientes quanto a de grupos alimentares recomendados nas diretrizes alimentares baseadas em alimentos. O DQQ coleta dados sobre o consumo de 29 grupos alimentares, de 1.000 informantes, e foi implementado em mais de 100 pesquisas representativas em nível nacional (Global Diet Quality Project, 2024[6]).

Todos os indicadores se referem ao consumo durante o dia ou a noite anterior. Os lanches salgados ultraprocessados embalados são definidos como a proporção da população que consumiu lanches salgados embalados (incluindo batatas fritas, chips e salgadinhos); o consumo zero de vegetais ou frutas é definido como a proporção da população que não consumiu vegetais ou frutas; e o consumo de fast-food é definido como a proporção da população que consumiu fast-food. O DQQ foi elaborado com base no questionário MDD-W, em conformidade com o guia de medição publicado pela FAO.

Referências

FAO et al. (2023), *Regional Overview of Food Security and Nutrition – Latin America and the Caribbean 2022*, FAO; IFAD; UNICEF; PAHO; WFP, https://doi.org/10.4060/cc3859en. [5]

Global Diet Quality Project (2024), *DQQ Results Dataset 2021-2024*, https://doi.org/doi:10.7910/DVN/KY3W8A (accessed on 10 March 2026). [6]

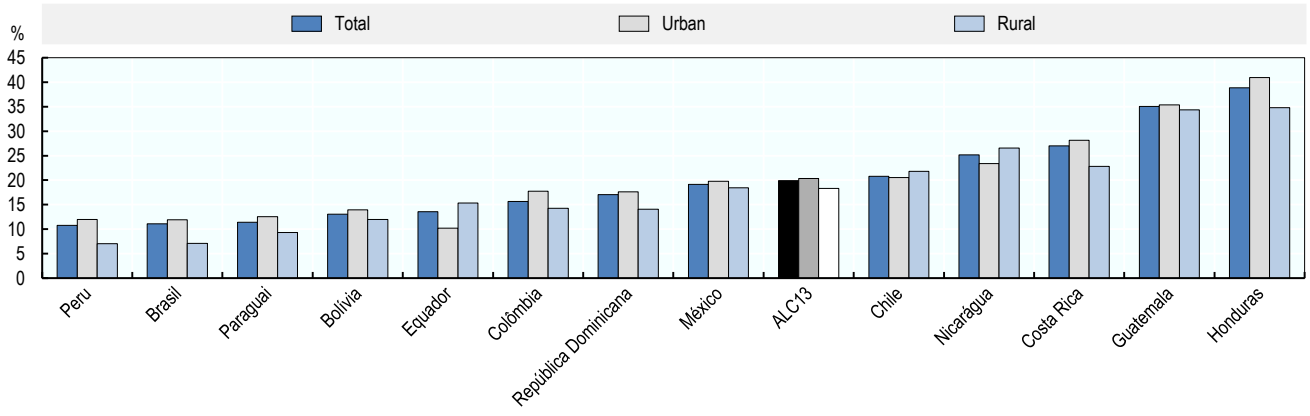
Gonçalves, N. et al. (2023), "Rural-urban disparities in fruit and vegetable consumption and cognitive performance in Brazil", *Brazilian Journal of Psychiatry*, https://doi.org/10.47626/1516-4446-2023-3316. [3]

Odegaard, A. et al. (2022), "Levels of abdominal adipose tissue and metabolic-associated fatty liver disease (MAFLD) in middle age according to average fast-food intake over the preceding 25 years: the CARDIA Study", *The American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 116/1, pp. 255-262, https://doi.org/10.1093/ajcn/nqac079. [4]

WFP (2025), *Fill the Nutrient Gap - Latin America and the Caribbean*, World Food Programme, https://www.wfp.org/publications/fng-latin-america-and-caribbean (accessed on 16 February 2026). [2]

WHO/FAO (2024), *What are healthy diets?*, WHO; FAO, https://doi.org/10.4060/cd2223en. [1]

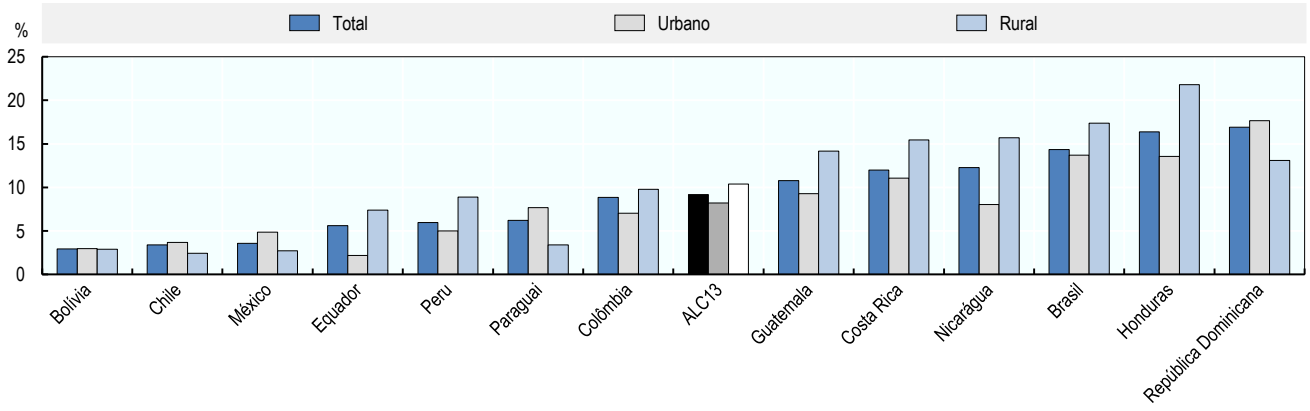
Gráfico 4.13. Consumo de lanches salgados ultraprocessados embalados, por áreas urbanas e rurais, 2023 (ou ano mais recente)



Fonte: Global Diet Quality Project.

StatLink https://stat.link/ycltxr

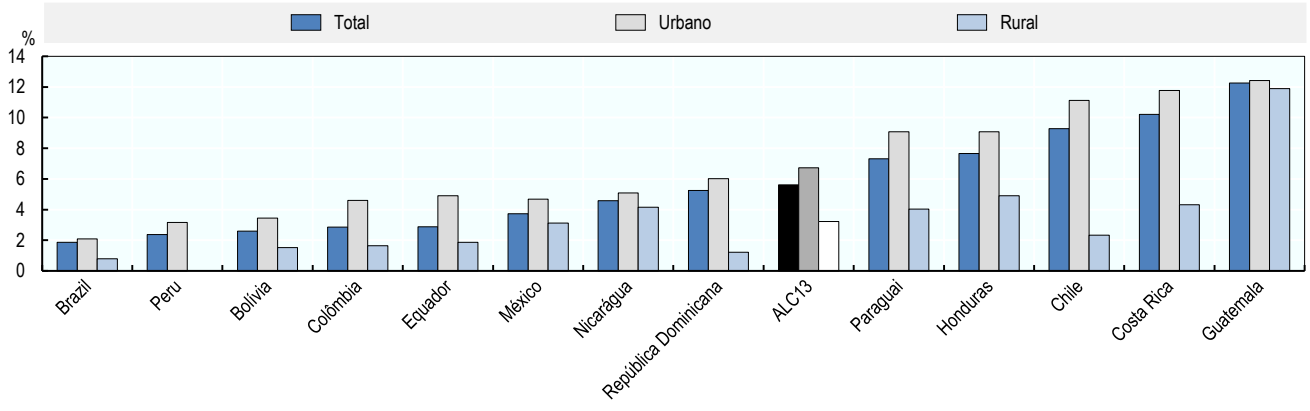
Gráfico 4.14. Consumo zero de vegetais ou frutas, por áreas rurais e urbanas, 2023 (ou ano mais recente)



Fonte: Global Diet Quality Project.

StatLink https://stat.link/kdin98

Gráfico 4.15. Consumo de fast-food, por áreas rurais e urbanas, 2023 (ou ano mais recente)



Fonte: Global Diet Quality Project.

StatLink https://stat.link/ltxizk

Água e saneamento

O acesso aos serviços básicos de água, saneamento e higiene (WASH) é fundamental para a saúde, o bem-estar e o desenvolvimento social. O acesso inadequado a esses serviços básicos continua sendo uma das principais causas de doenças, contribuindo para diarreia, infecções respiratórias, desnutrição, esquistossomose, infecções por helmintos transmitidos pelo solo e tracoma. Em 132 países de baixa e média renda, estima-se que 829.000 mortes e 49,8 milhões de DALYs decorrentes de doenças diarreicas foram atribuíveis ao acesso inadequado aos serviços básicos de água, saneamento e higiene em 2016, o que equivale a 60% de todas as mortes por diarreia (Prüss-Ustün et al., 2019[1]). Evidências recentes também mostram que melhorar o acesso dos agregados familiares aos serviços básicos de água, saneamento e higiene, inclusive por meio de água de melhor qualidade disponível nas residências e saneamento de maior qualidade, pode reduzir substancialmente o risco de diarreia infantil (Wolf et al., 2023[2]). Ampliar o acesso a, pelo menos, serviços básicos continua, portanto, sendo tanto uma prioridade de saúde pública quanto um componente importante de padrões de vida mais inclusivos.

O acesso ao saneamento básico melhorou em toda a ALC entre 2014 e 2024, embora as áreas rurais continuem ficando para trás em relação às urbanas (Gráfico 4.16). Em média, em toda a ALC24, a cobertura urbana aumentou de 86,8% para 90,8%, enquanto a cobertura rural aumentou de 73,0% para 81,0%, reduzindo a disparidade entre as áreas urbanas e rurais, mas sem eliminá-la. Em 2024, o Chile havia alcançado o acesso universal tanto nas áreas urbanas quanto nas rurais, enquanto Antígua e Barbuda, Costa Rica, Paraguai e Uruguai também estavam com cobertura universal ou próxima disso. No outro extremo da distribuição, o Haiti continuou sendo o caso claramente atípico, com apenas 32,4% da população urbana e 24,1% da população rural tendo acesso ao saneamento básico, e a Bolívia também permaneceu bem abaixo da média regional, especialmente nas áreas rurais (53,3%). O progresso foi mais acentuado onde os níveis iniciais eram mais baixos, particularmente nas áreas rurais da Bolívia, do Paraguai e do Peru, e nas áreas urbanas da Bolívia e do Panamá. Mesmo assim, persistiram amplas disparidades territoriais em vários países, nomeadamente no Brasil, no Panamá, na Bolívia, no Peru e na Guatemala.

O acesso à água potável básica foi consistentemente maior do que o acesso ao saneamento e foi quase universal na maioria das áreas urbanas (Gráfico 4.17). Em toda a ALC26, a cobertura urbana aumentou apenas marginalmente, de 97,0% em 2014 para 97,7% em 2024, sugerindo que a maior parte dos ganhos nas cidades agora provém do alcance dos últimos grupos não cobertos. Nas áreas rurais, progresso foi mais substancial, com a cobertura subindo de 85,3% para 90,6% no mesmo período. Em 2024, vários países já haviam alcançado ou quase alcançado o acesso universal para as populações urbanas e rurais, incluindo Brasil, Costa Rica, Paraguai, Trinidad e Tobago e Uruguai. No entanto, déficits rurais importantes permaneceram, particularmente no Haiti (54,8%), na Bolívia (78,7%), em El Salvador (80,4%), no Equador (81,4%) e na Colômbia (83,7%). As melhorias rurais mais rápidas foram observadas no Peru, em El Salvador, no Paraguai, no Brasil e no Haiti, enquanto a Jamaica foi o único país no gráfico a apresentar declínios na cobertura de água potável tanto urbana quanto rural ao longo da década.

Esses indicadores mostram um progresso constante na expansão dos serviços básicos de água, saneamento e higiene na ALC na última década, com avanços mais rápidos em áreas rurais, ajudando a reduzir as antigas disparidades territoriais. No entanto, o saneamento ainda está atrás do acesso à água potável em muitos países, e déficits consideráveis persistem em áreas rurais. Essas lacunas são importantes porque os benefícios para a saúde aumentam à medida que as famílias atingem níveis de serviço mais elevados, enquanto o acesso inadequado à água, saneamento e higiene continua sendo uma das principais causas de doenças evitáveis. O investimento contínuo em infraestrutura rural, qualidade dos serviços e apoio direcionado a comunidades carentes será essencial para converter os avanços recentes em acesso universal e equitativo tanto à água potável quanto ao saneamento (UNICEF/WHO, 2025[3]).

Definição e comparabilidade

As pessoas que utilizam uma instalação sanitária melhorada que não seja compartilhada com outras famílias são classificadas como tendo, no mínimo, serviços básicos de saneamento. As instalações sanitárias melhoradas separam higienicamente os dejetos do contato humano, utilizando descarga para sistemas de esgoto canalizados, fossas sépticas ou latrinas de fossa, bem como latrinas de fossa melhoradas ou banheiros de compostagem (UNICEF/WHO, 2025[3]).

As pessoas que utilizam fontes melhoradas de água potável que não exigem mais de 30 minutos por viagem para coletar água são classificadas como tendo, no mínimo, serviços básicos de água potável. Uma fonte melhorada de água potável é construída de forma a estar protegida do contato externo, especialmente de matéria fecal; fontes melhoradas incluem água encanada, torneiras públicas, poços de perfuração e poços cavados ou nascentes protegidos (UNICEF/WHO, 2025[3]).

A base de dados do Programa Conjunto de Monitoramento da OMS/UNICEF para Abastecimento de Água e Saneamento (JMP) inclui pesquisas domiciliares e censos representativos a nível nacional que fazem perguntas sobre água e saneamento, realizados principalmente em países em desenvolvimento. Em geral, os países desenvolvidos fornecem dados administrativos.

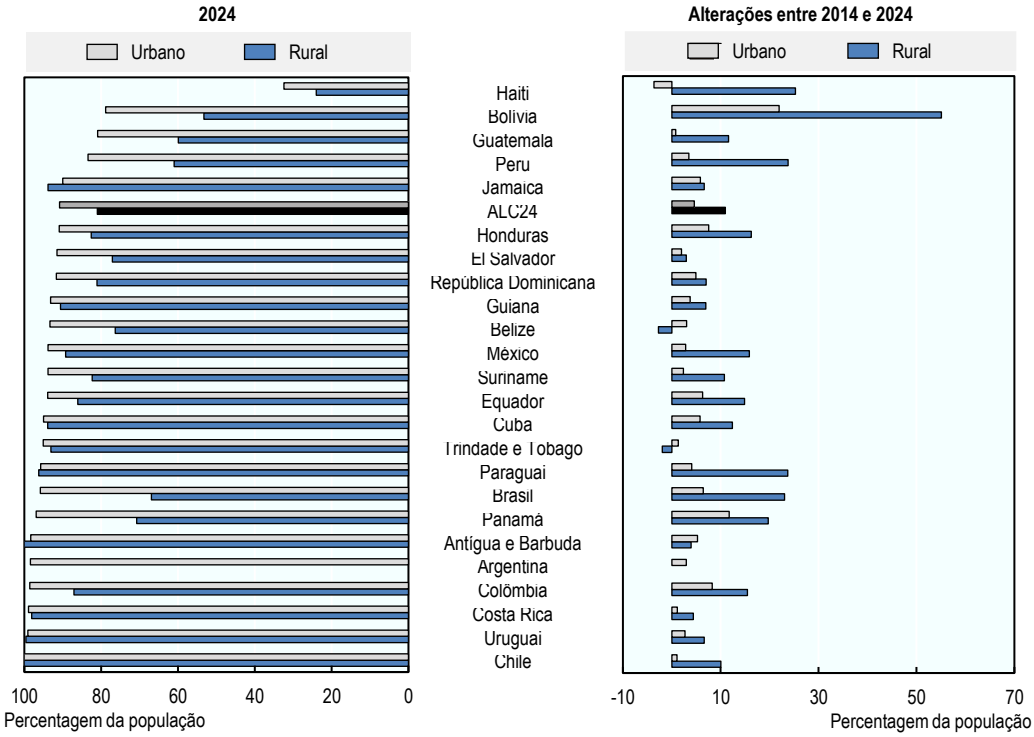
Referências

Prüss-Ustün, A. et al. (2019), "Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene for selected adverse health outcomes: An updated analysis with a focus on low- and middle-income countries", *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, Vol. 222/5, pp. 765-777, https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2019.05.004. [1]

UNICEF/WHO (2025), *Progress on household drinking-water, sanitation and hygiene 2000-2024: Special focus on inequalities*, WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene, https://www.unicef.org/publications/index_96611.html. [3]

Wolf, J. et al. (2023), "Burden of disease attributable to unsafe drinking water, sanitation, and hygiene in domestic settings: a global analysis for selected adverse health outcomes", *The Lancet*, Vol. 401/10393, pp. 2060-2071, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)00458-0. [2]

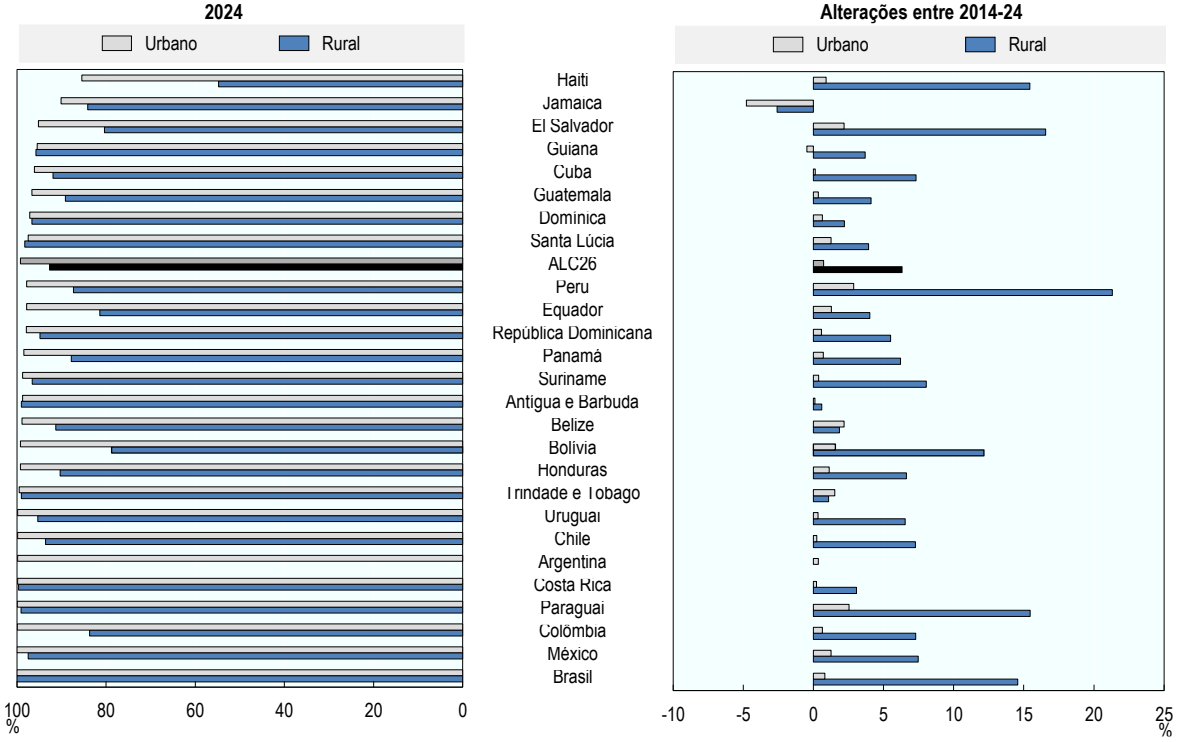
Gráfico 4.16. Acesso ao saneamento básico, 2024 e variação entre 2014 e 2024



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/ugst6h

Gráfico 4.17. Proporção da população com acesso a água potável básica, 2024 e variação entre 2014 e 2024



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/4rfl8j

Tabaco

O tabagismo é o segundo principal fator de risco para morte prematura e incapacidade em todo o mundo, causando mais de 8 milhões de mortes por ano, das quais cerca de 1,2 milhão são resultado da exposição de não fumantes ao fumo passivo (WHO, 2023[1]). Os efeitos negativos do tabagismo vão além da saúde individual e da população, afetando também a economia. Entre 2007 e 2023, a prevalência média global do tabagismo diminuiu de 22,3% para 16,4%, uma redução relativa de 26% ao longo de 16 anos (WHO, 2025[2]).

A prevalência do consumo atual de qualquer produto de tabaco, seja diariamente ou não, varia consideravelmente na região da ALC e também entre os sexos. Em 2025, a prevalência média na ALC22 entre homens com mais de 15 anos é de 19%, bem abaixo da média da OCDE de 24,8% para homens da mesma faixa etária (Gráfico 4.18). A prevalência entre os homens é particularmente alta nas Bahamas, no Chile e na Argentina, os únicos países da ALC acima da média da OCDE, com mais de 25% dos homens com 15 anos ou mais relatando consumo atual de tabaco. A menor prevalência entre os homens é observada no Panamá e no Paraguai, ambos abaixo de 10%. Entre as mulheres, a prevalência do consumo atual de tabaco é consideravelmente menor do que entre os homens. Por exemplo, as mulheres guatemaltecas fumam cerca de 12 vezes menos do que os homens. Em 2025, a média da ALC22 entre as mulheres é de 5,8%, bem abaixo da média da OCDE de 17%. O Chile está no topo, com prevalência superior a 23%, seguido pela Argentina e pelo Uruguai. A menor prevalência entre as mulheres é encontrada em Honduras, na Guatemala e no Panamá, todos abaixo de 2%.

Os cigarros eletrônicos, um subconjunto dos sistemas eletrônicos de liberação de nicotina, ganharam popularidade rapidamente em toda a região da ALC, tornando-se uma grande preocupação de saúde pública. Esses produtos têm sido promovidos como "alternativas mais saudáveis" ao tabaco convencional; no entanto, não conseguiram proporcionar a redução de riscos esperada e agora ameaçam os avanços alcançados no controle do tabaco por meio da implementação de políticas (Izquierdo-Condoy, 2025[3]). Em 2024, a prevalência do uso atual de cigarros eletrônicos entre adultos na ALC15 é de 1,6%, quase quatro vezes menor do que a média da OCDE, de 5,8%. Trinidad e Tobago e o Paraguai apresentam prevalência de uso de cigarros eletrônicos entre adultos acima de 4%, enquanto países como Uruguai, Panamá e Santa Lúcia relatam uma prevalência inferior a 0,5% (Gráfico 4.19.).

O aumento dos preços do tabaco por meio de impostos mais elevados é uma das intervenções mais eficazes para reduzir o consumo de tabaco, pois desestimula os jovens a começarem a fumar e incentiva os fumantes atuais a pararem de fumar. Uma revisão recente de estudos realizados em países da ALC constatou que os aumentos de impostos reduzem efetivamente o consumo de cigarros e também podem aumentar a receita tributária proveniente do cigarro (Guindon, Paraje and Chaloupka, 2018[4]), o que, por sua vez, pode financiar intervenções complementares. A tributação média sobre um maço de 20 cigarros na ALC é de 47,6%, bem abaixo da média da OCDE, de 72,8% (Gráfico 4.20). Os países com as maiores parcelas tributárias totais sobre o tabaco são Chile, Brasil e Argentina, com 82,6%, 79,4% e 78,5%, respectivamente, embora esses não sejam os países com os preços de varejo mais altos. O maço de cigarros mais caro pode ser encontrado nas Bahamas, com um preço de 13 USD, enquanto os mais baratos são vendidos no Paraguai, com um preço de USD 0,46.

Os países da ALC podem fortalecer suas regulamentações para reduzir o consumo de tabaco por meio da implementação integral da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco. Para isso, a estratégia MPOWER da OMS pode ser seguida para monitorar o consumo de tabaco e as políticas de prevenção; proteger as pessoas contra o consumo de tabaco; oferecer ajuda para parar de fumar; alertar sobre os perigos do tabaco; fazer cumprir as proibições de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco; e aumentar os impostos sobre o tabaco (WHO, 2022[5]).

Definição e comparabilidade

A prevalência atual do consumo de tabaco é definida como a porcentagem da população com 15 anos ou mais que atualmente consome qualquer produto de tabaco (tabaco fumado e/ou sem fumaça) diariamente ou não. Os produtos de tabaco incluem cigarros, cachimbos, charutos, cigarrilhas, narguilés (hookah, shisha), bidis, kretek, produtos de tabaco aquecido e todas as formas de tabaco sem fumaça (oral e nasal). Os produtos do tabaco excluem cigarros eletrônicos (que não contêm tabaco), "charutos eletrônicos", "narguilés eletrônicos", JUUL e "cachimbos eletrônicos". As estimativas para 2025 foram modeladas utilizando taxas de prevalência específicas por idade e sexo, provenientes de pesquisas nacionais. Os resultados foram padronizados por idade com base na População Padrão da OMS.

A prevalência atual do uso de cigarros eletrônicos entre adultos é obtida a partir da pesquisa nacionalmente representativa mais recente.

Os dados sobre preços de varejo de produtos de tabaco e nicotina provêm de coleta primária, por meio de pesquisa em dois tipos de pontos de venda na capital: supermercados ou hipermercados e quiosques, bancas de jornal, tabacarias ou lojas de alimentos independentes. Os preços são coletados com base na marca mais vendida (maço de 20 cigarros). No que diz respeito aos dados fiscais, os países são pesquisados a cada dois anos e solicitados a relatar as receitas fiscais anuais em nível nacional/federal de todos os produtos de tabaco referentes ao ano mais recente disponível.

Referências

Guindon, G., G. Paraje and F. Chaloupka (2018), “The Impact of Prices and Taxes on the Use of Tobacco Products in Latin America and the Caribbean”, *American Journal of Public Health*, Vol. 108/S6, pp. S492-S502, https://doi.org/10.2105/ajph.2014.302396r. [4]

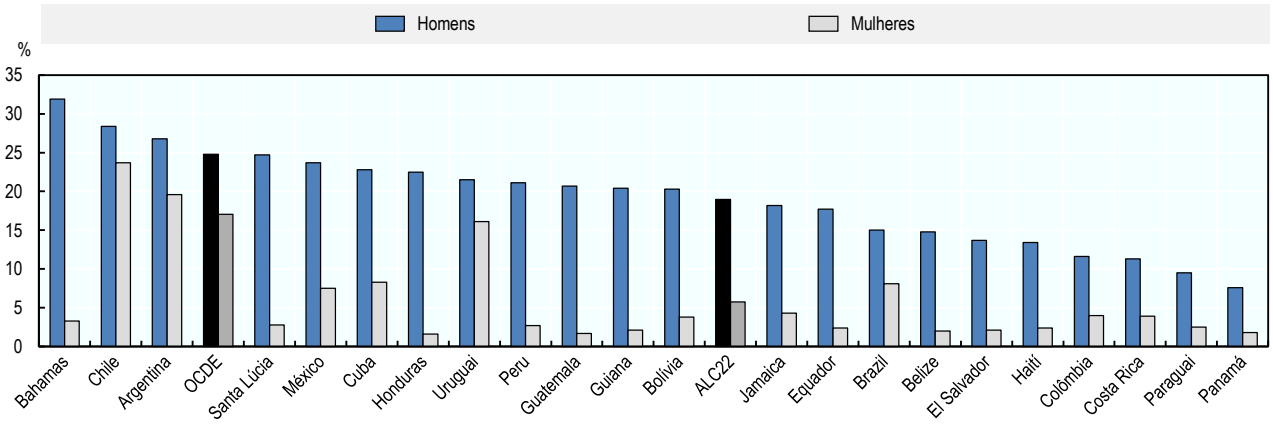
Izquierdo-Condoy, J. (2025), “Bridging the regulatory gap: a call for a regional, evidence-informed approach to e-cigarette control in Latin America”, *Frontiers in Public Health*, Vol. 13, https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1689171. [3]

WHO (2025), *WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: Warning about the dangers of tobacco*, World Health Organization, https://iris.who.int/handle/10665/381685. [2]

WHO (2023), *Tobacco*, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco (accessed on 23 February 2023). [1]

WHO (2022), *Tobacco fact sheet*, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco. [5]

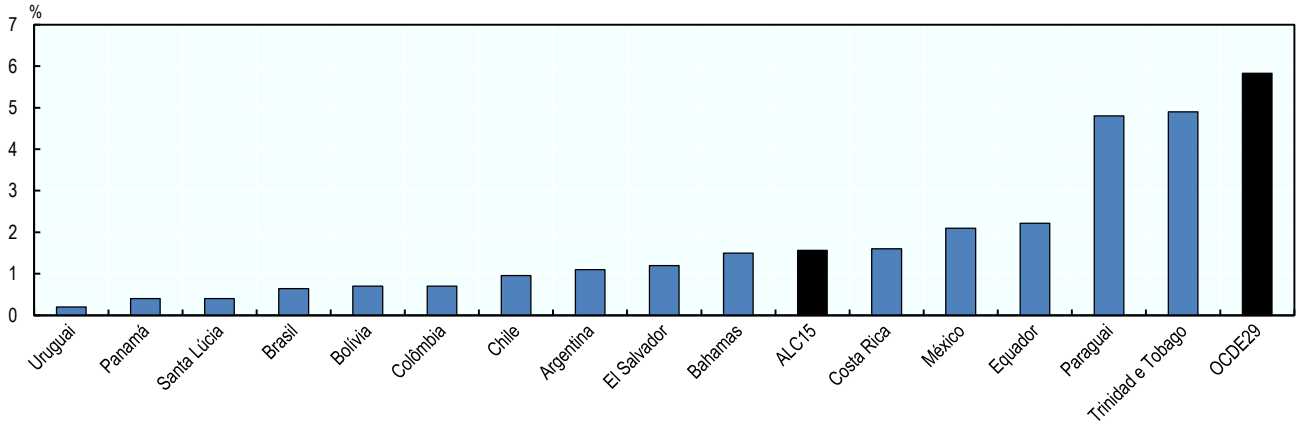
Gráfico 4.18. Prevalência atual do uso de tabaco (%), padronizada por idade, 2025, por sexo



Fonte: WHO Global Health Observatory, 2025.

StatLink https://stat.link/6fcwhv

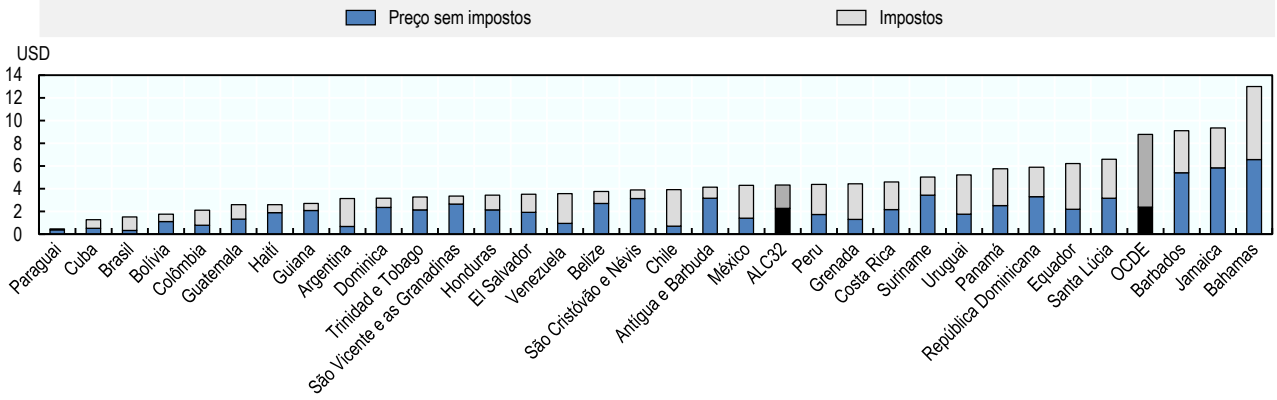
Gráfico 4.19. Prevalência atual do uso de cigarros eletrônicos entre adultos (%), 2024



Fonte: WHO Global Health Observatory, 2025.

StatLink https://stat.link/sfbkzw

Gráfico 4.20. Preço de varejo de um maço de 20 cigarros (marca mais vendida) em dólares americanos e impostos nacionais, 2024



Fonte: WHO Global Health Observatory, 2025.

StatLink https://stat.link/z29jt0

Consumo de álcool e drogas

O consumo de álcool e de substâncias psicoativas continua a representar um fardo substancial, embora amplamente evitável, para a saúde da população na região da ALC. O álcool, por si só, está causalmente associado a mais de 200 doenças e condições de saúde, e a OMS estima que o uso nocivo de álcool tenha causado 2,6 milhões de mortes em todo o mundo em 2019. Nas Américas, o consumo de álcool permanece cerca de 40% acima da média global e é caracterizado por padrões de consumo particularmente arriscados. Ao mesmo tempo, os transtornos relacionados ao uso de drogas são uma preocupação crescente de saúde pública na Região, com a OPAS estimando que 17,7 milhões de pessoas nas Américas viviam com um transtorno relacionado ao uso de drogas em 2021, resultando em quase 78.000 mortes diretamente atribuíveis a esses transtornos (Martinez et al., 2025[1]).

Em 2022, o consumo total de álcool entre pessoas com 15 anos ou mais foi, em média, de 5,6 litros de álcool puro per capita em toda a ALC33, substancialmente abaixo da média da OCDE de 8,8 litros (Gráfico 4.21). O consumo variou de 1,8 litros na Guatemala a 11,9 litros em Santa Lúcia. Outros países com níveis comparativamente altos de consumo incluíram Antígua e Barbuda (9,9 litros), Barbados (9,8), Argentina (9,0) e Brasil (8,2), enquanto Venezuela, Equador, Honduras e Haiti também permaneceram abaixo de 3 litros per capita. A cerveja representou a maior parcela do consumo de álcool na ALC, em média, seguida pelas bebidas destiladas, enquanto o consumo de vinho permaneceu comparativamente baixo. As preferências por bebidas, no entanto, variaram significativamente entre os países: o vinho representou uma parcela relativamente grande do consumo total na Argentina e no Uruguai, enquanto as bebidas destiladas representaram uma grande proporção do consumo em vários países do Caribe, notadamente Santa Lúcia, Dominica e São Vicente e Granadinas.

A mortalidade por intoxicação por drogas continua muito mais baixa na ALC do que nos países da OCDE, embora aumentos recentes em alguns países mereçam atenção (Gráfico 4.22). Em toda a ALC25, a taxa de mortalidade por intoxicação por drogas foi de 0,58 mortes por 100.000 habitantes em 2023, em comparação com 5,21 na OCDE36. Essa média regional ficou ligeiramente abaixo do nível de 2010, de 0,61, mas acima do valor de 2019, de 0,42. Em 2023, Granada registrou a taxa mais alta da região, com 2,38 mortes por 100.000 habitantes, seguida pela Costa Rica (1,83), Uruguai (1,81), Brasil (1,43) e Trinidad e Tobago (1,42). Em contrapartida, vários países relataram taxas iguais ou próximas de zero. Apesar dos níveis absolutos comparativamente baixos, a tendência de aumento observada em países como Brasil, Costa Rica, México e Uruguai sugere que a mortalidade relacionada a drogas está se tornando uma questão de saúde pública mais visível em algumas partes da região.

A mortalidade específica por álcool apresenta um padrão diferente. As taxas são consideravelmente mais altas do que as observadas para intoxicação por drogas, e a variação entre os países é ampla (Gráfico 4.23). Na ALC25, a taxa de mortalidade específica por álcool foi de 6,72 por 100.000 habitantes em 2023, abaixo da média da OCDE36 de 9,45, mas apenas ligeiramente acima do nível regional de 2019 de 6,65 e bem abaixo do nível de 2010 de 8,30. A Guatemala registrou a taxa mais alta em 2023 (18,21 mortes por 100.000 habitantes), seguida por São Cristóvão e Nevis (17,57), Belize (12,81), México (12,49) e Nicarágua (10,91). No outro extremo da distribuição, as taxas mais baixas foram observadas na República Dominicana (0,90), no Panamá (1,50), na Jamaica (1,69), em Antígua e Barbuda (1,72) e na Colômbia (1,76). A longo prazo, vários países registraram quedas consideráveis, incluindo São Vicente e Granadinas, Chile, Dominica, Guiana e Nicarágua.

Padrões de consumo nocivo de álcool e alta mortalidade específica por álcool persistem em vários países, apesar de o consumo médio de álcool permanecer abaixo dos níveis da OCDE, enquanto a mortalidade por intoxicação por drogas, embora ainda baixa para os padrões da OCDE, aumentou em alguns países. Enfrentar esse fardo exigirá políticas mais rigorosas de controle do álcool, melhor prevenção e intervenção precoce, além de acesso mais amplo a serviços de tratamento e redução de danos. Os resultados devem ser interpretados com cautela, especialmente em países pequenos, onde as flutuações ano a ano podem refletir o tamanho da população, a completude dos relatórios e alterações na codificação.

Definição e comparabilidade

Os dados sobre o consumo total de álcool per capita foram obtidos do WHO Global Health Observatory e representam os litros de álcool puro consumidos por pessoa com 15 anos ou mais durante um ano civil, calculados a partir de dados de produção, importação, exportação e vendas, frequentemente coletados por meio de sistemas tributários. O indicador é calculado dividindo o consumo total de álcool registrado (numerador) pela população residente no meio do ano, com 15 anos ou mais, para o mesmo ano civil, conforme estimado pelas projeções de variante média do Programa Mundial de Parceria para o Desenvolvimento do Álcool (PMA) da ONU (denominador).

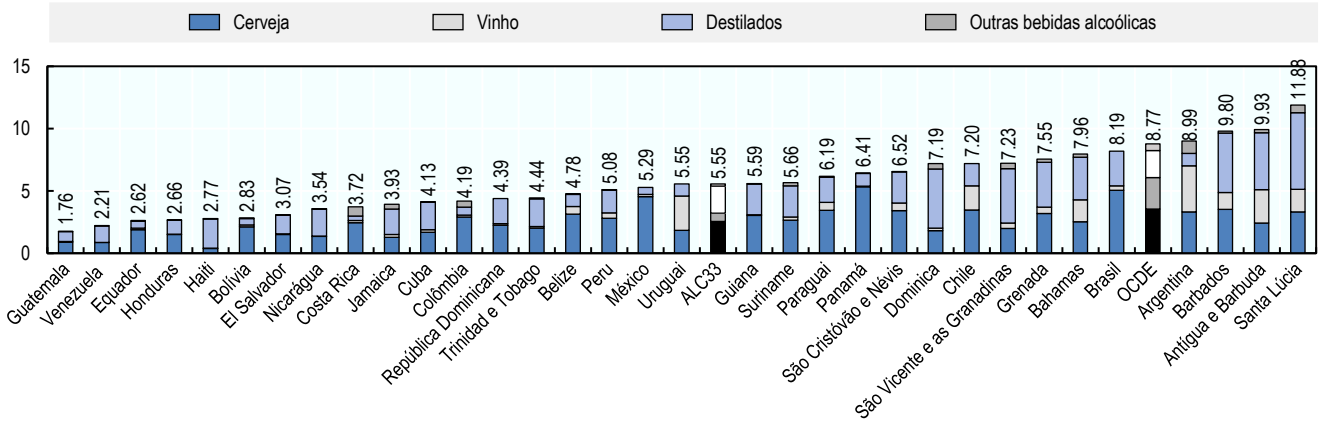
Os dados sobre intoxicação por drogas e mortes específicas por álcool foram extraídos do banco de dados de mortalidade da OMS. As taxas de mortalidade são calculadas dividindo o número anual de óbitos pelas estimativas populacionais de meados do ano. As taxas foram padronizadas por idade utilizando dados populacionais dos quatro países da OCDE da América Latina e do Caribe como população padrão. Os códigos da CID-10 usados para definir as causas básicas de morte por álcool ou drogas são baseados no Office for National Statistics (Cornes et al., 2021[2]).

Referências

Cornes, M. et al. (2021), *Improving care transfers for homeless patients after hospital discharge: a realist evaluation*, NIHR Journals Library, Southampton. [2]

Martinez, R. et al. (2025), "The rising burden of drug use disorders in the Americas, 2000–2021", *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 49, p. 1, https://doi.org/10.26633/rpsp.2025.132. [1]

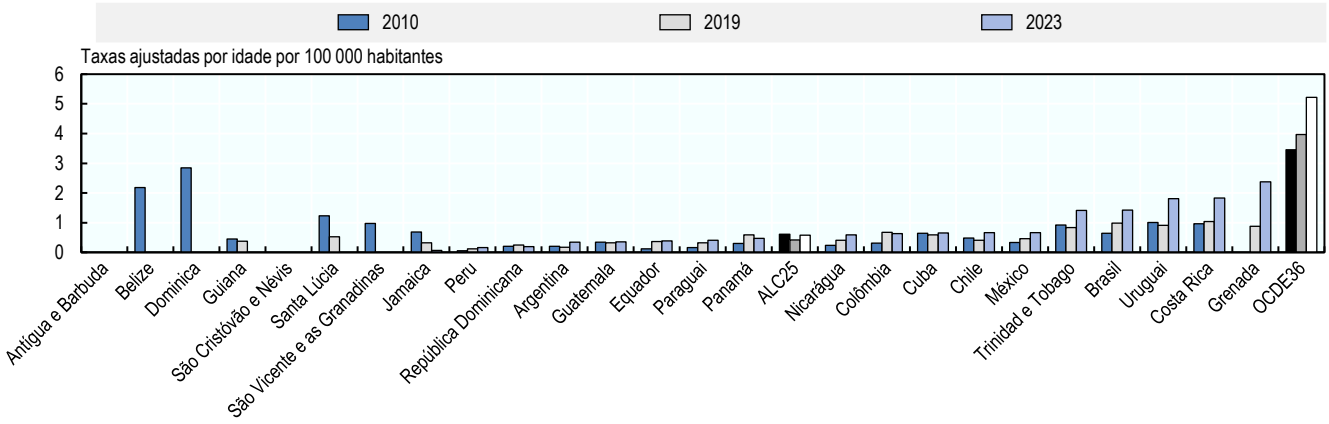
Gráfico 4.21. Consumo total de álcool per capita (maiores de 15 anos) (em litros de álcool puro), por tipo de bebida, 2022



Fonte: WHO Global Health Observatory, 2025.

StatLink https://stat.link/m6ych1

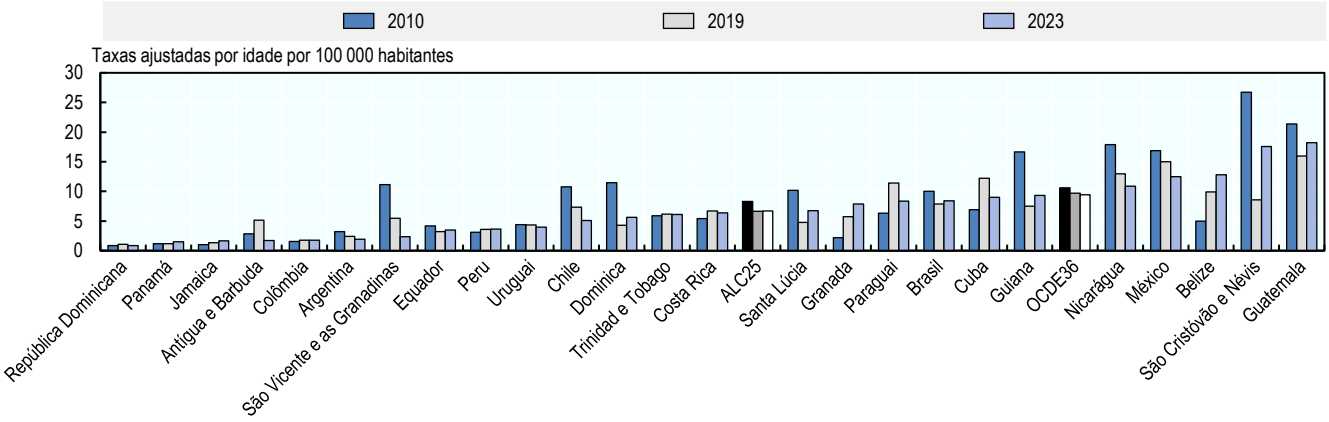
Gráfico 4.22. Taxas de mortalidade por intoxicação por drogas, 2010, 2019 e 2023 (ou ano mais recente)



Fonte: banco de dados da OMS sobre a mortalidade (2026).

StatLink https://stat.link/z35hd4

Gráfico 4.23. Taxas de mortalidade específicas por álcool, 2010, 2019 e 2023 (ou o ano mais recente disponível)



Fonte: banco de dados da OMS sobre a mortalidade (2026).

StatLink https://stat.link/gnfhws

Segurança no trânsito

Cerca de 1,9 milhões de pessoas morrem todos os anos em consequência de acidentes de trânsito, que são a principal causa de mortalidade entre pessoas com idades entre 5 e 29 anos. Existe uma grande disparidade em função da renda, com 92% das mortes decorrentes de acidentes de trânsito ocorrendo em países de baixa e média renda (WHO, 2023[1]). O ônus dos ferimentos causados por acidentes de trânsito recai desproporcionalmente sobre os usuários vulneráveis das vias – pedestres, ciclistas e motociclistas. Os acidentes rodoviários custarão à economia mundial 1,8 trilhão USD (valor constante de 2010) no período de 2015 a 2030, o que equivale a um imposto anual de 0,12% sobre o produto interno bruto global (Chen et al., 2019[2]).

Em 2023, os 25 países da ALC com dados disponíveis no banco de dados de mortalidade da OMS registraram uma média de 20 mortes por 100.000 habitantes entre os homens e 4,2 mortes por 100.000 habitantes entre as mulheres devido a acidentes de trânsito, ambos os índices bem acima das médias da OCDE37 de 7,5 e 2,0 mortes por 100.000 habitantes, respectivamente (Gráfico 4.24). Para todos os outros países da ALC, os dados de mortalidade são obtidos a partir de estimativas do modelo IHME. Os países com as maiores taxas de mortalidade masculina por acidentes de trânsito também tendem a apresentar as maiores taxas de mortalidade feminina, embora haja algumas exceções. De modo geral, nos países da ALC, os homens têm 4,8 vezes mais probabilidade de morrer em um acidente de trânsito do que as mulheres. O Haiti, a Bolívia e Honduras apresentam as maiores taxas de mortalidade masculina por acidentes de trânsito na região, com taxas de mortalidade superiores a 45 mortes por 100.000 habitantes. Entre as mulheres, as taxas mais elevadas são observadas no Haiti, na Bolívia, em São Cristóvão e Nevis e em El Salvador, todas acima de 9 mortes por 100.000 habitantes. No extremo oposto, as taxas mais baixas da região são observadas na Jamaica e em Granada, ambas abaixo de 4 mortes por 100.000 habitantes e os únicos países da ALC abaixo da média masculina da OECD37. Entre as mulheres, São Vicente e Granadinas é o único país a registrar 0 mortes em 2022 (último ano disponível), seguido por Jamaica, Santa Lúcia e Antígua e Barbuda, com 0,26, 0,98 e 1,60 mortes por 100.000 habitantes, respectivamente.

Os principais fatores de risco para mortes e ferimentos no trânsito são dirigir sob o efeito de álcool, excesso de velocidade e a não utilização de capacetes para motociclistas, cintos de segurança e sistemas de retenção para crianças. A condução distraída é uma ameaça crescente à segurança no trânsito, especialmente devido ao uso de telefones celulares e outras tecnologias a bordo dos veículos. Enviar mensagens de texto durante a condução causa distração cognitiva, manual e visual, e até mesmo o uso do telefone no modo viva-voz reduz o desempenho ao volante (WHO, 2023[1]). Como os dispositivos portáteis e os dispositivos de mãos-livres criam distração cognitiva, algumas leis nacionais regulamentam ambos (Quadro 4.1). Dirigir com uma concentração de álcool no sangue (CAS) acima de 0,05 g/dl (gramas por decilitro) aumenta substancialmente o risco de acidentes e a probabilidade de lesões fatais ou graves. A fiscalização por meio de pontos de controle com testes aleatórios de bafômetro é altamente econômica e pode reduzir os acidentes relacionados ao álcool em aproximadamente 20%. Em 2023, todos os 30 países da América Latina e do Caribe com dados disponíveis já haviam implementado leis nacionais contra o consumo de álcool ao volante. O uso do cinto de segurança reduz as mortes entre os ocupantes de veículos em até 50%. No entanto, Antígua e Barbuda não possui uma lei nacional sobre o uso do cinto de segurança, e vários outros países não exigem o uso do cinto para todos os ocupantes. Os sistemas de retenção para crianças, incluindo cadeiras para bebês e assentos elevatórios, reduzem o risco de morte em caso de acidente em cerca de 71% entre bebês (WHO, 2023[1]). No entanto, as legislações nacionais obrigatórias sobre sistemas de retenção para crianças só existem em 19 países da ALC. A gestão da velocidade continua sendo um dos principais desafios para a segurança no trânsito e exige uma resposta de longo prazo e multidisciplinar. Uma legislação nacional sobre limites de velocidade existe em 28 países da ALC, com exceção da Dominica e da Venezuela. No entanto, em vários países, as autoridades locais podem alterar os limites de velocidade. O uso correto do capacete de motocicleta reduz o risco de morte em mais de 6 vezes e de lesões graves em até 74%. A fiscalização das leis de uso de capacete pode aumentar as taxas de uso para mais de 90% (WHO, 2023[1]). No entanto, Antígua e Barbuda e Dominica carecem de regulamentações obrigatórias sobre o uso de capacete. Em outros países da ALC, as taxas de uso de capacete de motocicleta variam amplamente, sendo inferiores a 50% tanto para motoristas quanto para passageiros no Equador e no Paraguai, enquanto seis países da ALC relatam taxas de uso superiores a 90% para ambos.

Na região da América Latina e do Caribe, progressos foram feitos ao longo dos últimos cinco anos. Por exemplo, alguns países reduziram seus limites de velocidade em áreas rurais e urbanas, incluindo a Colômbia. Novas regulamentações sobre o uso de telefones celulares ao volante foram introduzidas na Jamaica e no México. A Guiana adotou a legislação que torna obrigatório o uso de capacete para motociclistas, e o México introduziu regulamentações sobre sistemas de retenção para crianças. No entanto, são necessárias mais ações políticas e investimentos para corresponder à dimensão do problema da mortalidade no trânsito na região.

Definição e comparabilidade

Consulte o indicador "Mortalidade por todas as causas" no Capítulo 3 para obter a definição, a fonte e a metodologia subjacentes às taxas de mortalidade. Dos 33 países da ALC, ALC25 refere-se aos 25 países com dados de mortalidade medidos disponíveis no Banco de dados de mortalidade da OMS, enquanto ALC8 refere-se aos países cujos dados de mortalidade se baseiam em estimativas do IHME. Para obter informações sobre a legislação relativa aos cinco principais fatores de risco de mortes no trânsito, consulte os perfis nacionais da segurança rodoviária.

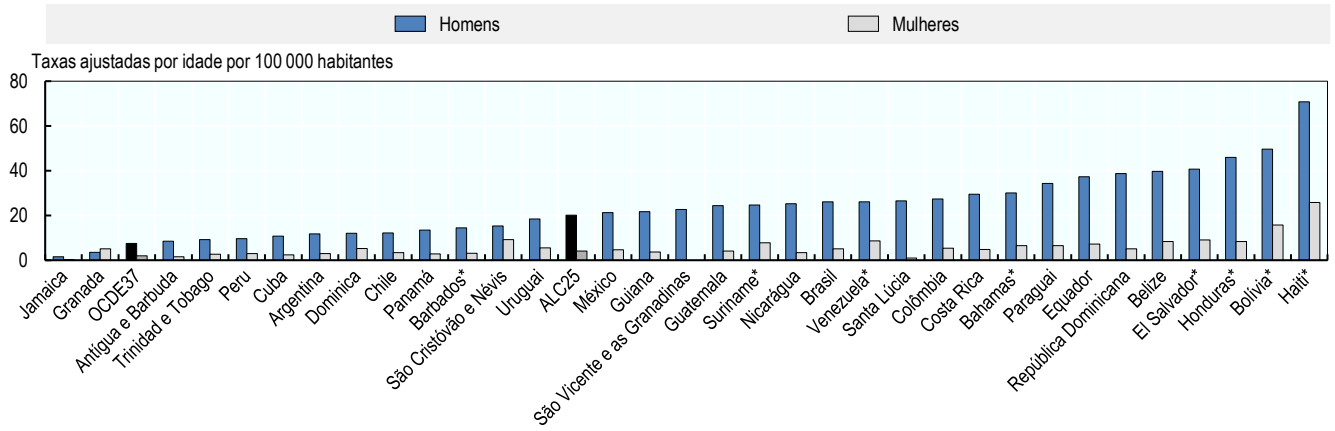
Referências

Chen, S. et al. (2019), “The global macroeconomic burden of road injuries: estimates and projections for 166 countries”, *The Lancet Planetary Health*, Vol. 3/9, pp. e390-e398, https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30170-6. [2]

WHO (2023), *Road traffic injuries*, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries (accessed on 20 February 2026). [1]

WHO (2023), *The Global Status Report on Road Safety*, World Health Organization, https://iris.who.int/handle/10665/375016. [3]

Gráfico 4.24. Taxas de mortalidade no trânsito, por sexo, 2023 (ou ano mais recente)



Observação: *estimativas do IHME.
Fonte: Banco de dados de mortalidade da OMS (2026) e Global Burden of Disease (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/x04g27

Quadro 4.1. Existência de uma legislação nacional sobre os cinco principais fatores de risco para mortes no trânsito, último ano disponível

País	Dirigir sob efeito de álcool	Cinto de segurança		Sistema de retenção para crianças	Limite de velocidade			Capacete de motocicleta		Uso do celular
	Legislação nacional	Legislação nacional	Aplicabilidade a todos os ocupantes	Legislação nacional	Legislação nacional ou local	Rural (km/h)	Urbano (km/h)	Legislação nacional	Taxa de uso de capacete (% do condutor/% do passageiro)	Legislação nacional sobre o uso de celular com ou sem viva-voz
Antígua e Barbuda	Sim	Não	-	Não	Nacional	64	32	Não	-	Não
Argentina	Sim	Sim	Sim	Sim	Ambos	110	60	Sim	69/42	Sim
Bahamas	Sim	Sim	Sim	Sim	Ambos	48	40	Sim	-	Não
Barbados	Sim	Sim	Sim	Sim	Nacional	80	80	Sim	-	Sim
Belize	Sim	Sim	Não	Não	Nacional	88	40	Sim	-	Não
Bolívia	Sim	Sim	Não	Não	Ambos	80	40	Sim	-	Não
Brasil	Sim	Sim	Sim	Sim	Ambos	100	80	Sim	100	Sim
Chile	Sim	Sim	Sim	Sim	Ambos	100	50	Sim	95/87	Sim
Colômbia	Sim	Sim	Sim	Não	Ambos	90	50	Sim	79/53	Sim
Costa Rica	Sim	Sim	Sim	Sim	Nacional	60	50	Sim	97/90	Sim
Cuba	Sim	Sim	Sim	Não	Nacional	90	50	Sim	95/95	Sim
Dominica	Sim	Sim	Sim	Não	Nenhum	-	-	Não	-	Não
República Dominicana	Sim	Sim	Sim	Sim	Nacional	60	60	Sim	-	Sim
Equador	Sim	Sim	Sim	Sim	Ambos	120	60	Sim	26/13	Sim
El Salvador	Sim	Sim	Não	Sim	Nacional	90	50	Sim	-	Sim
Guatemala	Sim	Sim	Não	Não	Ambos	80	60	Sim	-	Sim
Guiana	Sim	Sim	Não	Sim	Nacional	64	64	Sim	-	Sim
Haiti	Sim	Sim	Sim	Não	Nacional	-	50	Sim	-	Sim
Honduras	Sim	Sim	Sim	Não	Nacional	-	-	Sim	-	Sim
Jamaica	Sim	Sim	Sim	Sim	Nacional	80	80	Sim	-	Sim
México	Sim	Sim	Não	Sim	Ambos	80	50	Sim	-	Sim
Nicarágua	Sim	Sim	Não	Sim	Nacional	100	45	Sim	95/95	Sim
Panamá	Sim	Sim	Sim	Não	Nacional	100	80	Sim	95/95	Sim
Paraguai	Sim	Sim	Sim	Sim	Ambos	110	50	Sim	35/11	Sim
Peru	Sim	Sim	Sim	Sim	Ambos	60	50	Sim	-	Sim
Santa Lúcia	Sim	Sim	Não	Não	Nacional	-	-	Sim	-	Sim
Suriname	Sim	Sim	Sim	Sim	Nacional	80	40	Sim	95/90	Sim
Trindade e Tobago	Sim	Sim	Não	Sim	Nacional	80	50	Sim	98/98	Sim
Uruguai	Sim	Sim	Sim	Sim	Ambos	90	45	Sim	93/82	Sim
Venezuela	Sim	Sim	Sim	Sim	Nenhum	-	-	Sim	-	Sim

Fonte: WHO Global Status Report on Road Safety (2023[3]).

Riscos ambientais e climáticos

As mudanças climáticas representam um dos maiores desafios para a humanidade. Elas estão associadas a diversos tipos de problemas ambientais, tais como temperaturas extremas, disseminação de doenças tropicais e seus vetores, e poluição do ar. A poluição do ar já é o risco ambiental mais significativo para a saúde e uma das principais causas de morte e incapacidade, causando aproximadamente 7 milhões de mortes prematuras anualmente, e seu impacto futuro provavelmente será ainda maior se não forem desenvolvidas medidas políticas adequadas. Além disso, 99% da população global respira ar que excede as diretrizes de qualidade do ar da OMS, sendo que os países de baixa e média renda sofrem com as maiores exposições (WHO, 2026[1]).

Embora o custo econômico da mortalidade relacionada ao calor varie amplamente na região da ALC, o ônus geral tem aumentado consistentemente nas últimas décadas. Na ALC27, as perdas globais médias anuais monetizadas decorrentes da mortalidade relacionada ao calor, no período de 2020 a 2024, foram 244% maiores do que a média de 2000 a 2004, expressas como o número equivalente de rendas médias anuais (Gráfico 4.25). Em 2024, esse ônus foi menor nas Bahamas, em São Vicente e Granadinas e em Belize, onde as perdas permanecem abaixo de 1.000 equivalentes de renda média anual. Por exemplo, em São Vicente e Granadinas, a perda equivale a cerca de 322 rendimentos anuais. No extremo oposto, o México e o Brasil apresentaram perdas muito elevadas, atingindo 409.384,8 e 498.325,9 equivalentes de renda, respectivamente.

A dengue é uma doença viral transmitida por mosquitos das espécies *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. O número básico de reprodução (R_0) da dengue aumentou em toda a ALC quando se compara o período de 2015 a 2024 com o de 1951 a 1960. Em média, a ALC25 registrou um aumento de 0,23 para a espécie *Ae. aegypti* e de 0,25 para a espécie *Ae. albopictus*, o que significa que cada caso agora gera, em média, cerca de um quarto a mais de infecções secundárias do que no período de 1951 a 1960 (Gráfico 4.26). Colômbia, Equador e Nicarágua apresentaram os maiores aumentos no R_0 relacionado ao Ae. aegypti (acima de 0,7), enquanto Brasil, Bolívia e Colômbia apresentaram os maiores aumentos no R_0 relacionado ao Ae. albopictus (acima de 0,59). Apenas alguns países registraram quedas no R_0 da dengue, com Trinidad e Tobago, Haiti, República Dominicana, Jamaica e Argentina apresentando reduções para o *Ae. aegypti* (variando de -0,20 a -0,04) e Cuba, Uruguai e Argentina para o *Ae. albopictus* (de -0,30 a -0,03).

Nos países da ALC31, as taxas de mortalidade atribuídas à poluição do ar doméstico e ambiente em 2019 foram, em média, de 42,1 mortes padronizadas por idade por 100.000 habitantes para as mulheres e de 53,7 para os homens. As taxas de mortalidade para homens foram mais altas do que para mulheres em todos os países da ALC com dados disponíveis, exceto no Haiti. O Haiti registrou as taxas de mortalidade mais altas tanto para mulheres quanto para homens, com 216 e 204 mortes por 100.000 habitantes, respectivamente. Bahamas, Panamá, Antígua e Barbuda e Barbados apresentaram as menores taxas de mortalidade masculina na região, com menos de 22 mortes por 100.000 habitantes, enquanto as menores taxas de mortalidade feminina foram registradas nas Bahamas e no Uruguai, com menos de 12 mortes por 100.000 habitantes (Gráfico 4.27).

As mudanças climáticas estão alterando a ecologia dos mosquitos vetores da dengue e expandindo as áreas geográficas onde as espécies podem viver. Enquanto o *Ae. aegypti* é adaptado para ambientes urbanos mais quentes (24-34 °C), o *Ae. albopictus* é mais prevalente em ambientes suburbanos e rurais mais frios (15-30 °C), no entanto, ele está agora se expandindo para regiões temperadas que antes eram habitadas apenas pelo *Ae. Aegypti,* aumentando o risco projetado de infeção por dengue (Chacón and Santos-Vega, 2026[2]). A OPAS recomenda a vigilância contínua da dengue, controle direcionado de mosquitos em áreas de alto risco e cuidados clínicos sólidos para prevenir casos graves e mortes. As comunidades desempenham um papel fundamental nas ações de prevenção, apoiadas por campanhas de educação em saúde. Por fim, melhorar os diagnósticos, aumentar a detecção precoce e avançar na pesquisa de vacinas é essencial para fortalecer a prevenção da dengue (Anand et al., 2024[3]).

Definição e comparabilidade

Os dados sobre os custos da mortalidade relacionada ao calor combinam estimativas das taxas de mortalidade relacionadas ao calor e o valor estatístico do ano de vida (VSLY) estimado para os países membros da OCDE. É utilizada uma relação fixa entre o VSLY e o produto interno bruto per capita. O valor da mortalidade é apresentado como o número de rendas das pessoas a que a perda seria equivalente em um determinado país e região.

Em doenças virais, R_0 representa o número esperado de casos gerados diretamente por um caso em uma população de indivíduos suscetíveis à infecção. Tanto para os custos da mortalidade relacionada ao calor quanto para a variação absoluta na dengue, os dados de R_0 são extraídos do explorador de dados do Lancet Countdown 2025 (Lancet Countdown, 2025[4]).

A poluição por partículas em suspensão no ar (ao ar livre) resulta de emissões provenientes de atividades industriais, residências e veículos, que são misturas complexas de poluentes atmosféricos, muitos dos quais são prejudiciais à saúde. De todos esses poluentes, as partículas finas, mesmo em baixos níveis, têm o maior efeito sobre a saúde humana.

Referências

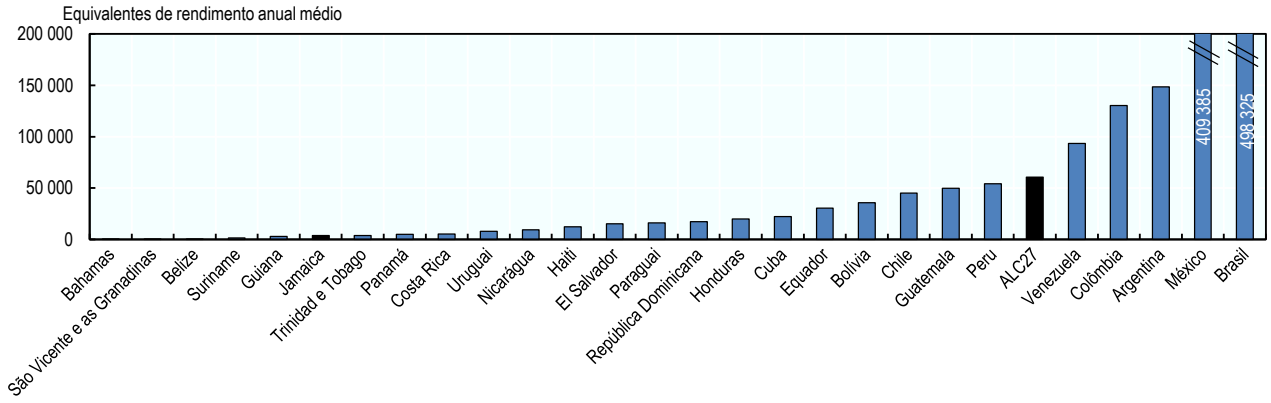
Anand, A. et al. (2024), “An urgent call for action: addressing the unprecedented rise in dengue cases in the Americas”, *Annals of Medicine & Surgery*, Vol. 86/7, pp. 3814-3815, https://doi.org/10.1097/ms9.0000000000002186. [3]

Chacón, S. and M. Santos-Vega (2026), “Temperature and competition: drivers in the ecological dynamics of Aedes mosquitoes and dengue spread”, *Parasites & Vectors*, https://doi.org/10.1186/s13071-025-07187-y. [2]

Lancet Countdown (2025), *Explore our data*, https://lancetcountdown.org/explore-our-data/ (accessed on 24 February 2026). [4]

WHO (2026), *Air pollution*, https://www.who.int/health-topics/air-pollution#tab=tab_1 (accessed on 24 February 2026). [1]

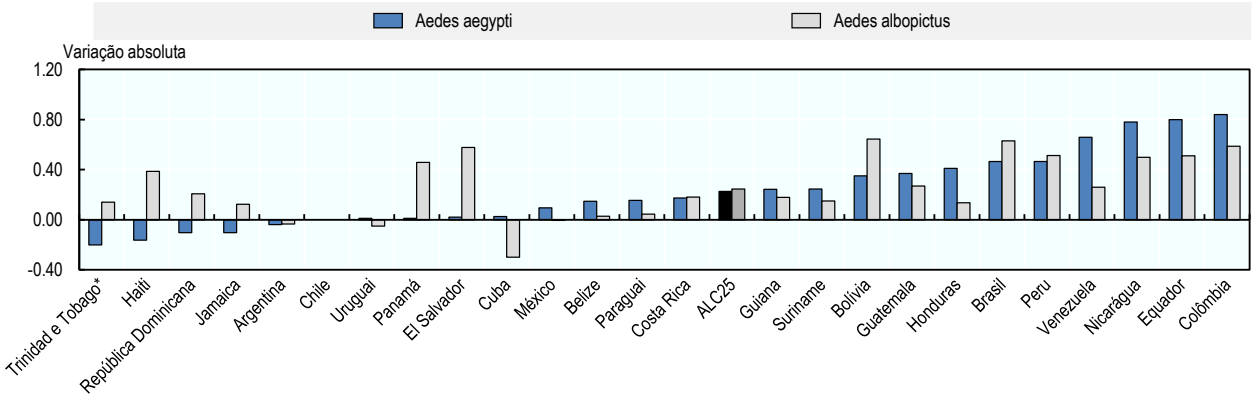
Gráfico 4.25. Custos da mortalidade relacionada ao calor, 2024



Fonte: Relatório Lancet Countdown, 2025.

StatLink https://stat.link/3l829u

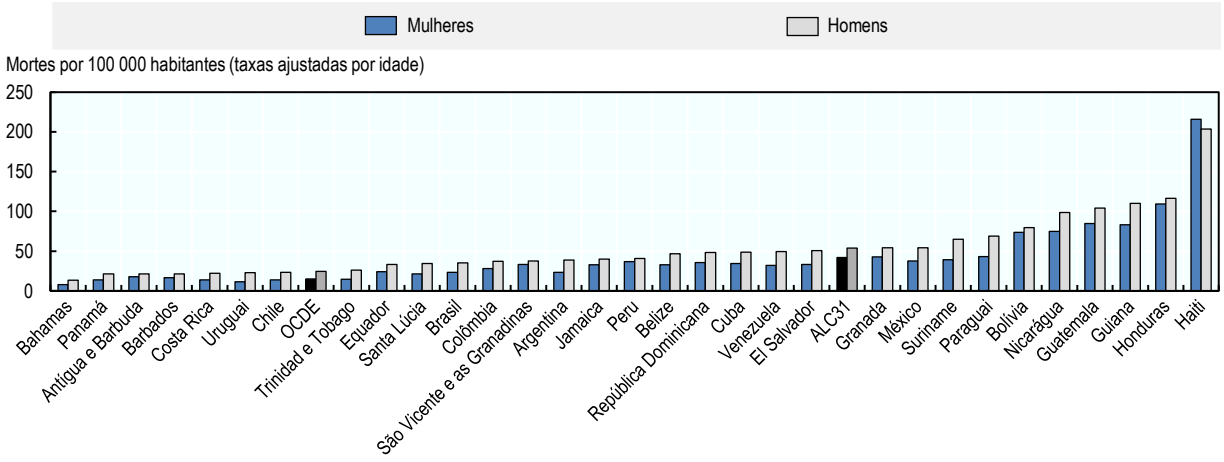
Gráfico 4.26. Variação absoluta no número básico de reprodução (R0) para a transmissão da dengue pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* em 2015-2024, em comparação com a linha de base de 1951-1960



Observação: *Trinidad e Tobago não possui dados disponíveis para o *Aedes aegypti* para 2024; o intervalo foi calculado como a média de 2015 a 2023.
Fonte: Relatório Lancet Countdown, 2025.

StatLink https://stat.link/nsvqdj

Gráfico 4.27. Taxa de mortalidade atribuída à poluição do ar doméstica e ambiente, por sexo, 2019



Fonte: WHO Global Health Observatory, 2024.

StatLink https://stat.link/wia2k4

5 Dados de saúde e infraestrutura do sistema de saúde

Disponibilidade de dados de saúde

Os sistemas de informação em saúde são mais eficazes quando os dados circulam de forma integrada entre os atores que os geram, utilizam e se beneficiam deles. O uso mais amplo de dados de alta qualidade e interoperáveis sustenta novos serviços e aplicativos digitais de saúde, tornando as informações mais fáceis de entender e utilizáveis em diferentes contextos e por diferentes usuários (OECD, 2021[1]). Na pesquisa da OCDE "Panorama da Saúde 2025" sobre políticas de qualidade dos cuidados de saúde na América Latina, os países informaram se dados de saúde estavam disponíveis às autoridades nacionais ou subnacionais, eram gerenciados por sistemas de prontuários eletrônicos do paciente (PEP) e podiam ser acessados pelos próprios pacientes. Os resultados mostram que, embora muitos países utilizem sistemas digitais e dados para governança, avaliação da qualidade e monitoramento do desempenho, o acesso dos pacientes permanece mais limitado.

Os dados hospitalares estão disponíveis às autoridades em todos os países participantes, embora apenas no nível subnacional na Argentina, em Granada e na Colômbia. A maioria utiliza algum tipo de PEP, mas com cobertura variável. No Peru, os sistemas têm alcance nacional, abrangem diferentes níveis de atenção e integram sistemas paralelos; na Colômbia, operam principalmente no nível das instituições. Apenas Costa Rica e Peru oferecem amplo acesso digital dos pacientes aos seus dados em todos os níveis de atenção; nos demais países, o acesso ocorre sobretudo em formato físico, mediante solicitação.

Os dados da atenção primária também estão geralmente disponíveis às autoridades, embora com diferentes graus de centralização. No Paraguai, são compilados por região sanitária, enquanto Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica e México relatam uso administrativo nacional. A infraestrutura digital, contudo, permanece desigual. Na Colômbia, o uso de PEP, antes concentrado em Bogotá, vem se expandindo para outras regiões e promovendo maior interoperabilidade; uma resolução de 2025 tornou sua implementação obrigatória para os prestadores. Em Granada, os sistemas existem apenas em algumas unidades públicas. Além disso, em todos os países do Caribe com dados disponíveis, diferentes sistemas funcionam paralelamente sem plena interoperabilidade. O acesso dos pacientes aos dados da atenção primária continua restrito.

Os dados sobre medicamentos prescritos apresentam lacunas ainda maiores. Embora a maioria dos países informe que as autoridades acessam dados de prescrição e que estes são ao menos parcialmente gerenciados de forma eletrônica, poucos permitem acesso direto pelos pacientes. Isso limita o potencial desses dados para apoiar a farmacovigilância, monitorar antimicrobianos e controlar custos. Seu compartilhamento com os pacientes também poderia reduzir erros de medicação, melhorar a adesão e tornar mais seguras as transições entre serviços.

Onde dados hospitalares e da atenção primária já são registrados digitalmente e utilizados para governança e monitoramento, ampliar o acesso seguro pelos pacientes fortaleceria a continuidade dos cuidados, a tomada de decisão compartilhada e a prestação de contas. As lacunas atuais prejudicam o fluxo de informações entre autoridades, prestadores e pacientes, sobretudo para pessoas com doenças crônicas. Superá-las representa uma oportunidade importante para melhorar a qualidade, a eficiência e os cuidados centrados na pessoa.

Definição e comparabilidade

Os dados sobre a disponibilidade de informações em saúde são provenientes da Pesquisa da OCDE sobre Políticas de Qualidade dos Cuidados de Saúde do Panorama da Saúde: América Latina 2026, realizada em 2025. A pesquisa foi administrada on-line entre outubro e dezembro de 2025 a representantes dos ministérios da Saúde dos países participantes, como parte da coleta de dados para o Panorama da Saúde: América Latina e Caribe 2026. Participaram 12 países: Argentina, Belize, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Granada, México, Paraguai, Peru e Santa Lúcia. Foram incluídos outros sete países, cujas informações foram coletadas ad hoc pela OCDE por meio de consultas a especialistas e da literatura publicada. A pesquisa reuniu informações sobre a disponibilidade de fontes de dados e indicadores de saúde selecionados nos níveis nacional e/ou subnacional. Para esta publicação, foi selecionado um subconjunto de indicadores para apresentação. Mais informações sobre o questionário, o escopo e os aspectos metodológicos da pesquisa estão disponíveis no Guia do Leitor.

Referências

OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en. [1]

Tabela 5.1. Disponibilidade de informações sobre cuidados ao paciente em diferentes contextos 2025

Disponibilidade de dados de saúde, digitalização e acesso do paciente em contextos hospitalares, de cuidados primários e de prescrição

	Ambiente de prestação	Dados disponíveis para autoridades nacionais ou subnacionais	Os dados dos pacientes são gerenciados em prontuário eletrônico?	Os pacientes têm acesso digital aos próprios dados?
Argentina	Dados hospitalares	✓	✓	X
	Dados de cuidados	X	✓	X
	Medicamentos prescritos			X
Belize	Dados hospitalares	✓	✓	X
	Dados de cuidados	✓	X	X
	Medicamentos prescritos	✓	✓	X
Brasil	Dados hospitalares			X
	Dados de cuidados	✓	X	X
	Medicamentos prescritos			X
Chile	Dados hospitalares	✓	X	X
	Dados de cuidados	X	✓	X
	Medicamentos prescritos	X	X	X
Colômbia	Dados hospitalares	✓	✓	X
	Dados de cuidados	✓	✓	X
	Medicamentos prescritos	✓	✓	X
Costa Rica	Dados hospitalares	✓	✓	✓
	Dados de cuidados	✓	✓	✓
	Medicamentos prescritos	✓	✓	✓
Equador	Dados hospitalares	✓	X	X
	Dados de cuidados	✓	X	X
	Medicamentos prescritos			X
Grenada	Dados hospitalares	✓	✓	X
	Dados de cuidados		✓	X
	Medicamentos prescritos	X	X	X
México	Dados hospitalares	✓	X	X
	Dados de cuidados	✓	✓	X
	Medicamentos prescritos	X	X	X
Paraguai	Dados hospitalares	✓	✓	X
	Dados de cuidados	✓	X	X
	Medicamentos prescritos	✓	✓	X
Peru	Dados hospitalares	✓	✓	✓[1]
	Dados de cuidados	✓	✓	✓[1]
	Medicamentos prescritos	✓	X	✓[1]
Saint Lúcia	Dados hospitalares	✓	✓	X
	Dados de cuidados	✓	X	X
	Medicamentos prescritos			X
República Dominicana	Dados hospitalares	✓		X
	Dados de cuidados	✓		X
	Medicamentos prescritos	✓		X
El Salvador	Dados hospitalares	✓	✓	X
	Dados de cuidados	✓	✓	X
	Medicamentos prescritos	✓	✓	X
Guatemala	Dados hospitalares	✓	✓	X
	Dados de cuidados	✓	✓	X
	Medicamentos prescritos	✓		X
Haiti	Dados hospitalares	✓		X
	Dados de cuidados	✓		X
	Medicamentos prescritos	✓		X
Honduras	Dados hospitalares	✓		X
	Primária Dados de	✓		X
	Medicamentos prescritos	✓		X
Nicarágua	Dados hospitalares	✓	X	X
	Dados de cuidados	✓	X	X
	Medicamentos prescritos	✓	X	X
Panama	Dados hospitalares	✓	✓	X
	Dados de cuidados	✓	✓	X
	Medicamentos prescritos	✓	✓	X

Observação: Os dados são baseados nas respostas dos países às seguintes perguntas: (i) Os dados relativos aos cuidados prestados aos pacientes estão disponíveis em formato digital a uma autoridade nacional? (ii) Os dados relativos aos cuidados prestados aos pacientes são gerenciados num sistema de prontuários eletrônicos do paciente (PEP) nacional ou subnacional? (iii) Os pacientes têm acesso aos seus próprios dados e, em caso afirmativo, como esse acesso é providenciado? As respostas abrangem os seguintes contextos de prestação de cuidados: todos os contextos de prestação de cuidados, dados hospitalares, dados de cuidados primários, dados de mortalidade, medicamentos sujeitos a receita médica, cuidados continuados formais, dados de registro de câncer e pesquisas sobre a saúde da população. A tabela apresenta uma seleção desses contextos. Fonte: Pesquisa "Panorama da saúde" da OCDE sobre políticas de qualidade dos cuidados de saúde, 2025.

Uso e capacidades de dados de saúde

Sistemas sólidos de informação em saúde são a base dos sistemas de saúde de alto desempenho, permitindo a continuidade dos cuidados, a avaliação do desempenho e a elaboração de políticas baseadas em evidências. A OCDE enfatizou que a capacidade de vincular dados em diferentes contextos de cuidados de saúde e de apoiar seu uso secundário é essencial para monitorar a qualidade, melhorar os resultados e reforçar a prestação de contas (OECD, 2023[1]). Da mesma forma, a OMS destaca que sistemas de informação em saúde integrados e interoperáveis são cruciais para promover a cobertura universal de saúde e impulsionar a melhoria do sistema (WHO, 2021[2]).

O Gráfico 5.1 mostra a capacidade dos países de vincular os dados do nível do paciente entre os contextos de cuidados de saúde. A capacidade varia amplamente entre os países da ALC. A Costa Rica, Peru e o Paraguai relatam um vínculo quase abrangente entre conjuntos de dados de cuidados primários, hospitais, prescrições e mortalidade, permitindo o acompanhamento ao longo da via de atendimento. Em contrapartida, vários outros países relatam apenas vínculos limitados, muitas vezes restritos a ligações entre hospitais e mortalidade (Chile) ou entre hospitais e prescrições (Brasil), refletindo sistemas de informação mais fragmentados.

Em toda a região, os vínculos mais comuns ligam dados hospitalares com registros de mortalidade e dados hospitalares com dados de prescrição. Em contrapartida, os vínculos envolvendo os cuidados primários – particularmente as ligações entre os cuidados primários e os dados de prescrição ou hospitalares – estão disponíveis de forma menos consistente. Essas lacunas restringem a capacidade de avaliar a continuidade dos cuidados e os resultados a longo prazo além do ambiente hospitalar e limitam a produção de avaliações de desempenho precisas que podem efetivamente impulsionar a melhoria da qualidade.

A incorporação de usos secundários de dados de saúde nas estruturas legais e políticas nacionais é outra dimensão crítica da capacidade de dados de saúde. O Gráfico 5.2 mostra uma variação substancial entre os países quanto à inclusão explícita de usos secundários, como monitoramento da qualidade, planejamento do sistema ou pesquisa, em planos, leis ou estratégias nacionais, em diferentes contextos de prestação de cuidados. Alguns países relatam um reconhecimento formal mais amplo de usos secundários em múltiplos contextos, enquanto outros indicam disposições mais limitadas ou específicas para cada contexto, frequentemente concentradas em dados hospitalares. Essas diferenças refletem diferentes níveis de desenvolvimento de políticas em relação à governança e ao uso estratégico de dados de saúde.

O uso regular de dados de saúde para avaliação e melhoria da qualidade permanece desigual em toda a região. Embora oito dos 12 países respondentes relatem o uso rotineiro de dados hospitalares e de mortalidade para publicar ou monitorar indicadores de qualidade, a divulgação sistemática com base em dados de cuidados primários, prescrição, cuidados continuados ou registro de câncer é menos comum. Em alguns casos, os dados podem existir e até ser passíveis de vinculação, mas ainda não são sistematicamente traduzidos em indicadores de qualidade comunicados publicamente. Isso sugere que a disponibilidade de dados e a capacidade de vinculação não levam automaticamente ao uso sistemático para monitoramento de desempenho. O fortalecimento da capacidade analítica e dos arranjos institucionais para inteligência em saúde continua sendo um próximo passo importante em muitos países.

Definição e comparabilidade

Os dados sobre a disponibilidade de informações de saúde são extraídos da pesquisa "Panorama da saúde 2026" da OCDE sobre políticas de qualidade dos cuidados de saúde na América Latina (2025). A pesquisa foi realizada online entre outubro e dezembro de 2025 com funcionários dos Ministérios da Saúde dos países participantes, como parte da coleta de dados para o relatório "Panorama da saúde: América Latina e Caribe 2026". Doze países participaram: Argentina, Belize, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Granada, México, Paraguai, Peru e Santa Lúcia. A pesquisa coletou informações sobre a disponibilidade de fontes de dados e indicadores de saúde selecionados em nível nacional e/ou subnacional. Ela abrangeu áreas que incluíram dados de registro de câncer, dados formais de cuidados continuados, dados de mortalidade, pesquisas sobre a saúde da população e os métodos pelos quais os pacientes podem acessar seus dados de saúde. Para esta publicação, foi selecionado um subconjunto de indicadores para a elaboração de relatórios. As autoridades dos países participantes tiveram a possibilidade de acrescentar informações adicionais devidamente documentadas após a conclusão da pesquisa.

Mais informações sobre o questionário da pesquisa, o escopo e os detalhes metodológicos estão disponíveis no guia do leitor. As respostas dos países estão disponíveis mediante pedido.

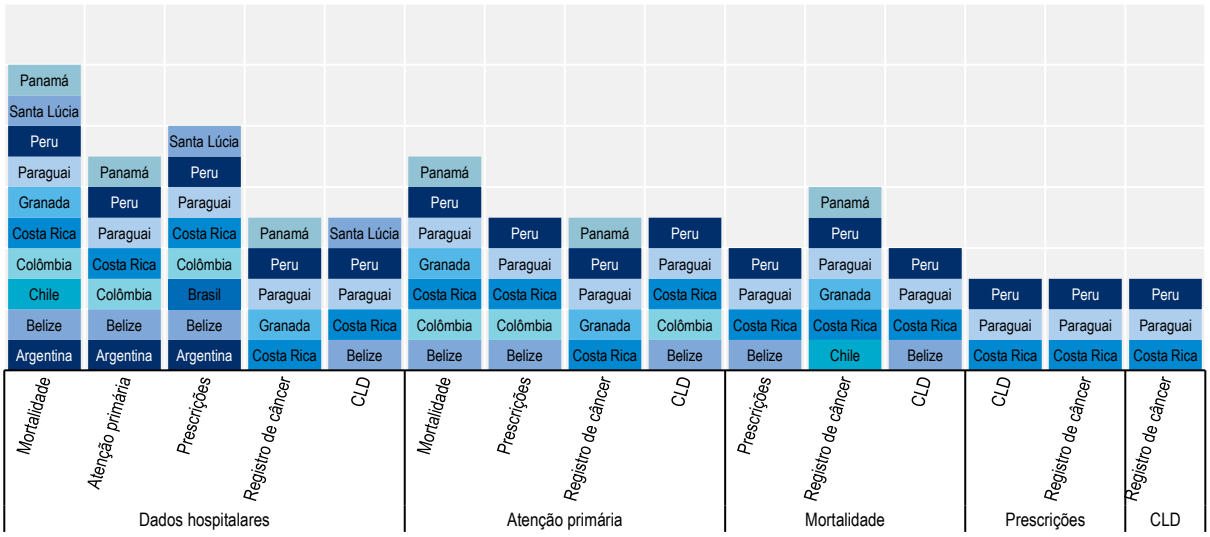
Referências

OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en. [1]

WHO (2021), *Global strategy on digital health 2020-2025*, World Health Organization, https://iris.who.int/handle/10665/344249. [2]

Gráfico 5.1. Maturidade nas vinculações de dados entre contextos de cuidados de saúde, 2025

Capacidade atual de vincular registros do nível do paciente entre contextos de cuidados de saúde para a produção de avaliações da qualidade do atendimento

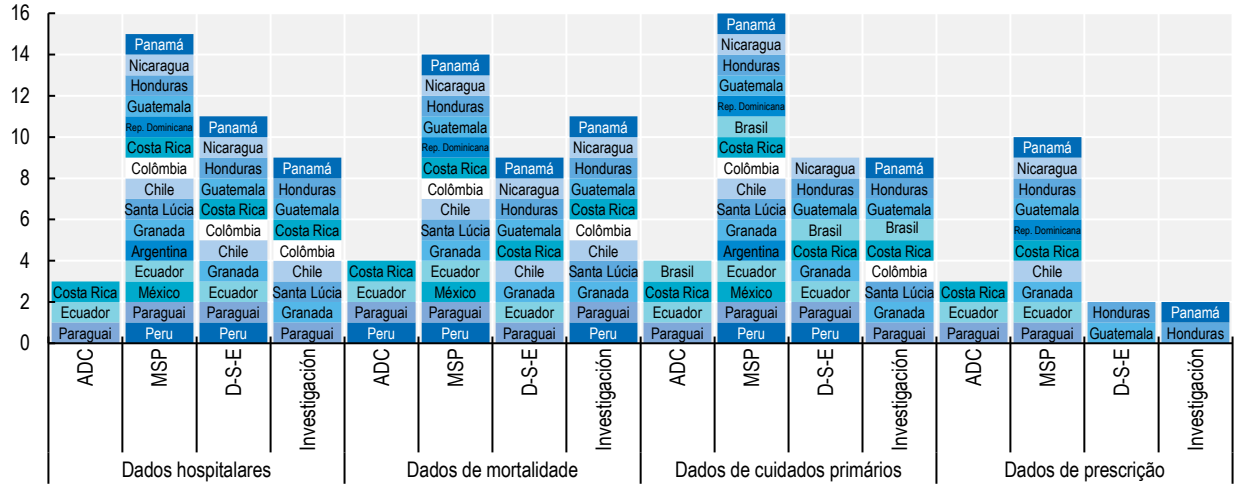


Observação: Os gráficos mapeiam a capacidade atual dos países de vincular registros de pacientes entre contextos de cuidados de saúde para produzir avaliações da qualidade do atendimento. CLD: cuidados de longa duração.
Fonte: Pesquisa "Panorama da saúde" da OCDE sobre políticas de qualidade dos cuidados de saúde na América Latina, 2025.

StatLink https://stat.link/5top0r

Gráfico 5.2. Uso secundário de dados de saúde, 2025

Usos secundários de dados de saúde por contexto de cuidados



Nota: Respostas à pergunta "Seu plano nacional, estrutura legal ou políticas incluem usos secundários de dados de saúde?". ADC: Apoio à decisão clínica. MSP: Monitoramento da saúde populacional. D-S-E: Desempenho, Segurança e Eficiência.
Fonte: Pesquisa "Panorama da saúde" da OCDE sobre políticas de qualidade dos cuidados de saúde na América Latina, 2025.

StatLink https://stat.link/s0jgyx

Tecnologias médicas: equipamentos de radioterapia

A radioterapia é um pilar do tratamento moderno do câncer, utilizada tanto como tratamento curativo quanto para proporcionar alívio paliativo em casos de doença avançada. Ela se baseia na radiação ionizante emitida por equipamentos especializados para destruir as células cancerígenas, minimizando os danos ao tecido saudável circundante. Dados da Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA) classificam os equipamentos de radioterapia em várias categorias que refletem diferentes tecnologias de tratamento (WHO, 2021[1]). As unidades de radioterapia por feixes de fótons e elétrons – geralmente aceleradores lineares ou máquinas de teleterapia com cobalto-60 – são as mais comuns e constituem a espinha dorsal da radioterapia de feixe externo em todo o mundo. As unidades de braquiterapia administram radiação internamente por meio de fontes radioativas seladas colocadas dentro ou próximas ao tumor. Os geradores de raios X fornecem radiação de baixa energia, normalmente utilizada para tratamentos superficiais, enquanto os sistemas de terapia de prótons e íons representam tecnologias de feixe de partículas altamente especializadas, capazes de administrar doses de radiação muito precisas com danos reduzidos aos tecidos circundantes.

Na América Latina e no Caribe, a infraestrutura de radioterapia varia amplamente entre os países, refletindo diferenças nos recursos dos sistemas de saúde (Elbanna et al., 2023[2]). O Gráfico 5.3 mostra a disponibilidade de equipamentos de radioterapia em relação à incidência de câncer, medida como o número de unidades de radioterapia por 1.000 casos de câncer. Em média, os países da ALC têm cerca de 1,38 unidades de radioterapia por 1.000 casos de câncer, um pouco abaixo da média da OCDE, que é de 1,45.

A disponibilidade varia amplamente entre os países da região. Alguns países menores relatam níveis relativamente altos de equipamentos em relação à incidência de câncer, incluindo Barbados (3,6 unidades por 1.000 casos de câncer) e Suriname (2,7), enquanto o Uruguai (1,8) e a Guiana (1,6) também superam a média da OCDE. Em contrapartida, vários grandes países apresentam menor disponibilidade, incluindo Cuba (0,66), Brasil (0,86) e Chile (0,89), enquanto Colômbia, Peru, Honduras e Nicarágua registram cerca de uma unidade por 1.000 casos de câncer. A composição dos equipamentos de radioterapia também difere entre as regiões. Na ALC, as unidades de feixe de fótons e elétrons representam cerca de 1,05 unidade por 1.000 casos de câncer, em comparação com 1,17 nos países da OCDE, enquanto a disponibilidade de braquiterapia é ligeiramente maior na ALC (0,32) do que na OCDE (0,24). Sistemas de terapia de prótons ou íons (0,01 por 1.000 casos de câncer) estão presentes nos países da OCDE, mas não são relatados na ALC, indicando um acesso mais limitado a tecnologias avançadas de radioterapia na região (Gráfico 5.4).

Embora alguns países tenham ampliado o acesso a tecnologias modernas de feixe externo, os equipamentos de radioterapia continuam altamente concentrados nas principais cidades de muitos países da ALC, criando disparidades geográficas no acesso ao tratamento. Em média, cerca de 62% das unidades de radioterapia estão localizadas na capital e 69% nas duas maiores cidades, em comparação com 25% e 40%, respectivamente, nos países da OCDE (Gráfico 5.4).

Outras tecnologias médicas, incluindo tomógrafos computadorizados (TC), unidades de ressonância magnética (RM) e equipamentos de mamografia, são essenciais para diagnosticar doenças e detectar condições como o câncer em estágios iniciais. Os dados internacionalmente comparáveis e atualizados sobre a sua disponibilidade na ALC continuam a ser limitados, sendo a fonte abrangente mais recente o Atlas Global dos Dispositivos Médicos da OMS de 2022, usado em Panorama da saúde: América Latina e Caribe 2023 (OECD/The World Bank, 2023[3]). É importante melhorar o monitoramento dessas tecnologias, à medida que a demanda por exames de imagem cresce e os investimentos em equipamentos de alto custo se expandem por toda a região.

Definição e comparabilidade

O indicador mede a disponibilidade de equipamentos de radioterapia em relação à carga de câncer, expressa como o número de unidades de radioterapia por 1.000 novos casos de câncer. O denominador baseia-se na incidência estimada de câncer em 2022 do Observatório Global do Câncer (GLOBOCAN), produzido pela Agência Internacional para a Pesquisa sobre o Câncer (IARC). Os dados sobre equipamentos de radioterapia são extraídos do Diretório de Centros de Radioterapia (DIRAC), mantido pela Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA), que compila informações sobre instalações e equipamentos de radioterapia em todo o mundo. A comparabilidade entre os países pode ser afetada por diferenças na completude dos relatórios na base de dados do DIRAC, uma vez que algumas instalações podem não relatar seus equipamentos ou atualizar suas informações regularmente.

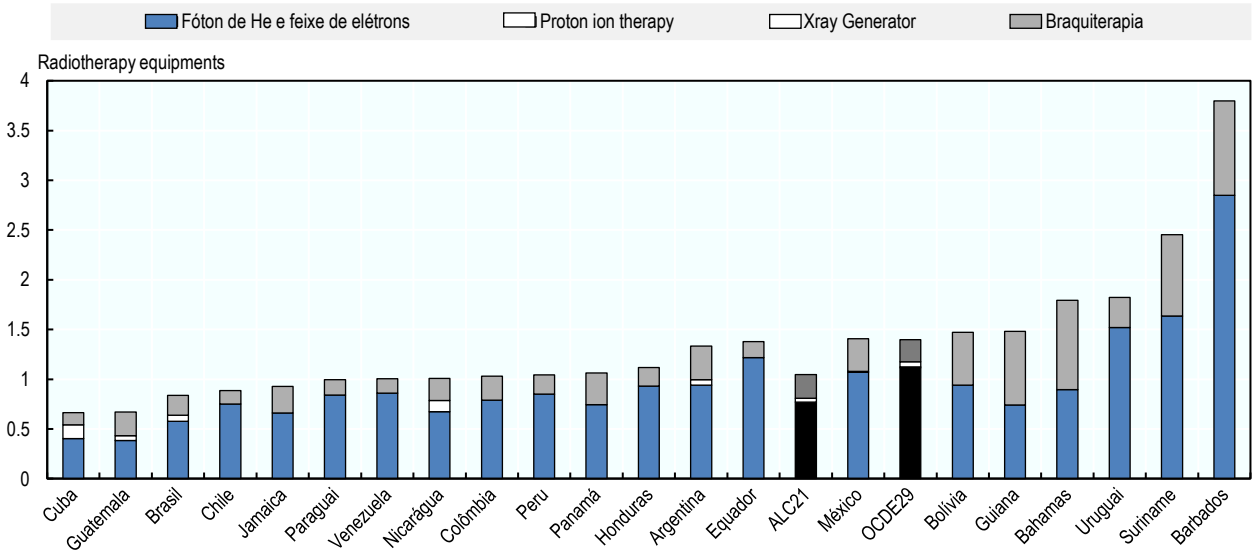
Referências

Elbanna, M. et al. (2023), “Radiotherapy resources in Latin America and the Caribbean: a review of current and projected needs based on International Atomic Energy Agency data”, *The Lancet Oncology*, Vol. 24/9, pp. e376-e384, https://doi.org/10.1016/s1470-2045(23)00299-1. [2]

OECD/The World Bank (2023), *Panorama da Saúde: América Latina e Caribe 2023*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/047f9a8a-pt. [3]

WHO (2021), *Technical specifications of radiotherapy equipment for cancer treatment*, World Health Organization, https://iris.who.int/handle/10665/339912. [1]

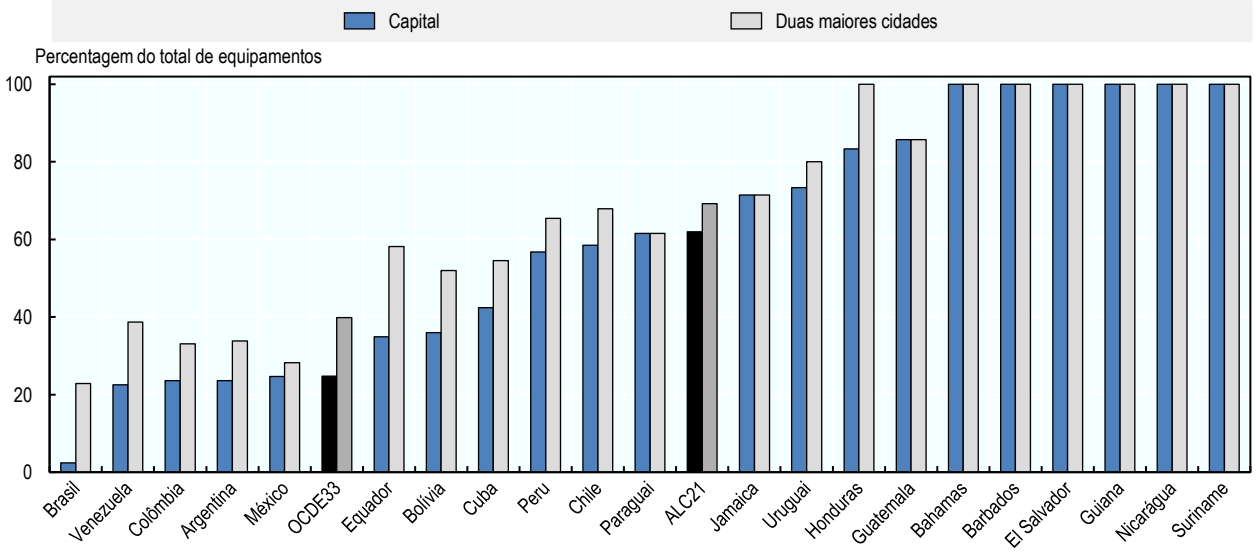
Gráfico 5.3. Equipamentos de radioterapia por 1.000 casos de câncer, 2023 ou último ano disponível



Observação: Os dados mais recentes disponíveis sobre equipamentos de radioterapia para os países da ALC e da OCDE referem-se a anos diferentes entre 2021 e 2025. Como resultado, pode ocorrer alguma distorção devido a incompatibilidades entre o ano da contagem de equipamentos e o ano de referência para as estimativas de incidência de câncer (2022).
Fonte: Incidência estimada de câncer em 2022 do Observatório Global do Câncer. Equipamentos de radioterapia do Diretório de Centros de Radioterapia (DIRAC) mantido pela Agência Internacional de Energia Atômica.

StatLink https://stat.link/0letz1

Gráfico 5.4. Proporção de equipamentos de radioterapia localizados na capital do país ou nas duas principais cidades. 2023 ou mais recente disponível



Observação: Os dados mais recentes disponíveis sobre equipamentos de radioterapia para os países da ALC e da OCDE referem-se a diferentes anos entre 2021 e 2025, sendo 2023 o ano mais comum entre os países no gráfico.
Fonte: Equipamentos de radioterapia do Diretório de Centros de Radioterapia (DIRAC) mantido pela Agência Internacional de Energia Atômica.

StatLink https://stat.link/9k6rjs

Atendimento hospitalar

Os hospitais representam um componente importante da infraestrutura do sistema de saúde e são responsáveis por uma grande parcela do investimento de capital na maioria dos países. A disponibilidade de leitos hospitalares é um indicador dos recursos disponíveis para a prestação de atendimento hospitalar. No entanto, uma maior oferta de leitos costuma estar associada a taxas de admissão mais elevadas, um fenômeno conhecido como a Lei de Roemer, que afirma que "um leito construído é um leito ocupado". É, portanto, essencial garantir que os recursos hospitalares sejam utilizados de forma eficiente e que o acesso aos cuidados hospitalares seja bem coordenado. Aumentar o número de leitos hospitalares ou de internações não melhora necessariamente os resultados de saúde da população e pode levar a ineficiências se os cuidados hospitalares substituírem serviços ambulatoriais ou comunitários mais adequados.

A disponibilidade de leitos hospitalares fornece uma indicação dos recursos disponíveis para a prestação de serviços de internação. Nos países da ALC, o número de leitos hospitalares permanece bem abaixo da média da OCDE, Gráfico 5.5. Em média, os países da ALC têm 22,6 leitos hospitalares por 10.000 habitantes, em comparação com 42,0 leitos por 10.000 habitantes nos países da OCDE. No entanto, a disponibilidade de leitos varia amplamente na região. Barbados apresenta a maior densidade, com cerca de 64 leitos por 10.000 habitantes, seguido por Haiti e Cuba, com cerca de 40 a 50 leitos por 10.000 habitantes. No outro extremo da distribuição, a Guatemala tem menos de 5 leitos por 10.000 habitantes, enquanto Honduras, Nicarágua e México também apresentam níveis relativamente baixos de disponibilidade de leitos hospitalares. Essas grandes disparidades refletem diferenças no investimento em infraestrutura hospitalar, bem como variações na organização dos cuidados e no papel que os hospitais desempenham nos sistemas nacionais de saúde. A disponibilidade de leitos para cuidados psiquiátricos também é substancialmente menor na ALC do que nos países da OCDE. Em média, os países da OCDE registram cerca de 6,2 leitos psiquiátricos por 10.000 habitantes (Gráfico 5.5). Em contrapartida, a disponibilidade de leitos psiquiátricos nos países da ALC com dados disponíveis é muito menor. O México registra cerca de 0,3 leito por 10.000 habitantes, enquanto Equador, Costa Rica, Chile e Colômbia registram entre 0,4 e 1,7 leitos por 10.000 habitantes. A Argentina apresenta a maior disponibilidade entre os países com dados disponíveis, com cerca de 4,9 leitos por 10.000 habitantes. Esses números destacam a capacidade relativamente limitada de atendimento psiquiátrico hospitalar em grande parte da região.

As taxas de alta hospitalar fornecem uma indicação do uso de serviços de internação. Em onze países da ALC com dados disponíveis, as taxas de alta hospitalar são, em média, de cerca de 5.543 altas por 100.000 habitantes, consideravelmente mais baixas do que a média da OCDE, de cerca de 13.797 por 100.000 habitantes (Gráfico 5.6). Dentro da região, as taxas de alta variam substancialmente. Uruguai e Chile apresentam os níveis mais altos, com cerca de 9.300 e 8.300 altas por 100.000 habitantes, respectivamente, seguidos pelo Brasil, com cerca de 6.450 altas por 100.000 habitantes. Na extremidade inferior, Argentina e México registram menos de 3.700 altas por 100.000 habitantes. Em geral, os países com maior disponibilidade de leitos hospitalares tendem a apresentar taxas de alta mais elevadas e vice-versa, embora as diferenças nas práticas de admissão, na organização do sistema de saúde e no acesso aos cuidados hospitalares também desempenhem um papel importante.

Em nove países da ALC com dados disponíveis, a duração média de internação (DMI) nos hospitais é de cerca de 5,7 dias, inferior à média da OCDE de 7,9 dias (Gráfico 5.6). As internações mais longas são observadas na Costa Rica, com cerca de 7,1 dias em média, seguida pelo Panamá (6,7 dias) e pelo Chile (6,1 dias). As internações mais curtas são registadas no Equador (4,5 dias) e no México (4,7 dias). A duração média de internação reflete padrões de uso e eficiência hospitalar, mas deve ser interpretada com cautela. Internações mais curtas podem indicar um atendimento mais eficiente e uma mudança para ambientes de cuidados ambulatoriais ou pós-agudos, reduzindo o custo por alta. No entanto, internações excessivamente curtas também podem indicar alta prematura, enquanto internações mais longas podem refletir atrasos na alta devido à disponibilidade limitada de serviços de reabilitação ou cuidados continuados. Por outro lado, internações mais longas podem, às vezes, refletir maior complexidade do paciente ou diferenças na prática clínica (Rojas-García et al., 2017[1]).

Definição e comparabilidade

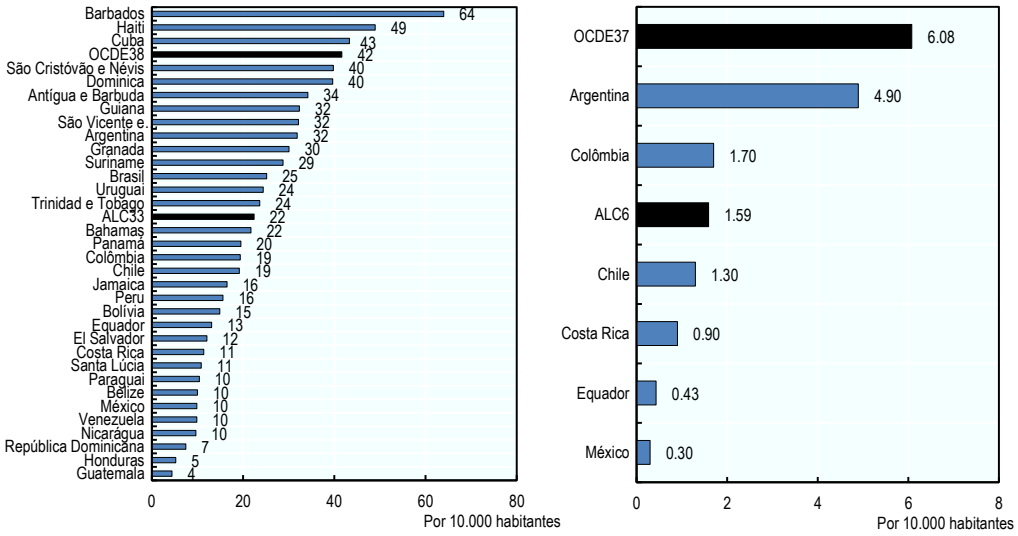
Todos os leitos hospitalares incluem aqueles destinados a cuidados agudos e cuidados crônicos/continuados, tanto no setor público quanto no privado. A alta hospitalar é definida como a liberação de um paciente que tenha permanecido pelo menos uma noite no hospital. Isso inclui óbitos ocorridos no hospital após o tratamento de internação, mas geralmente exclui as altas no mesmo dia. As taxas de alta apresentadas não são padronizadas por idade, não levando em consideração as diferenças na estrutura etária da população entre os países. Os números relatados para a duração média de internação referem-se ao número de dias que os pacientes passam pernoitando em uma unidade de internação para cuidados intensivos. A duração média de internação é geralmente medida dividindo o número total de dias de internação de todos os pacientes em unidades de cuidados intensivos durante um ano pelo número de admissões ou altas. Existem variações consideráveis na forma como os países definem cuidados intensivos e no que incluem ou excluem nas estatísticas relatadas. Em sua maioria, os dados de altas e duração média de internação na região da ALC abrangem apenas instituições do setor público.

Referências

Rojas-García, A. et al. (2017), “Impact and experiences of delayed discharge: A mixed-studies systematic review”, *Health Expectations*, Vol. 21/1, pp. 41-56, https://doi.org/10.1111/hex.12619. [1]

Gráfico 5.5. Total de leitos hospitalares e leitos para atendimento psiquiátrico

Total de leitos hospitalares (gráfico à esquerda) e leitos para atendimento psiquiátrico (gráfico à direita) por 10.000 habitantes, 2024 ou último ano disponível

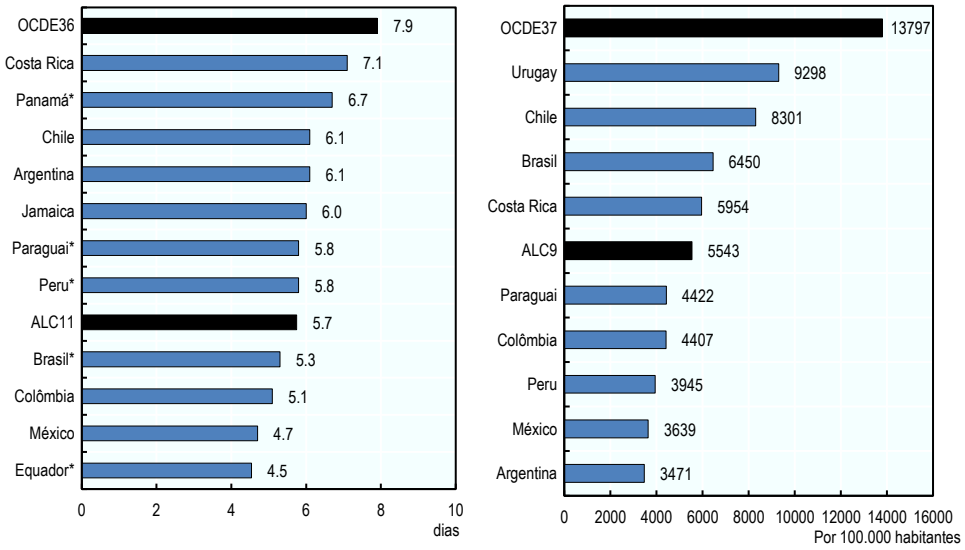


Observação: O número de leitos psiquiátricos na Costa Rica é um valor estimado.
Fonte: WHO Global Health Observatory 2025, OECD Health Statistics 2025 e Questionário OCDE Panorama de Saúde na região ALC sobre leitos psiquiátricos no Equador.

StatLink https://stat.link/wv06s7

Gráfico 5.6. Altas hospitalares e tempo médio de internação para cuidados agudos em hospitais, último ano disponível

Duração média de internação (gráfico à esquerda) e altas hospitalares por 100.000 habitantes (gráfico à direita), 2024 ou mais recente



Observação: *o país não consegue distinguir entre admissões curativas e de outros tipos para o cálculo da duração média da internação. O Panamá inclui apenas hospitais da Caja de Seguro Social. O Peru inclui apenas hospitais da EsSalud (22,6% da população em 2023) para a estimativa da duração de internação. Estatísticas da ONU para contagem da população. Para altas hospitalares, os dados do Paraguai são derivados do formulário de alta hospitalar do Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) e abrangem apenas instituições diretamente dependentes do MSPBS, representando cerca de 59% da população e não todo o sistema nacional de saúde. Os dados de altas do Peru abrangem apenas hospitais diretamente dependentes do Ministério da Saúde, representando cerca de 65% da população. O Brasil reporta internações em vez de altas. Os dados do Panamá, Uruguai, Peru e Brasil provêm de fontes nacionais públicas e suas especificações exatas não puderam ser totalmente validadas em relação às definições e padrões da OCDE.
Fonte: OECD Health Statistics 2025, Questionário OCDE Panorama de Saúde na região ALC e fontes nacionais.

StatLink https://stat.link/in7rld

Gravidez e parto

A saúde materna e neonatal se beneficia de cuidados pré-natais adequados e serviços de parto seguros, incluindo cuidados prestados por profissionais de saúde qualificados e acesso a unidades de saúde para o parto, o que ajuda a reduzir o risco de complicações e infecções (ver também os indicadores sobre Planejamento familiar e Alimentação de bebês e crianças pequenas no Capítulo 4) (Measure Evaluation, 2019[1]). Refletindo sua importância, a meta 3.7 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) apela ao acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar, informação e educação, e à integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais até 2030.

Nos países da ALC, a maioria das gestantes recebe o mínimo recomendado de quatro consultas pré-natais, embora a cobertura varie substancialmente entre os países. Em média, 86% das mulheres na ALC recebem pelo menos quatro consultas pré-natais, em comparação com 93% nos países da OCDE. A cobertura é particularmente alta em vários países, incluindo Uruguai e Porto Rico (98%), Peru e Guiana (95%), Brasil, Costa Rica e Trinidad e Tobago (94%), México e Santa Lúcia (90%), Bahamas e Nicarágua (92%), e República Dominicana e Belize (93%). Além disso, alguns países atribuem pouca importância à coleta desses indicadores, uma vez que a cobertura tem sido alta há muitos anos e é considerada uma meta alcançada. É o caso de vários países da OCDE. No entanto, a cobertura continua consideravelmente mais baixa em algumas partes da região. Granada (55%), São Cristóvão e Nevis (59%), Haiti (67%) e Suriname (68%) apresentam os níveis mais baixos, sugerindo lacunas importantes no acesso aos serviços de saúde materna (Gráfico 5.7).

A maioria dos partos na ALC é assistida por profissionais de saúde qualificados, como médicos, enfermeiros ou parteiras, e a grande maioria ocorre em unidades de saúde, indicando que a assistência ao parto seguro é hoje quase universal em grande parte da região (Gráfico 5.8). A cobertura de partos assistidos por pessoal qualificado é próxima de 100% em muitos países, incluindo Chile, Cuba, Uruguai e vários países do Caribe, e chega a 98-99% na Argentina, Brasil, Colômbia, Costa Rica e República Dominicana. A cobertura permanece um pouco mais baixa em países como Equador (96%), Peru e Belize (95%), Honduras (94%) e Panamá (93%), e particularmente no Paraguai (91%), México (88%) e Bolívia (72%) (Gráfico 5.8 - gráfico à esquerda). Da mesma forma, a maioria dos partos ocorre em unidades de saúde, com níveis em torno de 99-100% em países como Chile, Cuba, Uruguai, Brasil e Costa Rica. Taxas mais baixas são observadas no Panamá, em Honduras e em Belize (cerca de 92%), e especialmente na Guatemala (71%) e no Haiti (67%), onde uma parcela maior dos nascimentos ainda ocorre fora de unidades de saúde formais de saúde (Gráfico 5.8 - gráfico à direita).

Em muitos países da OCDE, a proporção de partos em unidades de saúde não é mais monitorada sistematicamente porque os partos domiciliares refletem cada vez mais a escolha dos pais, e não a falta de acesso aos cuidados, ocorrendo frequentemente com parteiras qualificadas e sistemas de encaminhamento adequados. Em contrapartida, onde a assistência ao parto em unidades de saúde ainda é incompleta, os partos fora dessas unidades podem continuar a indicar barreiras ao acesso a cuidados qualificados. De modo geral, a alta cobertura observada na maioria dos países da ALC sugere que o acesso a cuidados profissionais de parto tornou-se, em grande parte, um componente padrão dos serviços maternos. À medida que a cobertura se aproxima da universalidade em muitos países, o indicador torna-se menos informativo para distinguir o desempenho do sistema de saúde. Embora continue sendo importante monitorar para garantir o acesso contínuo a cuidados de parto seguros, futuras avaliações da qualidade dos cuidados maternos na região poderão basear-se cada vez mais em indicadores mais sutis de qualidade e resultados durante o parto.

Definição e comparabilidade

A cobertura de cuidados pré-natais – pelo menos quatro consultas (%) mede a porcentagem de mulheres com idades entre 15 e 49 anos que tiveram um parto com bebê vivo e receberam cuidados pré-natais quatro ou mais vezes durante a gravidez. A taxa de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados mede a porcentagem de nascidos vivos assistidos por profissionais capacitados, como médicos, enfermeiros ou parteiras, capazes de conduzir partos normais e de reconhecer ou encaminhar casos de complicações. Partos realizados em unidades de saúde mede a porcentagem de nascidos vivos que ocorrem em unidades de saúde reconhecidas, incluindo hospitais, clínicas e maternidades.

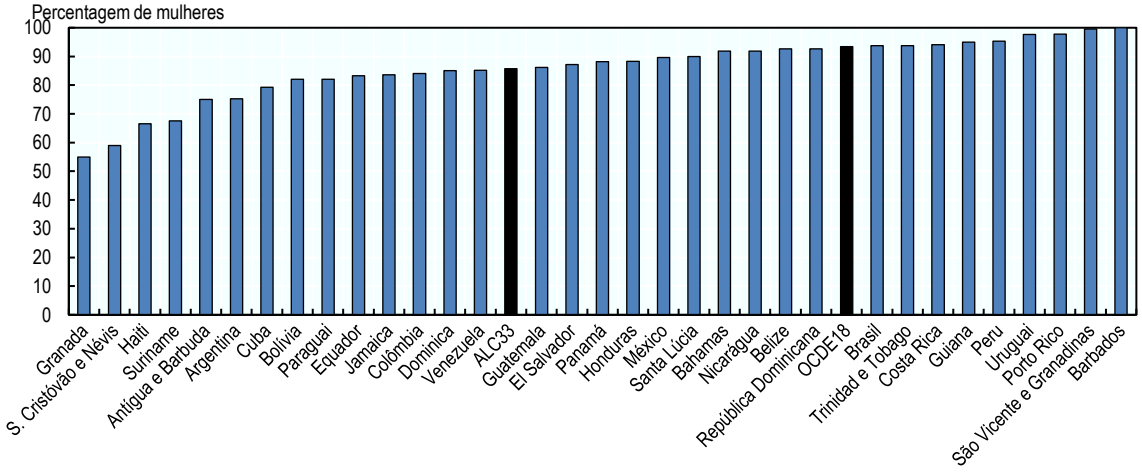
As estimativas são derivadas principalmente de pesquisas domiciliares representativas em nível nacional, tais como as Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS) e as Pesquisas de Agrupamento de Múltiplos Indicadores (MICS), com base nos relatos das mulheres sobre partos recentes. Em alguns países, os sistemas de informação de saúde de rotina ou os dados do registro civil também podem ser utilizados quando a cobertura de notificação é elevada. A comparabilidade entre países pode ser afetada por diferenças no momento e na metodologia das pesquisas, na classificação das unidades de saúde ou do pessoal qualificado e por possíveis vieses de memória nas respostas às pesquisas.

Referências

Measure Evaluation (2019), *Indicator Compedium - Antenatal Care Coverage*, https://www.measureevaluation.org/rbf/indicator-collections/service-use-and-coverage-indicators/antenatal-care-coverage. [1]

Gráfico 5.7. Cobertura de cuidados pré-natais: pelo menos quatro consultas, 2024 ou último ano disponível

Porcentagem de mulheres com idades entre 15 e 49 anos que tiveram um parto com bebê vivo e receberam cuidados pré-natais quatro ou mais vezes durante a gravidez

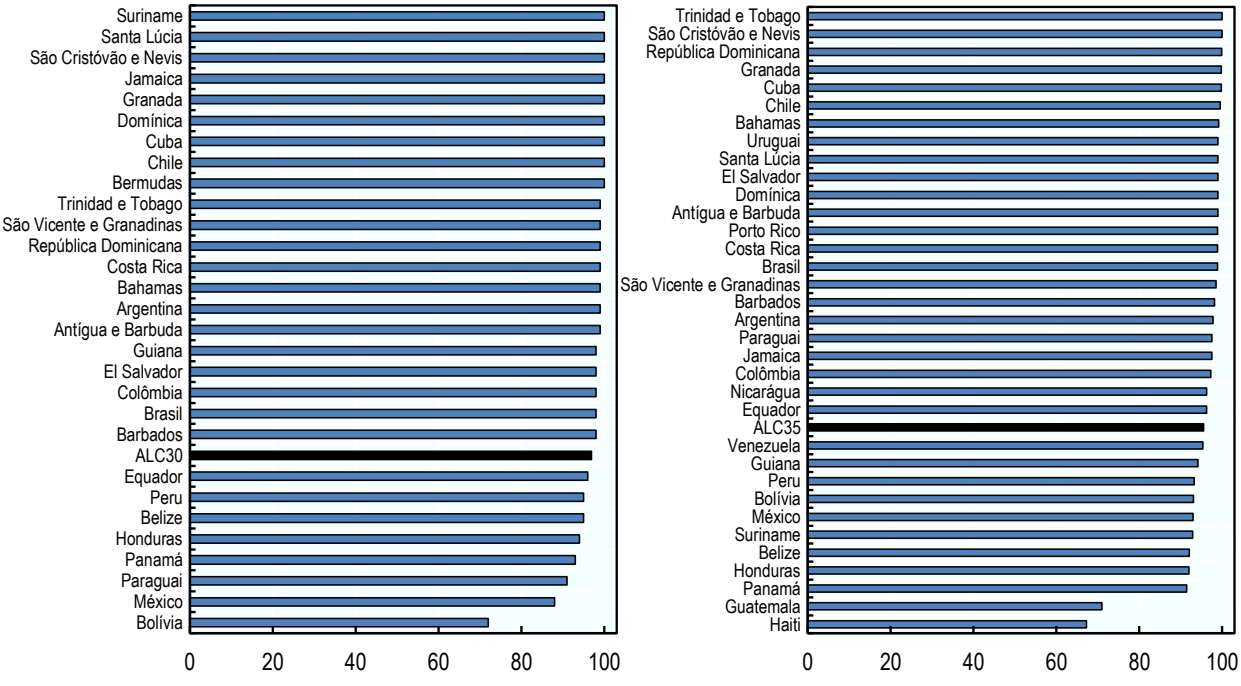


Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/a2nji0

Gráfico 5.8. Partos assistidos por profissionais de saúde qualificados e partos realizados em unidades de saúde, 2024 ou último ano disponível

Porcentagem de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados (gráfico à esquerda) e partos realizados em uma unidade de saúde (gráfico à direita), do total de nascidos vivos



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/soztae

Saúde infantil

Na região da América Latina e Caribe (ALC), doenças infecciosas como diarreia e pneumonia continuam sendo causas importantes de morbidade e mortalidade entre crianças menores de cinco anos, mesmo com a disponibilidade de tratamentos eficazes e amplamente reconhecidos (PAHO, 2017[1]). Os sistemas de saúde podem reduzir significativamente esses riscos, garantindo o acesso oportuno a serviços básicos de saúde infantil, incluindo manejo domiciliar adequado e cuidados prestados por profissionais de saúde capacitados As intervenções recomendadas – como terapia de reidratação oral (TRO) para diarreia, vacinação, suplementação de zinco e vitamina A e tratamento antibiótico apropriado para infecções respiratórias agudas – são de baixo custo, bem estabelecidas e amplamente divulgadas nos cuidados de saúde primários. Consequentemente, a frequência com que as crianças recebem esses tratamentos ou os responsáveis buscam aconselhamento profissional quando a doença ocorre indica o acesso e a utilização de serviços essenciais de saúde, bem como a disponibilidade de recursos básicos e informações para os responsáveis.

A TRO combinada com a alimentação contínua é um tratamento simples e eficaz para a diarreia infantil, ajudando a prevenir a desidratação e a reduzir a mortalidade entre crianças menores de cinco anos. No entanto, o uso desse tratamento recomendado varia amplamente entre os países da ALC. Em média, 46% das crianças com diarreia na América Latina e no Caribe recebem terapia de reidratação oral e alimentação contínua, embora a cobertura varie de cerca de um terço na Argentina e em Cuba (33%) e na Guiana (37%) a mais da metade na República Dominicana (54%), em Honduras e em Trinidad e Tobago (52%) e 61% no Peru. Em El Salvador, a cobertura (apenas TRO) é de cerca de 70 a 75% em áreas rurais e urbanas. Diferenças importantes entre áreas rurais e urbanas também são observadas em vários países, como Cuba, Jamaica e Peru (Gráfico 5.9).

Buscar orientação ou tratamento em um centro de saúde ou com um profissional de saúde é um passo importante no tratamento oportuno da diarreia infantil, especialmente quando os sintomas se agravam. Nos países da região ALC com dados disponíveis, cerca de 30% dos responsáveis procuram atendimento médico quando uma criança menor de cinco anos apresenta diarreia. As taxas variam substancialmente entre os países, variando de 25% em Trinidad e Tobago e 32% na Jamaica a 45% na Guiana e 51% em Honduras, e mais da metade em Cuba, Argentina e República Dominicana (cerca de 53-57%). Em alguns países, são observadas diferenças entre meninos e meninas, embora essas variações sejam, em geral, pequenas. Os níveis relativamente baixos de procura de atendimento médico em vários países sugerem que muitos casos de diarreia infantil são tratados em casa sem orientação profissional, o que ressalta a importância do conhecimento dos responsáveis e do acesso aos serviços de cuidados primários.

Buscar atendimento em um centro de saúde ou com um profissional de saúde é essencial para o diagnóstico e tratamento oportunos das infecções respiratórias agudas (IRAs), que continuam sendo uma das principais causas de doença e morte entre crianças pequenas. Nos países da ALC com dados disponíveis, a proporção de crianças menores de cinco anos com sintomas de infecções respiratórias agudas (IRAs) para as quais se procurou orientação ou tratamento de um profissional de saúde varia consideravelmente. A busca por atendimento é muito elevada na Argentina (94%) e em Cuba (90%) e permanece acima dos 80% na República Dominicana (85%) e na Guiana (84%). Níveis mais baixos são observados em Honduras (70%) e, particularmente, em El Salvador (61%) e no Peru (59%). No caso do Peru, isso decorre do próprio desenho do sistema, uma vez que seu modelo de atenção integrada incentiva a resolução dos cuidados no âmbito familiar e comunitário, com o apoio e a supervisão da atenção primária. As diferenças entre áreas rurais e urbanas são geralmente modestas nos países com dados disponíveis, embora os níveis rurais sejam ligeiramente mais altos em alguns casos, como na Guiana e em El Salvador (Gráfico 5.10). É importante ressaltar a relevância do uso racional de antibióticos, tanto pelas implicações para a saúde do desenvolvimento da resistência antimicrobiana quanto pela redução do desperdício nos sistemas de saúde (OECD/The World Bank, 2020[2]).

Definição e comparabilidade

Três indicadores são usados para avaliar o acesso e a utilização de serviços essenciais para o tratamento de doenças comuns na infância. A terapia de reidratação oral (TRO) e a alimentação continuada para diarreia medem a porcentagem de crianças menores de cinco anos que tiveram diarreia no período de referência e receberam sais de reidratação oral (SRO), líquidos domiciliares recomendados ou aumento da ingestão de líquidos, juntamente com a alimentação continuada. A busca de cuidados médicos para a diarreia mede a percentagem de crianças com menos de cinco anos com diarreia para as quais foi procurada orientação ou tratamento em um centro de saúde ou com um profissional de saúde. A busca de cuidados médicos para os sintomas de infeção respiratória aguda (IRA) mede a porcentagem de crianças com menos de cinco anos com sintomas consistentes com IRA (como tosse acompanhada de respiração rápida ou difícil) para as quais foi procurada orientação ou tratamento em um centro de saúde ou com um profissional de saúde. As estimativas são derivadas principalmente de pesquisas domiciliares representativas ao nível nacional, incluindo as Pesquisas Demográficas e de Saúde, as Pesquisas de Agrupamento de Múltiplos Indicadores, com base em relatos dos responsáveis sobre episódios de doenças em crianças nas duas semanas anteriores à pesquisa.

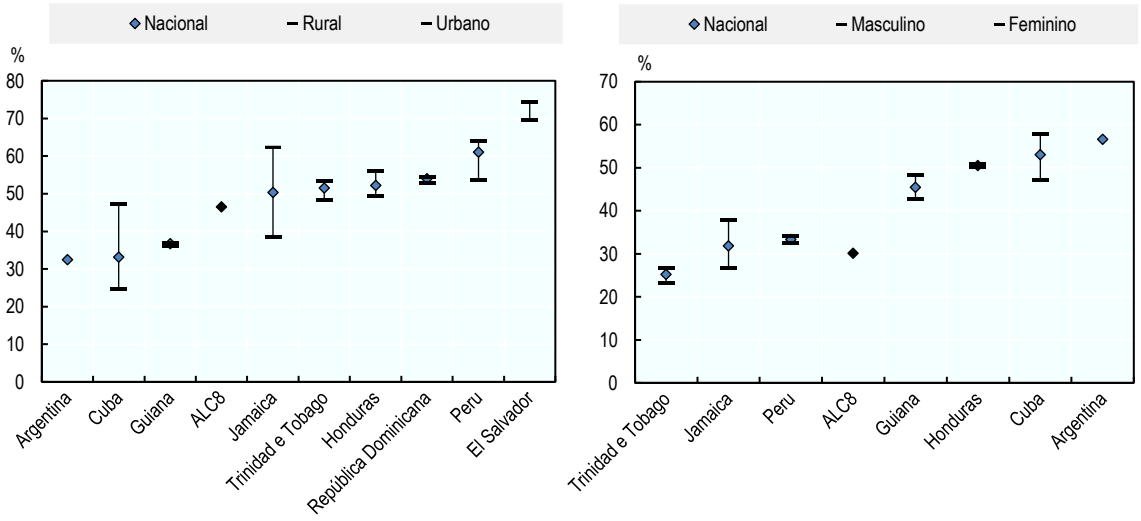
Referências

OECD/The World Bank (2020), *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/6089164f-en. [2]

PAHO (2017), *Health in the Americas+, 2017 Edition. Summary: Regional Outlook and Country Profiles*, Pan American Health Organization, Washington, D.C., https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-English.pdf (accessed on 27 September 2019). [1]

Gráfico 5.9. Crianças (com menos de 5 anos) que tiveram diarreia e receberam terapia de reidratação oral e aquelas atendidas em um centro de saúde, 2023 ou último ano disponível

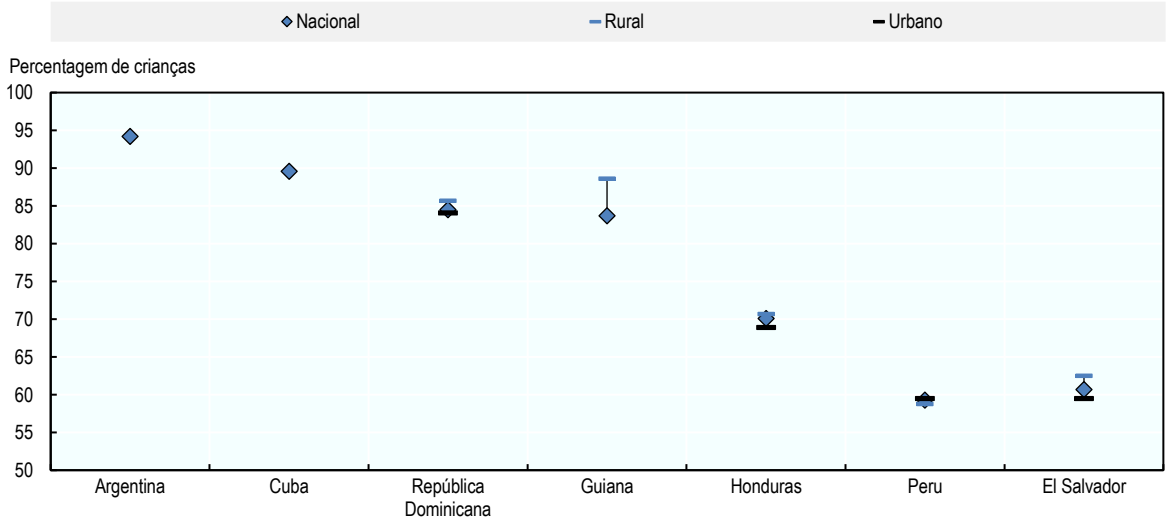
Gráfico à esquerda: porcentagem de crianças (com menos de 5 anos) que tiveram diarreia e receberam terapia de reidratação oral e alimentação continuada. Gráfico à direita: porcentagem de crianças (com menos de cinco anos) com diarreia para as quais procuraram orientação ou tratamento em uma unidade de saúde ou com um profissional de saúde



Observação: a terapia de reidratação oral corresponde a;sais de reidratação oral OU líquidos caseiros recomendados OU aumento da ingestão de líquidos. El Salvador considera apenas crianças com diarreia que recebem terapia de reidratação oral.
Fonte: UNICEF Child Health Coverage Database 2025.

StatLink https://stat.link/6f9kwi

Gráfico 5.10. Crianças com menos de 5 anos com sintomas de infecção respiratória aguda para as quais procuraram orientação ou tratamento em uma unidade de saúde ou com um profissional de saúde, 2023 ou último ano disponível



Fonte: UNICEF Child Health Coverage Database 2025.

StatLink https://stat.link/b1xodm

6 Despesas e financiamento em saúde

Despesas de saúde per capita e em relação ao PIB

O nível e a tendência das despesas de saúde em um país podem ser explicados por fatores demográficos, sociais e econômicos, bem como pelas modalidades de financiamento e organização do sistema de saúde. Em 2024, as despesas correntes de saúde per capita nos países da OCDE foram quase quatro vezes maiores do que nos países da ALC, com uma paridade do poder de compra (PPC) de 6.097 USD, em comparação com uma PPC de 1.518 USD. Em 2024, ou no último ano disponível, as despesas de saúde per capita variaram de cerca de 105 USD (PPC) no Haiti a 4.003 USD (PPC) no Chile, com Panamá, Uruguai e Argentina também gastando acima de 3.000 USD (PPC) por pessoa. Cuba, as Bahamas, o Brasil e Trindade e Tobago comunicaram igualmente despesas superiores a PPC de 2.000 USD por pessoa. Em média na ALC33, os modelos de seguro governamentais e obrigatórios representaram cerca de 60% das despesas de saúde, ou uma PPC de 905 USD per capita, enquanto os modelos voluntários e os pagamentos diretos representaram os restantes 40%, ou uma PPC de 613 USD per capita. Em contrapartida, os modelos de seguro governamentais e obrigatórios financiaram cerca de 77% das despesas de saúde nos países da OCDE (Gráfico 6.1 - gráfico à esquerda).

Em 2024, as despesas correntes de saúde representaram 6,5% do PIB na ALC33, um aumento de 0,33 pontos percentuais (p.p.) desde 2014, em comparação com uma média da OCDE de 9,3% do PIB, um aumento de 0,60 p.p. (Gráfico 6.1 - gráfico à direita). Portanto, a diferença entre as despesas de saúde em percentagem do PIB entre os países da ALC e os países da OCDE aumentou ligeiramente. As despesas de saúde excederam 10% do PIB no Chile e na Argentina, enquanto o Brasil, Cuba, El Salvador e Uruguai também estavam entre os países com maior despesa em termos relativos. No outro extremo da escala, as despesas de saúde representavam menos de 4% do PIB na Guiana, Haiti, Venezuela e Antígua e Barbuda. Entre 2014 e o último ano disponível, a participação da saúde no PIB caiu mais acentuadamente em Cuba, Guiana, Antígua e Barbuda e Haiti, enquanto aumentou mais de 2 p.p. no Chile e em Trinidad e Tobago, e mais de 1,5 p.p. no Paraguai.

O crescimento global das despesas de saúde e o desempenho econômico determinam quanto os países gastam em cuidados de saúde ao longo do tempo. Entre 2019 e 2024, as despesas reais per capita com saúde na ALC33 cresceram 1,7% ao ano, em média, alinhado com o crescimento do PIB real per capita (Gráfico 6.2). Isso contrasta com os países da OCDE, onde as despesas reais com saúde cresceram mais rapidamente do que o PIB, a 2,7% contra 1,1% ao ano. Na ALC, as despesas reais de saúde aumentaram mais rapidamente na Guiana, Paraguai, Guatemala, República Dominicana e Panamá, onde o crescimento médio anual ultrapassou 5%. No Paraguai, o crescimento das despesas de saúde superou claramente o crescimento econômico, enquanto no Panamá e na República Dominicana acompanhou um crescimento relativamente forte do PIB. Em contrapartida, Haiti, Suriname, Cuba, Dominica, Antígua e Barbuda e Venezuela registraram crescimento real negativo das despesas de saúde, indicando uma contração no poder de compra real dos sistemas de saúde. A Guiana continua sendo um caso claramente atípico, com crescimento muito rápido tanto nas despesas de saúde quanto no PIB, refletindo o impacto dos recentes desenvolvimentos no setor petrolífero.

Em média, as despesas de capital no setor da saúde representaram 0,3% do PIB na ALC29, em comparação com 0,4% nos países da OCDE (Gráfico 6.2). Em 2023, Panamá, Bolívia, Guiana e Nicarágua registaram os níveis mais elevados de despesas de capital no setor da saúde, entre 0,6% e 0,9% do PIB. Em contraste, as despesas de capital ficaram abaixo de 0,1% em oito países.

Definição e comparabilidade

As despesas de saúde são dadas pela soma das despesas com serviços de saúde em geral, produtos médicos dispensados em ambulatórios, serviços de saúde pública, administração da saúde e seguro saúde, por cidadãos no país ou no exterior. As importações para uso final estão incluídas, e as exportações para uso final estão excluídas.

O financiamento da saúde pode ser analisado do ponto de vista dos modelos de financiamento, dos agentes de financiamento e dos tipos de receitas. Os modelos de financiamento de saúde são definidos no Sistema de Contas da Saúde (OECD/Eurostat/WHO, 2017[1]) e incluem regimes governamentais, seguro de saúde obrigatório, seguro de saúde voluntário e fundos privados, como os pagamentos diretos de agregados familiares, ONGs e empresas privadas. Os pagamentos diretos são despesas suportadas diretamente pelos pacientes e incluem acordos de compartilhamento de custos e quaisquer pagamentos informais a prestadores de serviços de saúde. As PPCs (paridade de poder de compra) para toda a economia (PIB) são utilizadas como as taxas de conversão mais disponíveis.

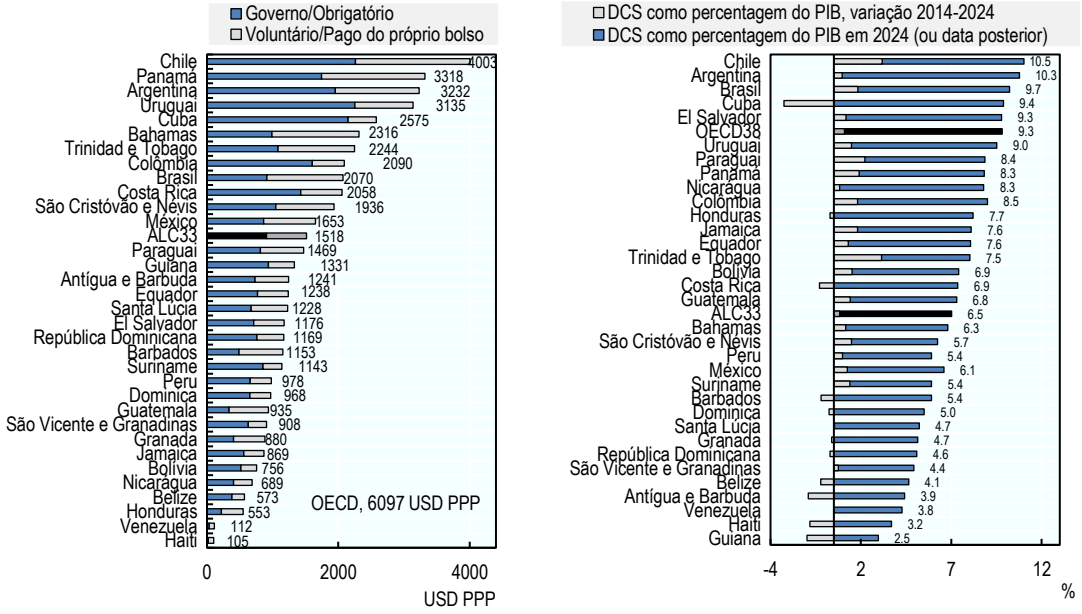
A formação bruta de capital fixo no setor da saúde é medida pelo valor total dos ativos fixos que os prestadores de serviços de saúde adquiriram durante o período contábil (menos o valor das alienações de ativos) e que são utilizados repetidamente ou continuamente por mais de um ano na produção de serviços de saúde. A formação bruta de capital fixo é reportada por muitos países no âmbito do Sistema de Contas da Saúde.

Referências

OECD/Eurostat/WHO (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264270985-en. [1]

Gráfico 6.1. Despesa total com saúde per capita em 2024 e variação da despesa total com saúde como parcela do PIB desde 2014

Gráfico à esquerda: Total das despesas de saúde per capita (atual PPC em USD), 2024. Gráfico à direita: Variação da despesa total com saúde como parcela do PIB, 2014-2024 (ou dados mais recentes disponíveis)

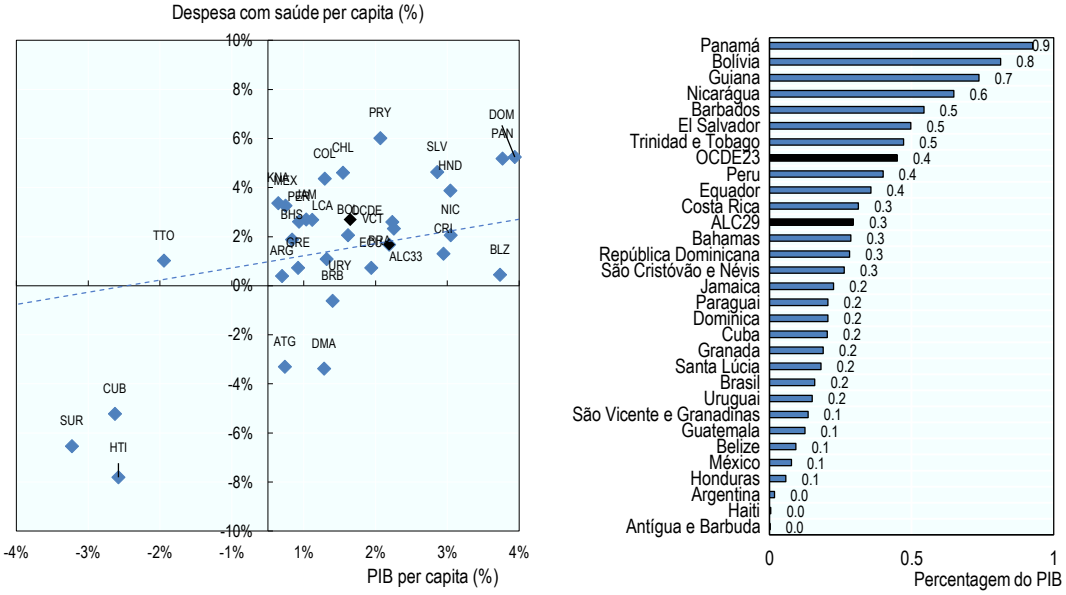


Observação: Valores em PPC internacional do dólar americano de 2024. CHE como percentagem do PIB entre 2014 e 2024 expressa em pontos percentuais.
Fonte: WHO Global Health Expenditure Database 2025; OECD Health Statistics 2025 para países da OCDE.

StatLink https://stat.link/0g6w7d

Gráfico 6.2. Taxa de crescimento das despesas de saúde e do PIB per capita, e despesas de capital em saúde como porcentagem do PIB

Gráfico à esquerda: Taxa média de crescimento (em termos reais) das despesas de saúde e do PIB per capita, 2019-2024 ou último intervalo de 5 anos. Gráfico à direita: Despesas de capital de saúde em porcentagem do PIB, 2023



Observação: Gráfico à esquerda: Venezuela (-2,2%, -10,5%) e Guiana (14,8%, 31,7%) foram excluídas do gráfico por serem valores atípicos.
Fonte: WHO Global Health Expenditure Database 2025; OECD Data Explorer para países da OCDE.

StatLink https://stat.link/opjwk4

Financiamento dos cuidados de saúde pelo governo e pelos planos de seguro de saúde obrigatórios

Os mecanismos de financiamento do sistema de saúde podem ser classificados, em linhas gerais, de acordo com sua natureza obrigatória ou voluntária. Os países que financiam os cuidados de saúde predominantemente através de programas governamentais oferecem cobertura de saúde aos indivíduos com base em sua residência. Em outros casos, os sistemas financiados por planos de seguro de saúde obrigatórios (seja por meio de entidades públicas ou privadas), vinculados ao pagamento de contribuições sociais ou prêmios de seguro saúde, oferecem cobertura de saúde com base na filiação. Além disso, uma proporção variável das despesas de saúde consiste em pagamentos diretos dos agregados familiares – seja como pagamentos isolados ou como parte de acordos de copagamento –, bem como em várias formas de planos de pagamento voluntário, como o seguro de saúde voluntário. Na região da ALC, a fragmentação substancial dos sistemas de saúde frequentemente leva à coexistência de modelos de financiamento e, em alguns casos, à sobreposição. Existe uma heterogeneidade substancial nos mecanismos de financiamento na ALC, onde a maioria dos modelos padrão de financiamento público existe na região (Lorenzoni et al., 2019[1]).

O Gráfico 6.3 apresenta as despesas de saúde financiadas pelos modelos públicos e obrigatórios de seguro de saúde em percentagem do PIB em 2024 (ou no último ano disponível), o pico da COVID-19 em 2021 e em 2015. Cuba continuou a destinar a maior parcela do PIB às despesas com saúde pública, com 7,8%, apesar de uma queda acentuada em relação aos 12,6% registrados em 2021. O Haiti permaneceu na última posição, com 0,6%, enquanto a Guiana e a Venezuela também ficaram abaixo de 2% do PIB. Em média, as despesas com saúde pública na ALC mantiveram-se praticamente inalteradas entre 2015 e 2024, em cerca de 3,8% do PIB, após um aumento temporário para 4,5% em 2021. Em contrapartida, a média da OCDE aumentou de 6,5% do PIB em 2015 para 7,0% em 2024, o que implica uma maior diferença em relação à ALC. Em geral, as despesas aumentaram durante a pandemia e depois diminuíram, embora em alguns países – incluindo Paraguai, Jamaica, São Cristóvão e Nevis, Uruguai e Chile – os esforços de despesas com saúde pública tenham permanecido claramente acima dos níveis pré-COVID.

Os regimes públicos e obrigatórios de seguro de saúde continuaram a ser a principal fonte de financiamento da saúde em 2024, representando 57% das despesas de saúde correntes, em média, na ALC (Gráfico 6.4). Esta porcentagem continua sendo muito inferior à média da OCDE de 75%. Porcentagens mais elevadas indicam que uma parcela maior das despesas de saúde é financiada através de modelos obrigatórios e coletivos, em vez de pagamentos voluntários ou diretos do bolso, e, portanto, sinalizam uma cobertura de base mais ampla das necessidades de saúde. Entre 2015 e 2024, a média na região aumentou apenas ligeiramente, de 56% para 57%, deixando a diferença em relação à média da OCDE praticamente inalterada. Em 2024, apenas Cuba e a Colômbia alcançaram ou ultrapassaram a média da OCDE, enquanto Suriname, Uruguai, Costa Rica e Guiana também estavam entre os países com as maiores quotas de financiamento obrigatório. No outro extremo da escala, Haiti, Venezuela, Guatemala e Honduras continuaram a depender muito mais fortemente de despesas voluntárias e diretas. Os maiores aumentos desde 2015 foram observados em São Cristóvão e Nevis, Guiana, Santa Lúcia, Jamaica e Suriname, enquanto o Panamá, Cuba, a Argentina e Barbados registraram as maiores quedas. No caso da Colômbia, os indicadores relativamente favoráveis de proteção financeira no contexto regional não devem ser interpretados como uma avaliação abrangente do desempenho do sistema de saúde. Persistem desafios relacionados à sustentabilidade financeira, ao acesso efetivo, às desigualdades territoriais e à prestação oportuna dos serviços.

Vários fatores – incluindo o tipo de sistema em vigor, o espaço fiscal disponível e a prioridade política e normativa atribuída à saúde – determinam o montante dos recursos públicos alocados à saúde. As prioridades orçamentárias relativas também podem mudar de ano para ano como resultado de decisões políticas e condições econômicas. Em 2024, as despesas de saúde do governo e dos modelos de seguro obrigatório representaram 13,2% do total das despesas públicas na ALC, em comparação com 15,5% nos países da OCDE (Gráfico 6.5). A Costa Rica dedicou a maior parcela de seu orçamento público à saúde, com 24,9%, seguida pelo Paraguai, Uruguai, Cuba e Panamá, todos próximos ou acima de 20%. No outro extremo da escala, Venezuela, Haiti, Dominica, São Cristóvão e Nevis, Granada, Guiana, Barbados e São Vicente e Granadinas alocaram menos de 8% das despesas governamentais à saúde. Entre 2015 e 2024, a média da região permaneceu praticamente inalterada, enquanto a média da OCDE aumentou modestamente. Os maiores aumentos na região foram observados no Paraguai, Chile, Jamaica, Trinidad e Tobago, Peru e Bolívia, enquanto as maiores quedas foram registradas na Dominica, Costa Rica e Guian (Gráfico 6.5).

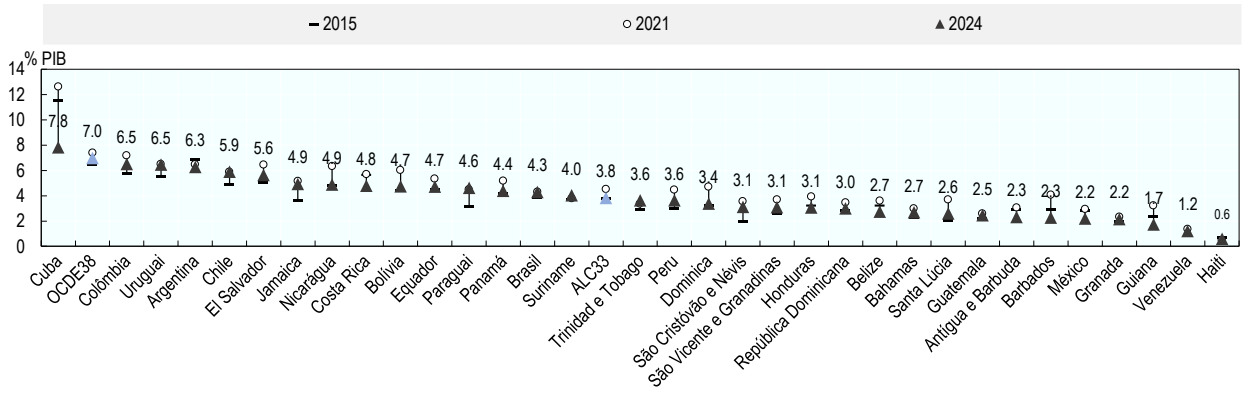
Definição e comparabilidade

A classificação de financiamento utilizada no Sistema de Contas da Saúde oferece uma discriminação completa das despesas de saúde entre as unidades públicas e privadas que incorrem em despesas de saúde. As despesas de saúde do setor público incluem as despesas do governo e dos fundos públicos de previdência social.

Referências

Lorenzoni, L. et al. (2019), “Health systems characteristics: A survey of 21 Latin American and Caribbean countries”, *OECD Health Working Papers*, No. 111, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/0e8da4bd-en. [1]

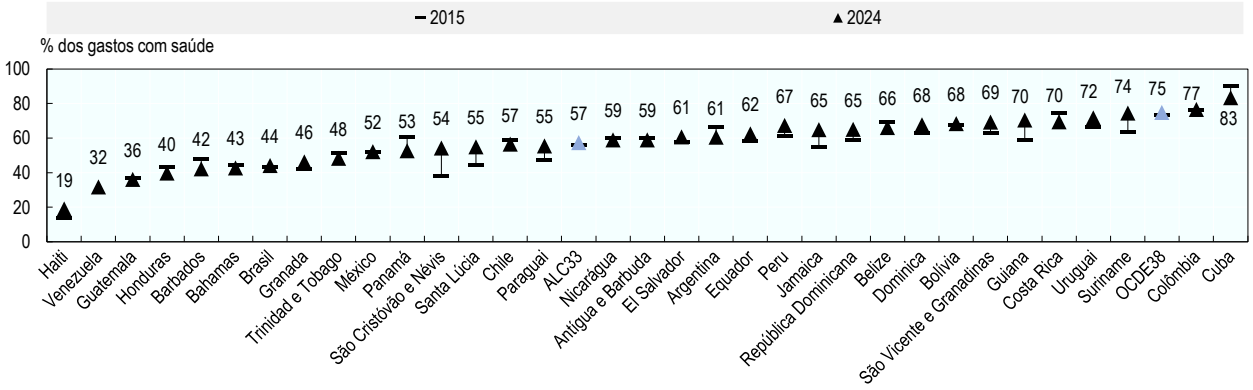
Gráfico 6.3. Variação das despesas de saúde do governo como parcela do PIB, 2015-2024



Observação: A legenda corresponde a 2024 ou ao último ano disponível.
Fonte: WHO Global Health Expenditure Database 2025, OECD Health Statistics 2025 para países da OCDE.

StatLink https://stat.link/vyrf7g

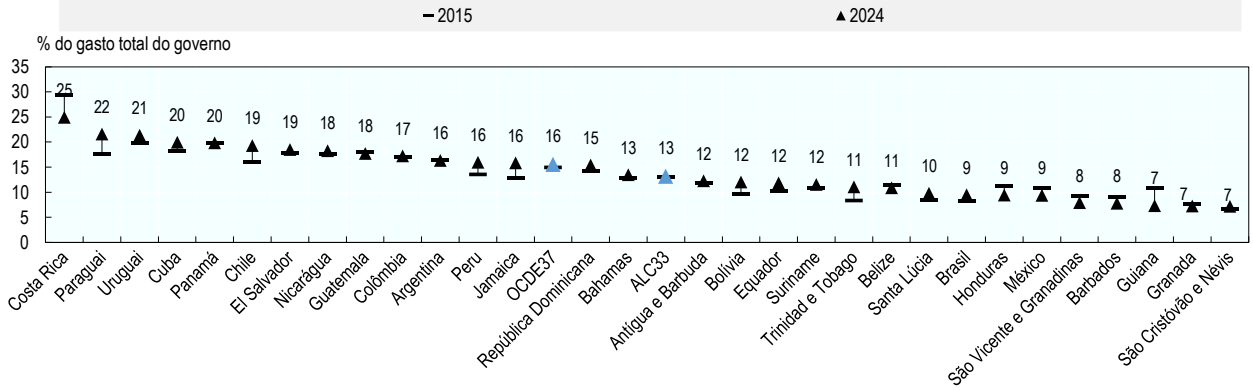
Gráfico 6.4. Variação da participação do governo nas despesas correntes de saúde, 2015-2024



Observação: A legenda corresponde a 2024 ou ao último ano disponível.
Fonte: WHO Global Health Expenditure Database 2025, OECD Health Statistics 2025 para países da OCDE.

StatLink https://stat.link/50kirx

Gráfico 6.5. Variação das despesas de saúde do governo e do sistema de seguro obrigatório (público) como parcela das despesas do governo, 2015-2024



Observação: A legenda corresponde a 2024 ou ao último ano disponível.
Fonte: WHO Global Health Expenditure Database 2025.

StatLink https://stat.link/fngkrl

Financiamento dos cuidados de saúde a partir de pagamentos diretos dos agregados familiares, modelos de pagamento voluntário e recursos externos

As despesas de saúde fora do âmbito do governo e dos planos obrigatórios incluem despesas diretas (out-of-pocket, OOP), planos de pagamento voluntário e recursos externos. As despesas diretas se referem a pagamentos diretos de cuidados de saúde realizados pelos agregados familiares, enquanto os planos de pagamento voluntário incluem prêmios de seguros privados e outros acordos de pré-pagamento voluntário. Recursos externos se referem a fundos para a saúde recebidos de doadores ou fontes semelhantes.

Em média, em 2024, ou no último ano disponível, 32% das despesas correntes com saúde na ALC foram pagas diretamente pelos agregados familiares, ainda bem acima da média da OCDE de 20% (Gráfico 6.6). As maiores participações de despesas diretas foram observadas na Guatemala, em Honduras e no Haiti, onde mais da metade das despesas correntes de saúde provêm diretamente dos agregados familiares. Barbados, Granada e Trinidad e Tobago também registraram participações acima de 45%. No outro extremo da escala, Colômbia, Cuba e Uruguai permaneceram abaixo de 20%, enquanto Jamaica e Suriname ficaram em torno de 20%. Entre 2015 e 2024, a participação dos pagamentos diretos no total das despesas de saúde na ALC caiu apenas ligeiramente, de 33% para 32%, semelhante à modesta redução observada nos países da OCDE. Alguns países registraram reduções substanciais, notadamente São Cristóvão e Nevis, Santa Lúcia, Jamaica, Guiana e Granada. No entanto, as participações dos pagamentos diretos aumentaram acentuadamente no Haiti e também cresceram no Panamá, em Cuba, em Barbados, no Chile, em Belize e em Trinidad e Tobago. Apesar de algum progresso, as despesas diretas ainda excedem 20% das despesas correntes com saúde na maioria dos países da ALC, indicando uma vulnerabilidade contínua a gastos catastróficos com saúde em caso de doença ou emergência.

O Gráfico 6.7 mostra que os modelos de pagamento voluntário representaram 10,3% das despesas de saúde correntes na ALC em 2024, ou o último ano disponível, quase o dobro da média da OCDE de 5,4%. As proporções mais elevadas foram relatadas na Venezuela, nas Bahamas, no Brasil e no Haiti, onde os modelos voluntários representavam cerca de 30% ou mais das despesas de saúde correntes. Antígua e Barbuda também relataram uma proporção relativamente alta, de 20%. Em contrapartida, os modelos voluntários representavam menos de 5% das despesas de saúde correntes em Cuba, Domínica, Guiana, Nicarágua, São Cristóvão e Neves, São Vicente e Granadinas e na Bolívia. Entre 2015 e 2024, a média da região mudou muito pouco, subindo de 10,1% para 10,3%, mas as tendências dos países divergiram. Os maiores aumentos foram observados na Argentina, México, Costa Rica, Bahamas e Antígua e Barbuda, enquanto Haiti, Suriname, Guiana, Uruguai e Chile registaram declínios consideráveis. O seguro de saúde privado continua a ser uma importante fonte de cobertura secundária em muitos países, seja complementando as prestações não incluídas no pacote básico, complementando a cobertura pública através da cobertura dos direitos de utilização, ou duplicando a cobertura para aqueles que procuram um acesso mais rápido aos cuidados privados.

Em 2024, ou no último ano disponível, os recursos externos representaram uma parcela insignificante das despesas de saúde na maioria dos países da América Latina e do Caribe, mas continuaram sendo substanciais no Haiti, com 31,6% das despesas correntes de saúde, e em Honduras, com 10,1% (Gráfico 6.8). Os recursos externos também representaram cerca de 5% das despesas atuais de saúde no Suriname e Santa Lúcia. Em média, na ALC26, a porcentagem de recursos externos diminuiu de 3,8% em 2015 para 3,0% em 2024, mas se manteve muito acima da média da OCDE26 de 0,1%.

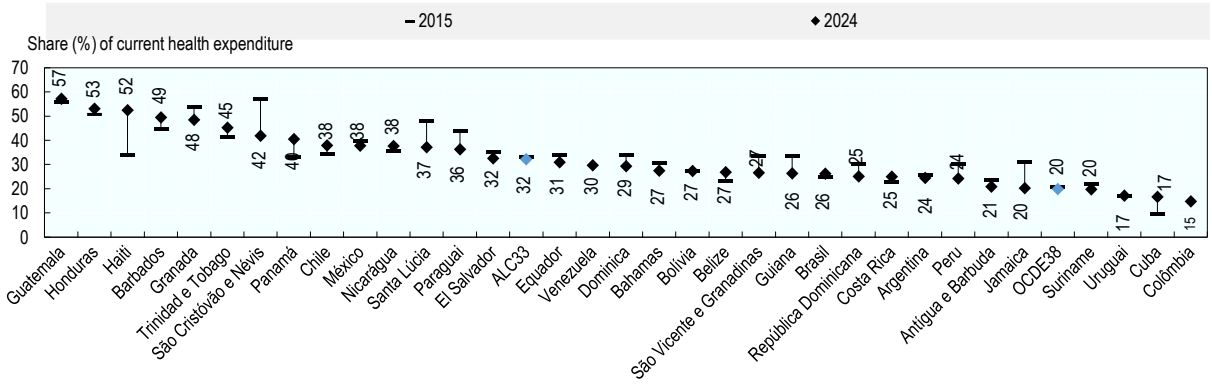
Definição e comparabilidade

A classificação de financiamento utilizada no Sistema de Contas da Saúde oferece uma discriminação completa das despesas de saúde entre as unidades públicas e privadas que incorrem em despesas de saúde. O setor privado compreende planos pré-pagos e de compartilhamento de riscos, despesas diretas dos agregados familiares e instituições sem fins lucrativos que atendem famílias e empresas. Os pagamentos diretos são despesas suportadas diretamente pelo paciente. Eles incluem a participação nos custos e, em certos países, estimativas de pagamentos informais a prestadores de serviços de saúde.

Os modelos voluntários de pagamento de cuidados de saúde incluem o seguro de saúde voluntário, instituições sem fins lucrativos que atendem famílias (ISFLSF) e modelos de financiamento empresarial. Os dados sobre cobertura de seguro voluntário foram obtidos das respostas fornecidas pelos países à Pesquisa de Características do Sistema de Saúde na América Latina e no Caribe de 2018.

O financiamento externo para a saúde é medido como desembolsos da ajuda oficial ao desenvolvimento para a saúde de todos os doadores. Os desembolsos representam a transferência internacional efetiva de recursos financeiros. Os desembolsos para a saúde são identificados utilizando a classificação dos códigos do setor de destino: 121 (saúde geral, exceto 12 181, educação/formação médica e 12 182, investigação médica), 122 (saúde básica), 130 (políticas/programas populacionais e saúde reprodutiva, exceto 13 010 política populacional e gestão administrativa) e 510 (apoio orçamental geral) (http://www.oecd.org/dac/stats/aidtohealth.htm). O apoio orçamentário geral para a saúde é estimado aplicando a proporção da despesa governamental em saúde sobre o total das despesas governamentais gerais ao valor comunicado na AOD (Ajuda Oficial ao Desenvolvimento). Dado que os fundos desembolsados são gastos ao longo de vários anos pelos países, os fundos desembolsados no ano t são comparados à despesa total com saúde no ano t+1.

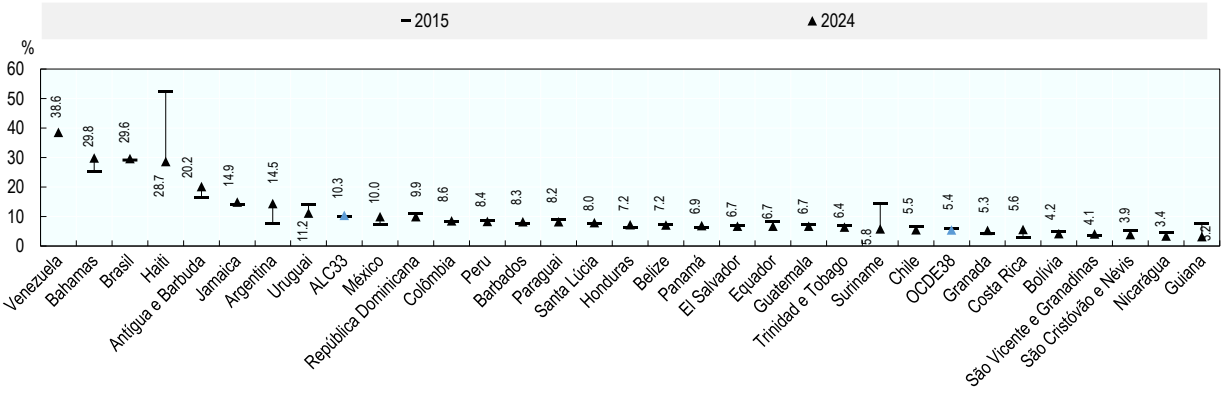
Gráfico 6.6. Variação das despesas diretas como parcela das despesas correntes de saúde, 2015-2024



Observação: A legenda corresponde a 2024 ou ao último ano disponível.
Fonte: WHO Global Health Expenditure Database 2025, OECD Health Statistics 2025 para países da OCDE.

StatLink https://stat.link/gm7kz0

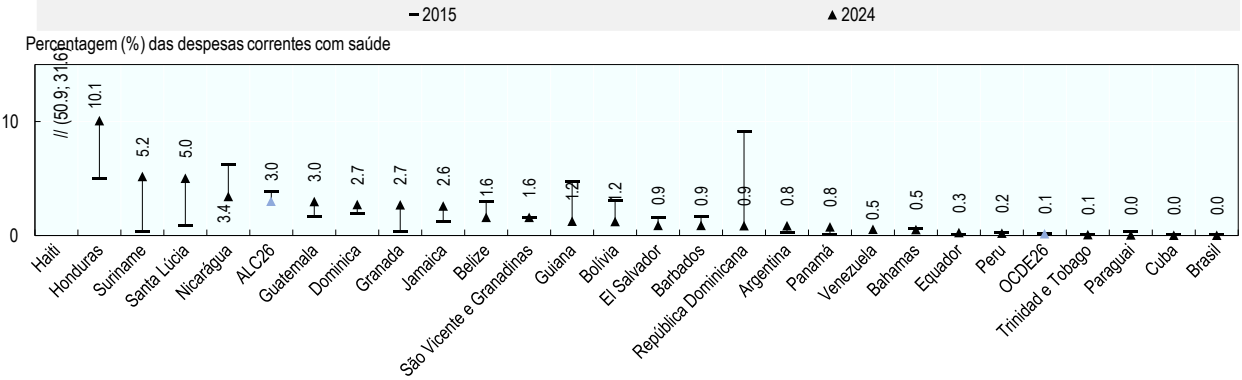
Gráfico 6.7. Variação nos modelos de pagamento voluntário de cuidados de saúde como parcela das despesas correntes de saúde, 2015-2024



Observação: A legenda corresponde a 2024 ou ao último ano disponível.
Fonte: WHO Global Health Expenditure Database 2025, OECD Health Statistics 2025 para países da OCDE.

StatLink https://stat.link/crv9i5

Gráfico 6.8. Variação dos recursos externos como parcela das despesas correntes de saúde, 2015-2024



Observação: A legenda corresponde a 2024 ou ao último ano disponível. 7 países da ALC (Colômbia, Costa Rica, Antígua e Barbuda, Chile, México, São Cristóvão e Neves, Uruguai) estão excluídos por terem recursos externos <=0,01% da CHE em 2015 e 2024. O Haiti é um caso atípico, com valores de 50,9% para 2015 e 31,6% para 2024.
Fonte: WHO Global Health Expenditure Database 2025, OECD Health Statistics 2025 para países da OCDE.

StatLink https://stat.link/oy437d

Proteção financeira

Conforme relatado na seção anterior, os altos níveis de despesas diretas (OOP) na região representam um desafio não apenas para os governos que buscam melhorar o acesso, mas também para indivíduos, famílias e comunidades. Despesas diretas elevadas significam que as famílias financiam diretamente uma parte substancial dos cuidados quando precisam deles, o que pode levá-las à pobreza ou a dificuldades financeiras. Globalmente, a incidência de gastos catastróficos com saúde – definidos como pagamentos de despesas diretas equivalentes a 10% ou mais da renda ou do consumo familiar – aumentou ao longo do tempo, atingindo 11,7% em 2010, o que equivale a 808 milhões de pessoas (Flores et al., 2018[1]).

O Gráfico 6.9 mostra os pagamentos de saúde por despesas diretas como uma parte das despesas de consumo final dos agregados familiares. Em média, as despesas diretas representaram 3,4% do consumo final dos agregados familiares na ALC em 2024, ou o último ano disponível, semelhante à média da OCDE de 3,2%. No entanto, há variações substanciais entre os países. As despesas diretas representaram menos de 2% do consumo final dos agregados familiares na Venezuela, Guiana, Colômbia, Haiti, Antígua e Barbuda, República Dominicana, Belize e São Vicente e Granadinas, mas ultrapassou 4,5% nas Honduras, Suriname, Paraguai, São Cristóvão e Nevis, Chile e Panamá. Entre 2015 e 2024, o fardo das despesas diretas em relação ao consumo dos agregados familiares aumentou em vários países, incluindo Panamá, Chile, Brasil, Guatemala e Suriname, enquanto caiu em outros, como Antígua e Barbuda, República Dominicana, Santa Lúcia, Equador e Haiti. Essas médias, no entanto, são calculadas a nível nacional e não fornecem informações sobre a forma como o ônus é distribuído dentro dos países; uma proporção nacional relativamente moderada pode mascarar as desigualdades substanciais, com agregados familiares de baixa renda enfrentando proporções de despesas diretas muito maiores e maior risco de dificuldades financeiras do que agregados familiares de renda mais alta.

O Gráfico 6.10 mostra os modelos de pagamento voluntário de cuidados de saúde como uma porcentagem da despesa de consumo final dos agregados familiares. Em média, na ALC, esses modelos absorveram cerca de 1,0% do consumo final dos agregados familiares em 2024, o último ano disponível, valor muito próximo da média da OCDE. A proporção foi próxima de zero em Cuba e inferior a 0,3% na Guiana, Dominica e São Vicente e Granadinas, mas ultrapassou 2% na Argentina e nas Bahamas, atingindo 4,6% no Brasil. Entre 2015 e 2024, o ônus dos pagamentos voluntários caiu drasticamente no Haiti e no Suriname, e também diminuiu no Uruguai e na Guiana, mas aumentou notavelmente na Argentina, nas Bahamas, na Jamaica, no Panamá e no Brasil. Assim como ocorre com as despesas diretas, esses números são médias nacionais e não mostram como o ônus é distribuído entre os grupos de renda, o que é importante, visto que os modelos voluntários costumam estar concentrados em agregados familiares de renda mais alta e podem contribuir para a segmentação do sistema.

Em conjunto, as despesas diretas e os modelos voluntários de saúde absorveram cerca de 5,7% das despesas finais de consumo dos agregados familiares na ALC em 2024, ou no último ano disponível, acima da média da OCDE de cerca de 4,2%. O ônus combinado varia amplamente, de cerca de 2% ou menos na Guiana e na Venezuela a mais de 8% no Brasil, no Chile e no Panamá. Em alguns países, parcelas relativamente moderadas de despesas diretas coexistem com altos pagamentos voluntários, como no Brasil, nas Bahamas e na Argentina, sugerindo mais pagamentos antecipados, mas também maior segmentação. Em outros, despesas diretas elevadas com cobertura voluntária mais limitada, como no Panamá, no Chile, na Guatemala e em Honduras, indicam maior dependência de pagamentos diretos no momento da utilização. Assim como cada indicador isoladamente, esses números são médias nacionais e não refletem como o ônus é distribuído entre as faixas de renda. Para garantir acesso e cobertura adequados para todos os grupos, os governos precisam fortalecer a proteção financeira para que os pagamentos de despesas diretas e os modelos voluntários de saúde não absorvam uma parcela excessiva dos recursos das famílias (OMS, 2018[2]). A elevada dependência desses modelos de pagamento, juntamente com arranjos de financiamento fragmentados, limita a colaboração e a solidariedade e, muitas vezes, reforça a segmentação entre os grupos populacionais.

Definição e comparabilidade

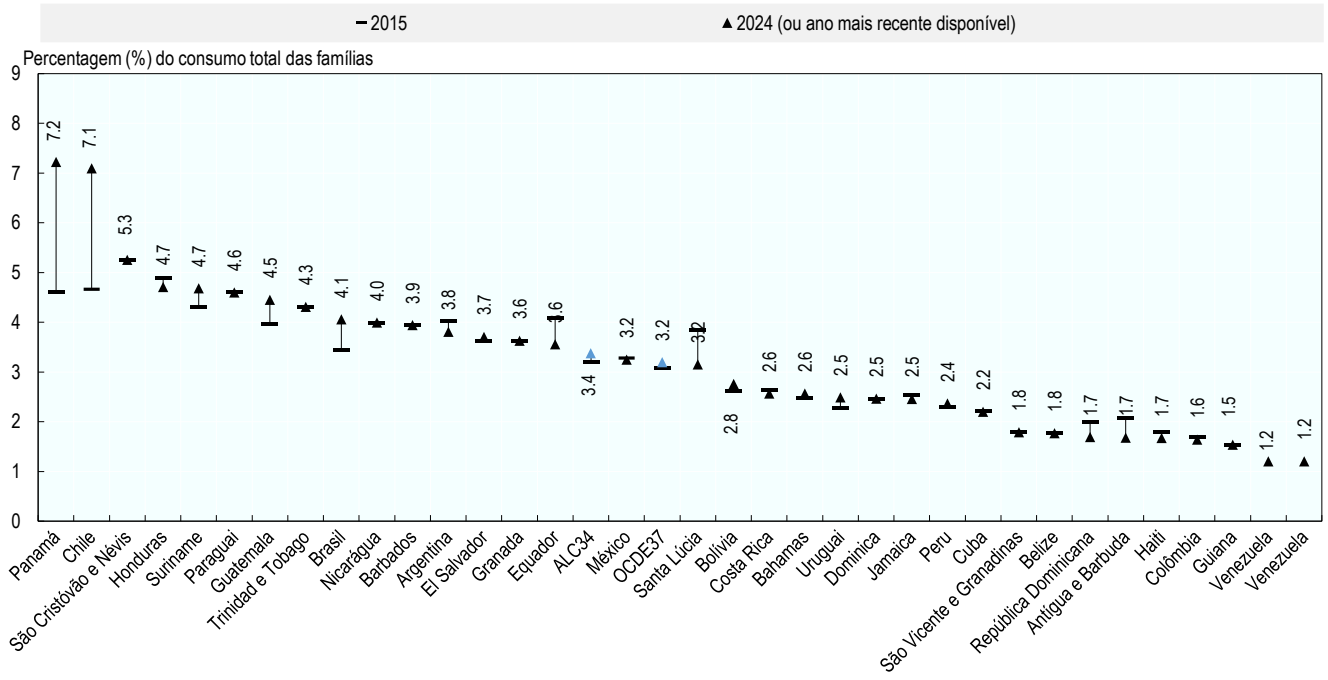
Esta seção utiliza três agregados padrão para descrever o ônus das despesas privadas com saúde sobre os agregados familiares. Os pagamentos diretos são pagamentos feitos diretamente pelos agregados familiares por bens e serviços de saúde, utilizando sua renda ou economias no momento da utilização, após quaisquer reembolsos por terceiros pagadores. Esses pagamentos incluem coparticipações, franquias e outras cobranças diretas, e podem também abranger pagamentos informais, quando estes forem declarados. Os modelos voluntários abrangem todos os arranjos pré-pagos não obrigatórios para assistência médica, incluindo modelos voluntários de seguro saúde, modelos de financiamento de instituições sem fins lucrativos que atendem famílias (ISFLSF) e modelos de financiamento empresarial. Os pagamentos diretos e os modelos voluntários são compilados no âmbito do Sistema de Contas de Saúde (System of Health Accounts, SHA 2011). A despesa de consumo final dos agregados familiares e das instituições sem fins lucrativos que atendem as famílias é um agregado das contas nacionais, que mede o valor dos bens e serviços comprados ou adquiridos de outra forma para consumo individual por residentes e instituições sem fins lucrativos que atendem as famílias.

Referências

Flores, G. et al. (2018), “Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study”, *Articles Lancet Glob Health*, Vol. 6, pp. 169-79, https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1. [1]

OMS (2018), *Health financing*, Organização Mundial da Saúde, https://www.who.int/health-topics/health-financing. [2]

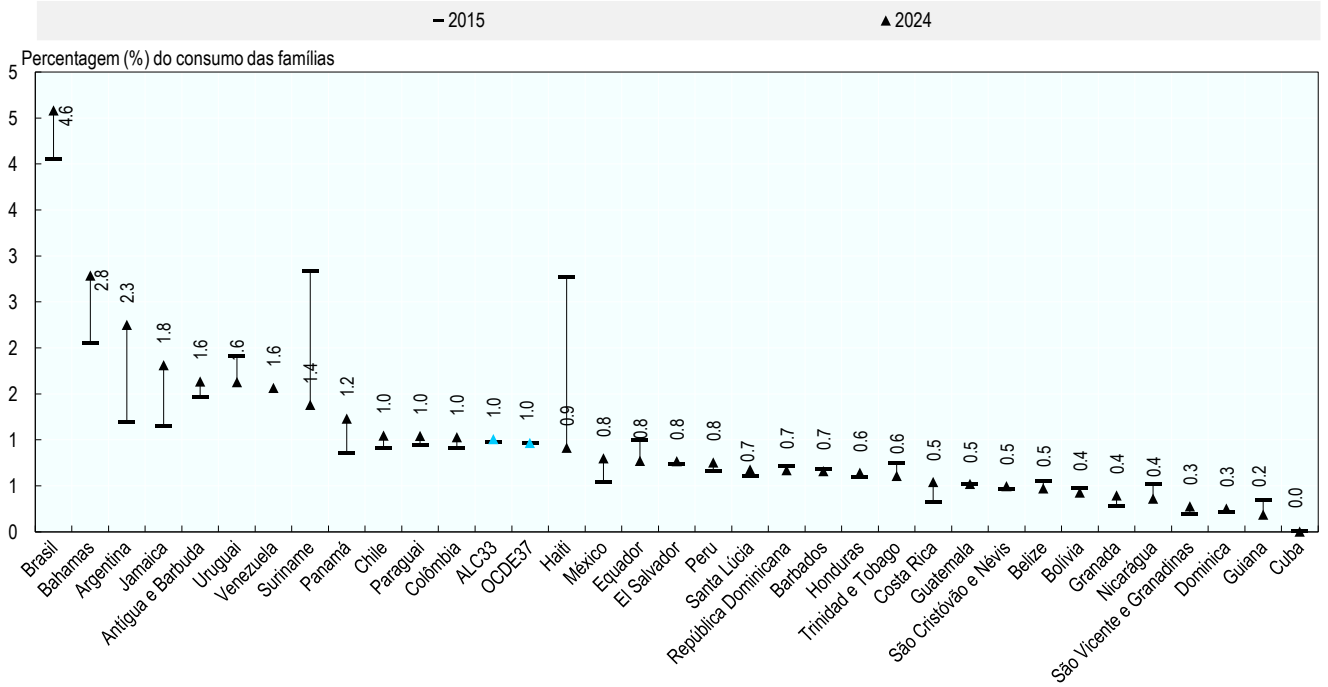
Gráfico 6.9. Despesas de saúde diretas como parcela do consumo final das famílias, 2015-2024



Observação: As legendas correspondem a 2024 (ou ao último ano disponível).
Fonte: WHO Global Health Expenditure Database 2024.

StatLink https://stat.link/l1xb63

Gráfico 6.10. Despesas de saúde voluntárias como parcela do consumo final das famílias, 2015-2024



Observação: As legendas correspondem a 2024 (ou ao último ano disponível).
Fonte: WHO Global Health Expenditure Database 2024.

StatLink https://stat.link/av16c5

7 Qualidade dos cuidados de saúde

Mortalidade evitável (prevenível e tratável)

A mortalidade evitável é uma métrica para avaliar a eficácia com que os sistemas de saúde pública e de assistência médica reduzem as mortes que não deveriam ocorrer na presença de prevenção eficaz e cuidados oportunos e de alta qualidade. Ela mede as mortes por causas preveníveis, que podem ser abordadas por meio de políticas de saúde pública e prevenção primária em toda a população, e por causas tratáveis, para as quais intervenções de saúde apropriadas e oportunas podem reduzir substancialmente os riscos de mortalidade.

Nos 25 países da América Latina e do Caribe (ALC25) incluídos nesta análise, a mortalidade evitável foi substancialmente maior do que a média da OCDE em 2023. Usando a população padrão da OCDE para a ALC, a mortalidade evitável total na ALC atinge 297 mortes por 100.000 habitantes, em comparação com 162 por 100.000 em toda a OCDE (Gráfico 7.1). A diferença já é grande entre os homens (378 versus 220 mortes por 100.000 habitantes), enquanto a mortalidade evitável entre as mulheres é duas vezes maior nos países da ALC do que nos países da OCDE (222 versus 109 mortes por 100.000 habitantes). A mortalidade evitável total varia de 155 mortes por 100.000 habitantes no Chile a cerca de 200 na Costa Rica e no Panamá, chegando a mais de 500 mortes por 100.000 habitantes na Guiana, o que aponta para grandes diferenças tanto na prevenção quanto no desempenho do sistema de saúde entre os países.

A mortalidade tratável também é consideravelmente maior nos países da ALC, o que indica deficiências no acesso oportuno e na qualidade dos cuidados. Nos países da ALC19, a mortalidade tratável chega a 274 mortes por 100.000 habitantes entre os homens e 196 entre as mulheres, contra 117 e 67 nos países da OCDE. As taxas de mortalidade tratável mais baixas da região são observadas no Panamá (163; 70), Argentina (171; 75) e Costa Rica (184; 66), enquanto as mais altas são observadas no Paraguai (513; 270), Peru (437; 194) e Brasil (393; 191). Em todos os países, a mortalidade tratável é consistentemente maior entre os homens do que entre as mulheres – por exemplo, a ALC19 mostra uma diferença de 78 mortes por 100.000 (274 vs. 196) e o Paraguai uma diferença de 243 (513 vs. 270) – destacando diferenças persistentes entre os gêneros nos riscos à saúde e na busca por cuidados médicos, juntamente com restrições do sistema que afetam ambos os sexos (Gráfico 7.2).

A mortalidade prevenível contribui substancialmente para a lacuna na mortalidade evitável. Na ALC25, a mortalidade prevenível média é de 237 mortes por 100.000 habitantes entre homens e 102 entre mulheres, em comparação com 153 e 61 na OCDE. As taxas mais baixas da região são observadas no Chile (134 homens e 54 mulheres por 100.000 habitantes), próximas aos níveis da OCDE, seguido pela Argentina (143; 59), Panamá (151; 62) e Costa Rica (182; 59). Por outro lado, a mortalidade prevenível é mais alta na Guiana (458; 199), Belize (347; 158) e Jamaica (307; 194), sinalizando grandes lacunas na prevenção, no controle de fatores de risco e no acesso a cuidados primários de qualidade (Gráfico 7.3).

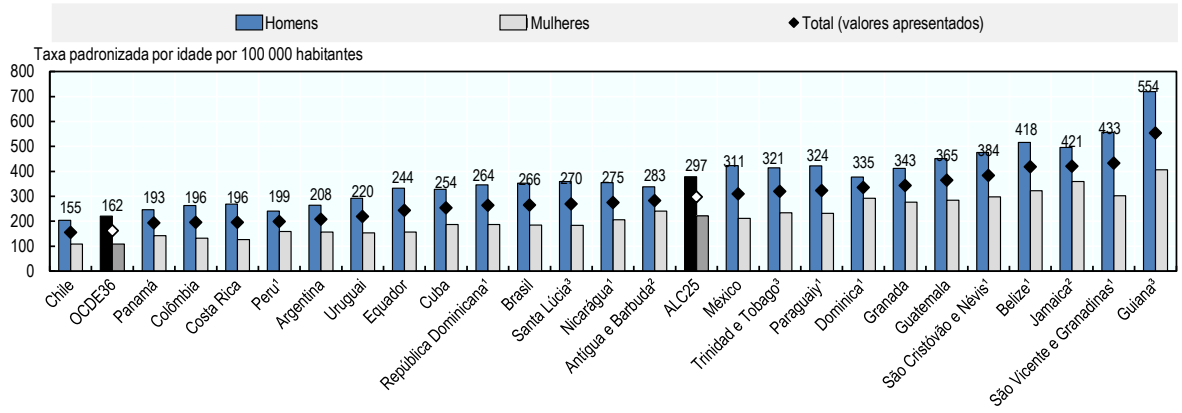
Definição e comparabilidade

Com base nas definições da OCDE/Eurostat de 2022, a mortalidade prevenível é definida como as causas de morte em pessoas com menos de 75 anos que podem ser evitadas principalmente por meio de intervenções eficazes de saúde pública e prevenção primária (ou seja, antes do início da doença/lesão, para reduzir a incidência). A mortalidade tratável (ou passível de intervenção) é definida como as causas de morte que podem ser evitadas principalmente por meio de intervenções de saúde oportunas e eficazes, incluindo prevenção e tratamento secundários (ou seja, após o início da doença, para reduzir a letalidade).

As estimativas de mortalidade evitável se baseiam em duas listas atuais de mortalidade prevenível e tratável adotadas pela OCDE e pelo Eurostat em 2022. A classificação de cada causa de morte na categoria de mortalidade prevenível ou tratável baseou-se no critério de determinar se são predominantemente as intervenções de prevenção ou de assistência médica que podem reduzi-la, partindo do pressuposto de que grande parte dessas mortes pode ser evitada. As causas de morte que podem ser amplamente evitadas e tratadas após sua ocorrência foram atribuídas à categoria de mortes preveníveis, sob a justificativa de que, se essas doenças forem prevenidas, não haverá necessidade de tratamento. Nos casos em que não houve forte evidência de predominância de prevenção ou tratamento (como em doenças cardíacas isquêmicas, acidente vascular cerebral e diabetes), as causas foram alocadas em uma proporção de 50:50 entre as duas categorias para evitar a dupla contagem da mesma causa de morte em ambas as listas. O limite de idade para mortalidade prematura é definido em 74 anos para todas as causas, conforme tradicionalmente utilizado em países de alta renda. A COVID-19 foi classificada como uma doença prevenível, uma vez que a maioria das mortes pode ser evitada através de profilaxia, como a vacinação ou a utilização de máscaras de proteção.

Os dados vêm do banco de dados de mortalidade da OMS, e as taxas de mortalidade são padronizadas por idade para a população ALC da OCDE de 2022.

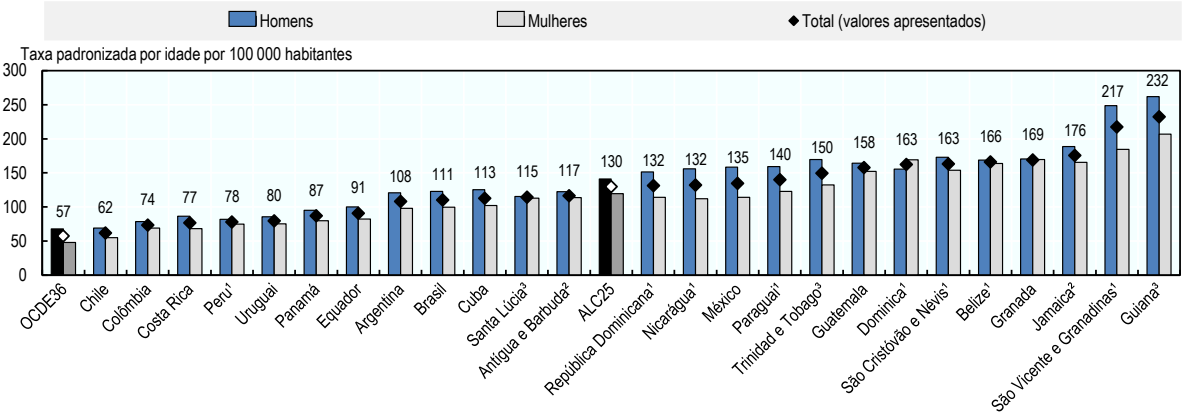
Gráfico 7.1. Mortalidade por causas evitáveis, 2023 (ou ano mais recente)



Observação: 1. Dados de 2022, 2. Dados de 2021, 3. Dados de 2020.
Fonte: banco de dados da OMS sobre a mortalidade (2026).

StatLink https://stat.link/wyers3

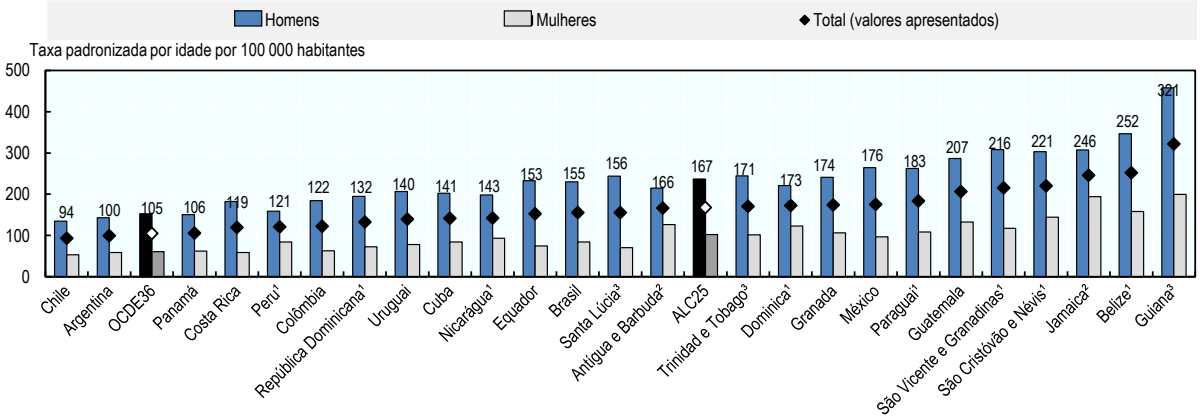
Gráfico 7.2. Mortalidade por causas tratáveis, 2023 (ou ano mais recente)



Observação: 1. Dados de 2022, 2. Dados de 2021, 3. Dados de 2020.
Fonte: banco de dados da OMS sobre a mortalidade (2026).

StatLink https://stat.link/gabysi

Gráfico 7.3. Mortalidade por causas preveníveis, 2023 (ou ano mais recente)



Observação: 1. Dados de 2022, 2. Dados de 2021, 3. Dados de 2020.
Fonte: banco de dados da OMS sobre a mortalidade (2026).

StatLink https://stat.link/1a2x84

Programas de vacinação infantil

A vacinação infantil continua sendo uma das intervenções de saúde mais eficazes e com melhor custo-benefício, além de um componente essencial das estratégias nacionais de prevenção de doenças (Chan et al., 2017[1]). Uma cobertura elevada e equitativa das campanhas de vacinação infantil é fundamental para interromper a transmissão de doenças e proteger todas as comunidades contra diversas doenças transmissíveis. Por isso, a cobertura é um importante indicador da qualidade dos cuidados de saúde. Esta seção apresenta a cobertura dos programas de vacinação contra difteria, tétano e coqueluche (DTP3), sarampo (primeira e segunda doses da vacina contra o sarampo, MCV1 e MCV2) e hepatite B (HepB3). Devido à sua importância e ao seu calendário, esses programas de vacinação representam um amplo espectro de desafios relacionados à vacinação de rotina para crianças.

Em 2024, a cobertura média da DTP3 na ALC foi de 86% (ALC32), abaixo do nível de 90% recomendado pela OMS para o desempenho do programa (Gráfico 7.4) e abaixo da média da OCDE de 93%. Dezessete dos 32 países da ALC atingiram ≥90% (por exemplo, Antígua e Barbuda, Costa Rica, Cuba, Jamaica, Santa Lúcia e Brasil), enquanto quatro permaneceram <70% (Suriname, Venezuela, Haiti e Bolívia). A média da ALC é superior à de 2021 (82%), mas não voltou à média regional de ~90% observada em 2018 (pré-pandemia).

Embora a primeira dose da vacina contra o sarampo (MCV1) tenha atingido uma média de 88% em 2024 na região, cerca de 5 a 10% das crianças não desenvolvem imunidade após a primeira dose, de modo que a segunda dose é necessária para garantir a imunidade nas crianças em risco (OMS, 2019[2]). A MCV2 foi notavelmente mais baixa, com 76% para a ALC32 (Gráfico 7.5). As médias da OCDE foram de 93% (MCV1) e 88% (MCV2). Dezesseis dos 32 países alcançaram ≥90% para a MCV1, mas apenas sete o fizeram para a MCV2 (Cuba, Guiana, São Vicente e Granadinas, Uruguai, São Cristóvão e Nevis, El Salvador e Jamaica). Doze países tiveram a MCV2 <70% (incluindo Brasil, Paraguai, Bahamas, Argentina, México, Haiti, Equador, Suriname, Venezuela e Bolívia). O objetivo de eliminação da OMS exige cobertura ≥95% para ambas as doses – poucos países da ALC mantêm atualmente esse nível tanto para a MCV1 quanto para a MCV2. A MCV1 aumentou de 83% em 2021, mas permanece abaixo da média regional de ~90% observada em 2018; a MCV2, em 76%, destaca uma lacuna persistente na segunda dose em relação ao desempenho pré-pandemia (90% em 2018).

A OMS recomenda três doses da vacina contra a hepatite B para todas as crianças, com uma dose ao nascimento administrada em tempo hábil como parte dos calendários nacionais de imunização (OMS, 2017[3]). A cobertura para essa vacina foi, em média, de 86% na ALC em 2024, contra 92% na OCDE (Gráfico 7.6). Dezesseis países da ALC atingiram ≥90%, mas quatro apresentaram cobertura <70% (Suriname, Venezuela, Haiti e Bolívia). Isso representa uma melhora em relação aos 81% de 2021, mas continua aquém dos níveis pré-pandemia (≈90% em 2018, quando comparável).

As lacunas persistentes na cobertura refletem barreiras tanto na prestação de serviços quanto no lado da demanda. Além das questões logísticas, a recomendação limitada por parte dos profissionais de saúde, a desinformação e as barreiras socioeconômicas continuam a dificultar a adesão à vacinação (Guzman-Holst et al., 2020[4]). O reforço da qualidade do programa (lembretes/marcação de consultas, alcance a áreas carentes, monitoramento contínuo da desistência entre a primeira e a segunda dose) e o envolvimento comunitário direcionado para combater a desinformação são prioridades para eliminar a lacuna da MCV2 e elevar a cobertura da DTP3 e da HepB3 acima dos parâmetros de referência da OMS.

Definição e comparabilidade

As taxas de vacinação medem a proporção de crianças que recebem as doses dentro do prazo recomendado, geralmente com um ano de idade (por exemplo, DTP3, HepB3, MCV1) ou na idade recomendada localmente para as doses posteriores (MCV2). Alguns países usam vacinas combinadas (por exemplo, sarampo-rubéola), enquanto outros administram os componentes separadamente. A cobertura é calculada a partir de pesquisas em alguns países e de registros administrativos em outros, o que pode afetar os resultados e a comparabilidade.

Referências

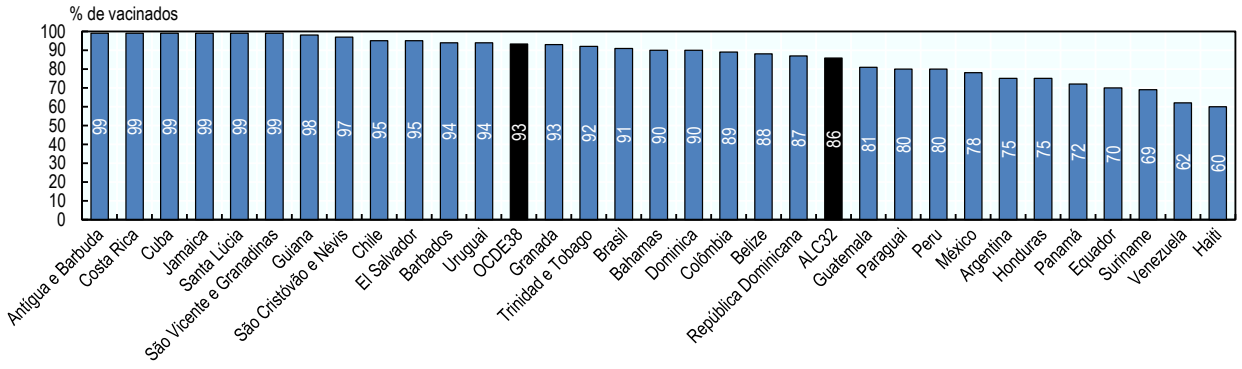
Chan, M. et al. (2017), “Reaching everyone, everywhere with life-saving vaccines”, *The Lancet*, Vol. 389/10071, pp. 777-779, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30554-8. [1]

Guzman-Holst, A. et al. (2020), “Barriers to vaccination in Latin America: A systematic literature review”, *Vaccine*, Vol. 38/3, pp. 470-481, https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.10.088. [4]

OMS (2019), “Measles vaccines: WHO position paper, April 2017 – Recommendations”, *Vaccine*, Vol. 37/2, pp. 219-222, https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.07.066. [2]

OMS (2017), “Hepatitis B vaccines: WHO position paper”, *WHO - Weekly epidemiological record*, Vol. No 27/92, 369-392, https://www.who.int/publications/i/item/WER9227. [3]

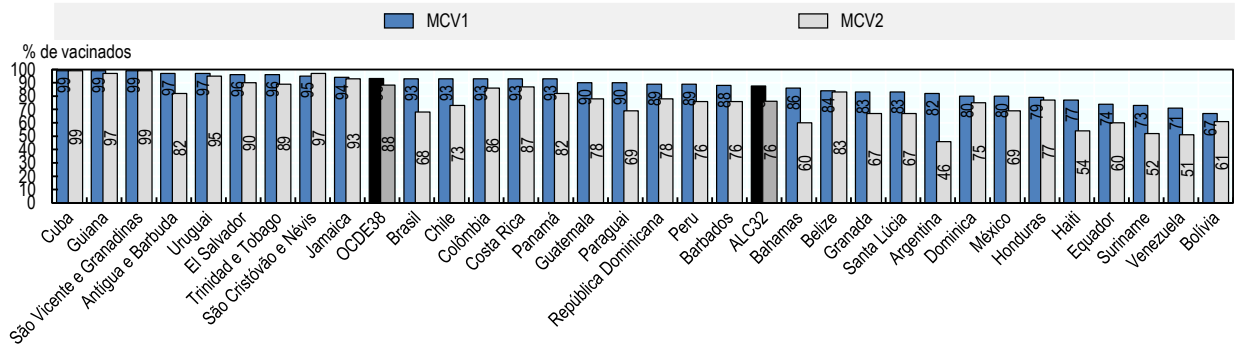
Gráfico 7.4. Taxas de vacinação contra difteria, tétano e coqueluche em crianças de um ano de idade, 2024



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/2gxc94

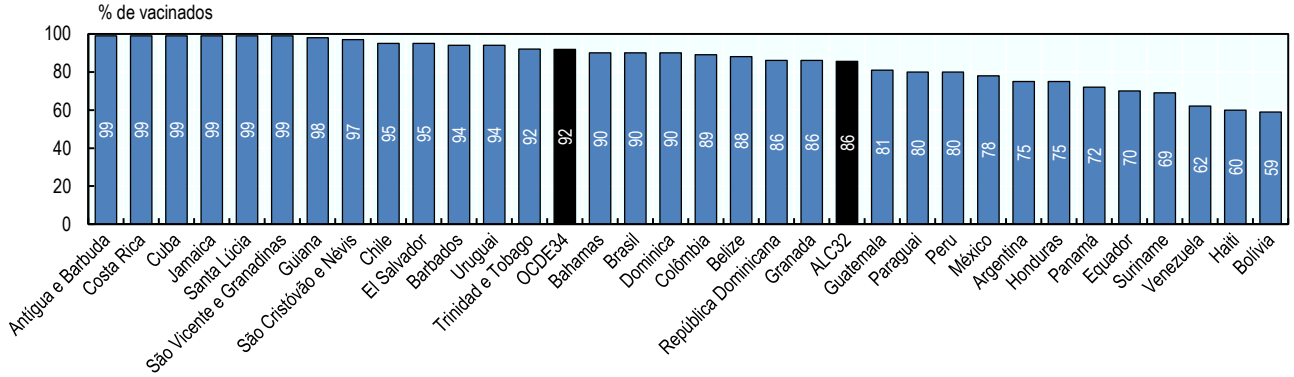
Gráfico 7.5. Cobertura da primeira e da segunda dose da vacina contra o sarampo em crianças de 1 ano de idade e na idade recomendada localmente, 2024



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/710zd8

Gráfico 7.6. Cobertura vacinal contra hepatite B em crianças de 1 ano de idade, 2024



Fonte: WHO, Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/bl9o01

Internações hospitalares evitáveis

O reforço dos cuidados de saúde primários é uma das intervenções mais eficazes para melhorar a eficiência dos sistemas de saúde e a saúde da população. Um sistema de cuidados primários de alto desempenho, que ofereça serviços acessíveis e de alta qualidade, pode reduzir a deterioração aguda em pessoas que vivem com quatro doenças crônicas amplamente prevalentes na ALC: asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e diabetes, além de reduzir internações hospitalares desnecessárias. Por esse motivo, a medição do número de hospitalizações devido a esses diagnósticos é um indicador da capacidade do sistema de saúde de gerenciar adequadamente as condições no nível dos cuidados primários. No entanto, os países da ALC geralmente apresentam menor capacidade e utilização hospitalar do que os países da OCDE, com menos leitos hospitalares (23 versus 42 por 10.000 habitantes, em média; ver Capítulo 5) e menores taxas de alta hospitalar (menos de 500 versus quase 1.400 por 10.000 habitantes, em média; ver Capítulo 5). Consequentemente, as baixas taxas de internações evitáveis podem refletir limitações no acesso aos cuidados hospitalares, em vez de um desempenho mais forte dos cuidados primários por si só.

O Gráfico 7.7 mostra as taxas de internação hospitalar por 100.000 habitantes para asma e DPOC em oito países da América Latina e Caribe (ALC8) e a média da OCDE. Em média, os países da ALC8 apresentam taxas de internação substancialmente menores do que a OCDE – cerca de um terço da média da OCDE para asma (9,3 versus 25,3 por 100.000) e cerca de um quarto para DPOC (20,8 versus 76,3). Os padrões para as duas condições são amplamente semelhantes: países com baixas taxas de internação por asma também tendem a ter baixas taxas de internação por DPOC. Peru e Equador registram as menores taxas para ambas as condições (cerca de 3-6 internações por 100.000), seguidos por Paraguai e México, enquanto Argentina, Chile e Colômbia apresentam taxas comparativamente mais altas dentro do grupo ALC, mas ainda bem abaixo da média da OCDE. Parte da diferença em relação à OCDE pode refletir uma capacidade hospitalar mais limitada e taxas de alta hospitalar mais baixas em muitos sistemas de saúde da ALC.

O Gráfico 7.8 apresenta as taxas de internação por 100.000 habitantes para diabetes e insuficiência cardíaca congestiva. No caso de diabetes, os países da ALC8 novamente mostram taxas de internação médias mais baixas do que os países da OCDE (54 versus 93 por 100.000). No entanto, o México se destaca com uma taxa bem acima da média da OCDE (149), enquanto a taxa do Chile (90) está próxima do nível da OCDE. Argentina, Costa Rica e Colômbia têm taxas intermediárias (em torno de 45 a 57), e Equador, Paraguai e Peru registram taxas de internação muito baixas (5 a 26 por 100.000). No que diz respeito à insuficiência cardíaca congestiva (ICC), as taxas de internação em todos os países da ALC8 que reportaram dados estão abaixo da média da OCDE, de 89 por 100.000 habitantes. A média da ALC8 é de 33 internações, com o Chile apresentando a maior taxa da região (61) e todos os outros países relatando taxas significativamente mais baixas: cerca de 34 a 42 na Argentina, na Colômbia, no Equador e no México, e menos de 25 internações por 100.000 habitantes na Costa Rica, no Paraguai e, especialmente, no Peru (5).

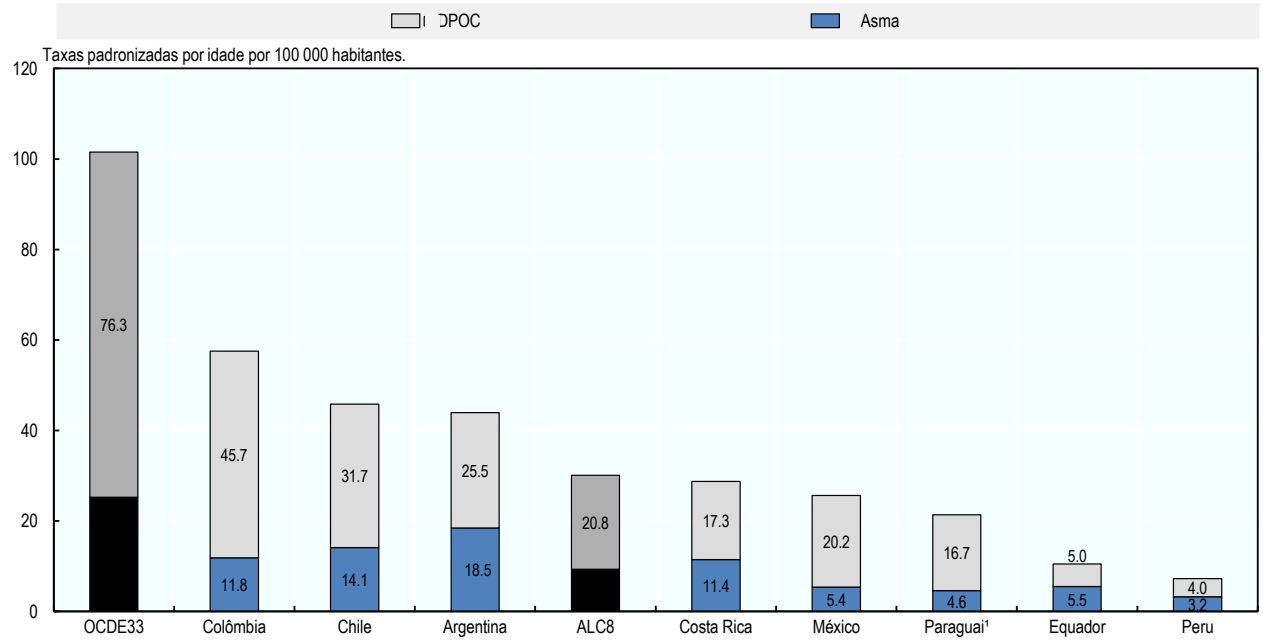
As baixas taxas de internação por diabetes, doenças respiratórias e ICC devem ser interpretadas no contexto do menor número de leitos hospitalares e das taxas mais baixas de alta hospitalar na ALC em comparação com outros países da OCDE. Embora possam refletir, em parte, cuidados primários sólidos e uma boa gestão de doenças cardiovasculares crônicas, também podem refletir necessidades não atendidas de cuidados hospitalares, subdiagnósticos, atrasos na busca por atendimento ou barreiras à internação em locais onde a capacidade hospitalar é limitada.

Os sistemas de saúde devem encontrar um equilíbrio adequado para garantir o nível menos dispendioso de utilização hospitalar, ao mesmo tempo que asseguram acesso adequado a toda a população. Os países da ALC devem continuar investindo no reforço da capacidade de cuidados primários, a fim de minimizar o desperdício e se preparar para um encargo mais pesado causado pelo aumento da prevalência de doenças crônicas decorrente do envelhecimento da população (ver o Capítulo 9).

Definição e comparabilidade

Os indicadores são definidos como o número de internações hospitalares com diagnóstico primário de asma, DPOC, ICC e diabetes em pessoas de 15 a 85 anos por 100.000 habitantes. As taxas são padronizadas por idade e sexo para a população da ALC da OCDE de 2022, com idade entre 15 e 85 anos. As internações resultantes de transferência de outro hospital e aquelas em que o paciente foi a óbito durante a internação são excluídas do cálculo, pois considera-se improvável que essas internações fossem evitáveis. A prevalência da doença e a disponibilidade de cuidados hospitalares podem explicar algumas, não todas, variações nas taxas entre países. Diferenças nas práticas de codificação entre os países também podem afetar a comparabilidade dos dados. Diferenças na cobertura de dados do setor hospitalar nacional entre os países também podem influenciar as taxas dos indicadores: as medidas para o Paraguai abrangem apenas os serviços de saúde pública do Ministério da Saúde.

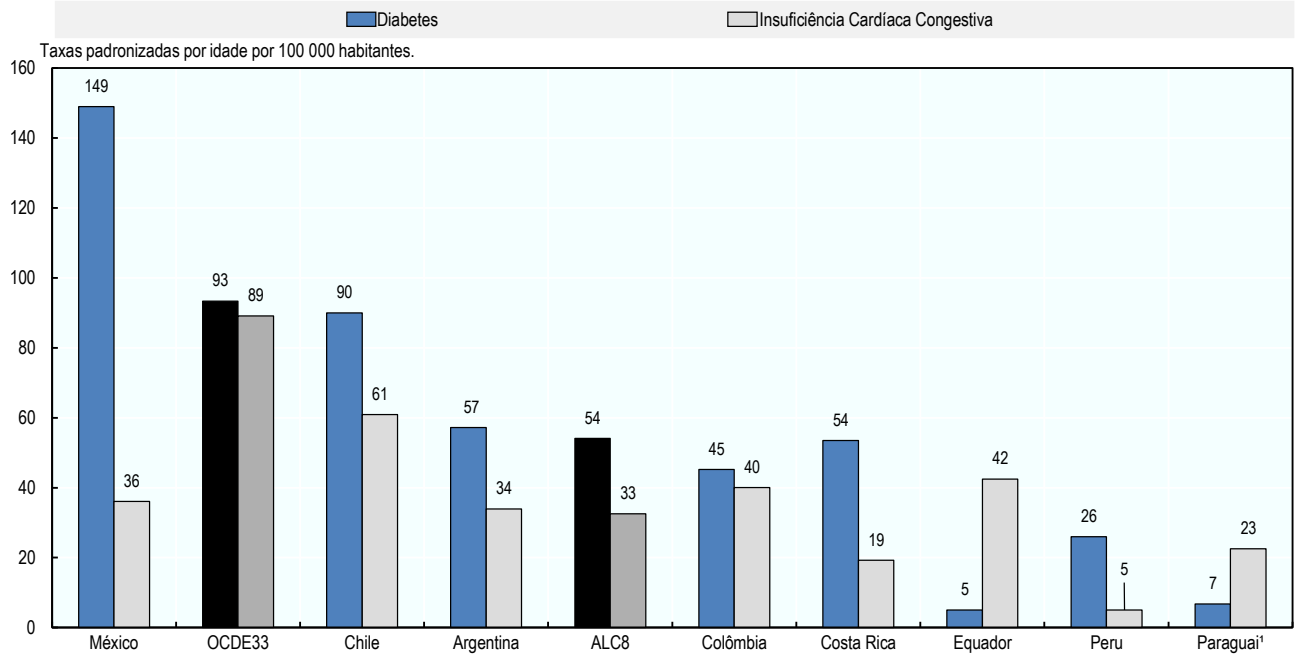
Gráfico 7.7. Internações hospitalares por asma e DPOC em adultos, 2024 (ou ano mais próximo)



Observação: as taxas são padronizadas por idade e sexo para a população da ALC da OCDE, com idade entre 15 e 85 anos. 1. Apenas para serviços de saúde do Ministério da Saúde.
Fonte: OECD Health Statistics 2025 para países da OCDE; coleta de dados ad hoc para países que não fazem parte da OCDE.

StatLink https://stat.link/o47g5u

Gráfico 7.8. Internações hospitalares por insuficiência cardíaca congestiva e diabetes em adultos, 2024 (ou ano mais próximo)



Observação: as taxas são padronizadas por idade e sexo para a população da ALC da OCDE, com idade entre 15 e 85 anos. 1. Apenas para serviços de saúde do Ministério da Saúde.
Fonte: OECD Health Statistics 2025 para países da OCDE; coleta de dados ad hoc para países que não fazem parte da OCDE.

StatLink https://stat.link/nzk4xc

Mortalidade intra-hospitalar após infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral

As doenças isquêmicas do coração e o acidente vascular cerebral (AVC) estão entre as principais causas de morte na América Latina (ver Capítulo 3). Essas doenças acarretam custos substanciais para a saúde, a economia e a sociedade, tanto por causa da mortalidade prematura quanto da incapacidade de longo prazo entre os sobreviventes. Nas últimas décadas, os resultados após o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o AVC melhoraram em muitos países, apoiados por avanços nas tecnologias médicas e nos protocolos de tratamento, incluindo terapias para redução de lipídios e pressão arterial, trombólise e angioplastia (OECD, 2015[1]). As taxas de mortalidade intra-hospitalar em 30 dias para IAM e AVC são indicadores amplamente utilizados da qualidade dos cuidados agudos. Estas medidas refletem a eficácia e a prontidão das respostas de emergência e das vias de tratamento hospitalar, incluindo o diagnóstico rápido, o acesso a terapias de reperfusão e o transporte coordenado do paciente. Ao mesmo tempo, as taxas de mortalidade também podem ser influenciadas por características do paciente, como a gravidade do caso, bem como por diferenças nas práticas de internação.

Para IAM, as taxas de mortalidade hospitalar padronizadas por idade e sexo em 30 dias no Paraguai (24,2%), México (22,6%) e Peru (19,9%) são substancialmente maiores do que a mortalidade média da OCDE (6,5%). Equador (10,9%) e Chile (8,8%) relatam mortalidade acima da média da OCDE, mas dentro da faixa da OCDE, enquanto Costa Rica (6,8%) e Colômbia (5,6%) estão mais próximas ou abaixo do parâmetro de referência da OCDE (Gráfico 7.9).

Há também diferenças importantes entre os países nas taxas de fatalidade em 30 dias após a internação por acidente vascular cerebral isquêmico (Gráfico 7.10). O Peru relata a menor taxa de mortalidade em 30 dias (2,5%). No entanto, essa medida está consideravelmente abaixo dos resultados da literatura publicada, onde uma taxa de letalidade hospitalar de 6,9 foi reportada em 2017 (Labán-Seminario, Carrillo-Larco and Bernabé-Ortiz, 2022[2]). Embora outros fatores, como a alta incidência de primeiros AVCs na população geral peruana, também possam contribuir para taxas mais baixas (Lazo-Porras et al., 2022[3]), essa medida deve ser interpretada com cautela devido à qualidade e comparabilidade das práticas de registro e notificação. A Colômbia (6,1%) e o Equador (7,8%) estão pouco abaixo da média da OCDE (8,7%). A taxa do Chile (8,8%) está próxima da média da OCDE, enquanto o Paraguai (11,8%), a Costa Rica (15,3%) e o México (17,0%) relatam mortalidade significativamente mais elevada.

A mortalidade após AVC hemorrágico é, como esperado, consideravelmente maior do que a de AVC isquêmico em todos os países (Gráfico 7.11). México (30,6%), Paraguai (25,6%), Costa Rica (25,3%) e Chile (24,7%) relatam taxas acima da média da OCDE (23,4%). Em contrapartida, o Equador (17,0%) e o Peru (11,4%) apresentam taxas de mortalidade mais baixas.

Embora os países da ALC tenham progredido na redução do ônus das doenças cardiovasculares, é necessário dar maior ênfase à melhoria da qualidade e da consistência dos cuidados agudos. A melhoria dos resultados cardiovasculares e cerebrovasculares exige uma abordagem coordenada e centrada na pessoa, que abranja prevenção e detecção precoce, cuidados primários fortes e preventivos, encaminhamento oportuno aos serviços de emergência e o uso consistente de protocolos clínicos atualizados e baseados em evidências (OECD, 2025[4]). O reforço dos sistemas de informação em saúde e da capacidade analítica é essencial para o monitoramento de rotina e a comparabilidade internacional. No entanto, apenas sete países da ALC conseguem atualmente relatar indicadores comparáveis de qualidade do atendimento para IAM e AVC, e mesmo essas medidas deixam de fora aspectos importantes da gestão aguda e dos cuidados pós-alta (ver caixa abaixo). Além disso, indicadores importantes, como o acesso à trombólise, a serviços de hemodinâmica e a unidades especializadas em acidente vascular cerebral, são essenciais para avaliar com precisão o desempenho no atendimento às condições cardiovasculares agudas, mas ainda são limitados na região. A interpretação dos indicadores apresentados também exige cautela: as diferenças observadas podem refletir variações no acesso aos serviços de emergência e hospitalares, bem como nas práticas de internação, registro e codificação. Por exemplo, taxas de mortalidade muito baixas em alguns países (como o Peru) podem indicar, em parte, barreiras de acesso ou internação hospitalar seletiva, em vez de melhores cuidados.

Definição e comparabilidade

A taxa de mortalidade intra-hospitalar após IAM, acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico é definida como o número de pessoas que morrem dentro de 30 dias após serem internadas em um hospital com 100 pacientes internados com essas condições. Este indicador é baseado em internações hospitalares únicas e se restringe à mortalidade dentro do mesmo hospital; diferenças nas práticas de alta e transferência de pacientes podem influenciar os resultados. As taxas padronizadas são ajustadas às diferenças de idade (45 anos ou mais) e sexo, facilitando comparações internacionais mais significativas. A padronização utiliza a população específica para a doença, padrão da OCDE de 2015. Os dados aqui apresentados não consideram pacientes transferidos para outros hospitais durante o tratamento, nem refletem pacientes que morreram fora do ambiente hospitalar dentro de 30 dias.

Referências

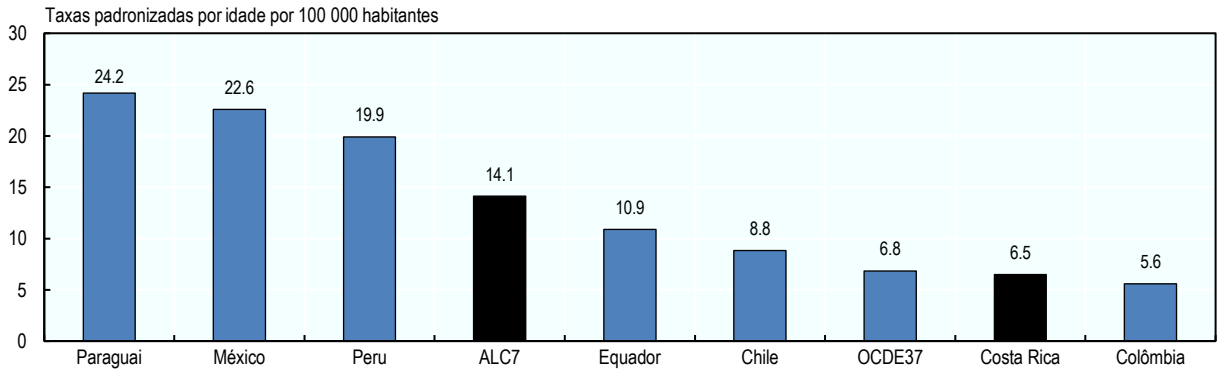
Labán-Seminario, L., R. Carrillo-Larco and A. Bernabé-Ortiz (2022), “Stroke-related length of hospitalization trends and in-hospital mortality in Peru”, *PeerJ*, Vol. 10, p. e14467, https://doi.org/10.7717/PEERJ.14467/SUPP-1. [2]

Lazo-Porras, M. et al. (2022), “Population-based stroke incidence estimates in Peru: Exploratory results from the CRONICAS cohort study: Population-based stroke incidence estimates in Peru”, *The Lancet Regional Health - Americas*, Vol. 5, p. 100083, https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100083. [3]

OECD (2025), *The State of Cardiovascular Health in the European Union*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en. [4]

OECD (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264233010-en. [1]

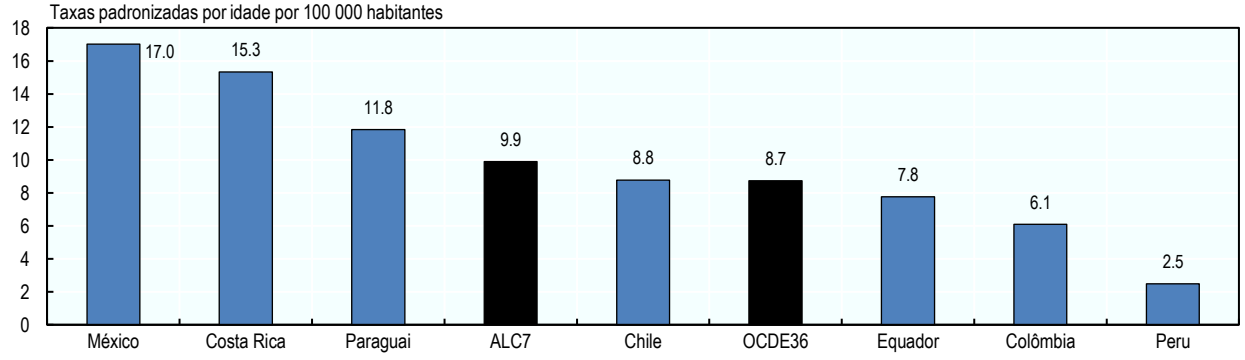
Gráfico 7.9. Taxas de mortalidade intra-hospitalar nos 30 dias após a internação por IAM, em pacientes com 45 anos ou mais, 2024 (ou ano mais recente)



Fonte: OECD Health Statistics 2025; Questionários da OECD para o Panorama de Saúde na região ALC 2026.

StatLink https://stat.link/xzyd1r

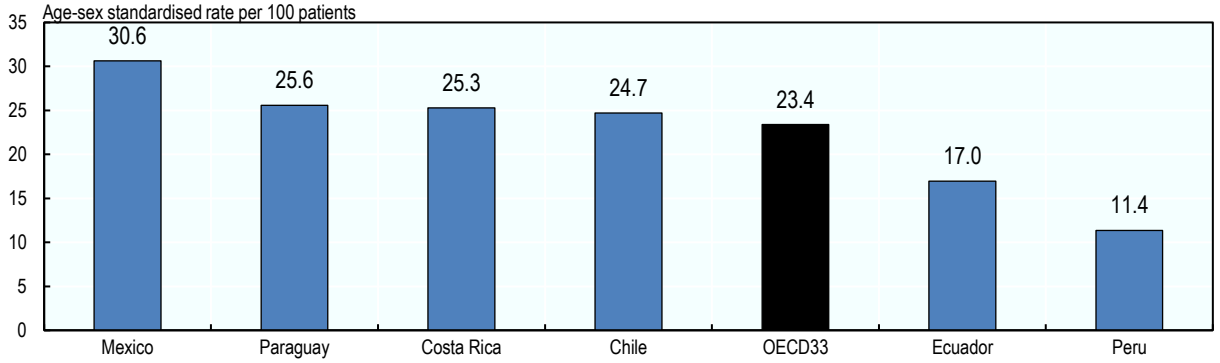
Gráfico 7.10. Taxas de mortalidade intra-hospitalar nos 30 dias após a internação por AVC isquêmico, em pacientes com 45 anos ou mais, 2024 (ou ano mais recente)



Fonte: OECD Health Statistics 2025; Questionários da OECD para o Panorama de Saúde na região ALC 2026.

StatLink https://stat.link/ry2a4w

Gráfico 7.11. Taxas de mortalidade intra-hospitalar nos 30 dias após a internação por AVC hemorrágico, em pacientes com 45 anos ou mais, 2024 (ou ano mais recente)



Fonte: OECD Health Statistics 2025; Questionários da OECD para o Panorama de Saúde na região ALC 2026.

StatLink https://stat.link/9wl8mn

Tratamento do câncer

Depois das doenças cardiovasculares, o tratamento do câncer é a segunda causa de morte na ALC (ver Capítulo 3). Em 2020, a região registrou cerca de 1,5 milhão de novos casos de câncer e 700 mil mortes por câncer por ano, tornando o tratamento do câncer um importante teste da capacidade do sistema de saúde de diagnosticar e fornecer um tratamento oportuno e eficaz. As diferenças na qualidade e na pontualidade do tratamento do câncer se traduzem em diferenças acentuadas na sobrevivência e na mortalidade por câncer tratável entre os países (Piñeros et al., 2022[1]).

A mortalidade tratável abrange as mortes que poderiam ser evitadas por meio de cuidados de saúde oportunos e eficazes. Vários tipos de câncer foram incluídos nessa definição, sendo os mais prevalentes o câncer colorretal, de mama e de colo do útero (OECD/Eurostat, 2022[2]). Gráfico 7.12 mostra uma grande variação entre os países na mortalidade por cânceres tratáveis. A média da ALC26 foi de 19,3 mortes por 100.000 habitantes em 2023, cerca de 30% acima da média da OCDE36, de 14,8. As taxas variaram de 8,3 em El Salvador a 30,6 na Jamaica e 31,4 na Dominica, uma diferença de quase 300%. Apenas seis países ficaram abaixo da média da OCDE, enquanto o México e a Colômbia estavam no mesmo nível da OCDE. Na última década, a média da ALC piorou em 1,2 mortes por 100.000 habitantes, enquanto a média da OCDE melhorou em 2,8. Foram observados grandes aumentos em Antígua e Barbuda (+5,6 mortes por 100.000 habitantes), São Cristóvão e Névis (+4,5), Belize (+3,7), Guiana (+3,6), Peru (+2,7) e Costa Rica (+2,6), enquanto as reduções mais acentuadas foram observadas na Guatemala (-2,9) e em El Salvador (-2,0).

O Gráfico 7.13 mostra o Índice de Sobrevivência ao Câncer Infantil para os seis tipos de câncer infantil de referência da OMS, considerados em conjunto. Nos 13 países da América Latina e Caribe participantes do CONCORD, a sobrevivência média em 5 anos foi de 75%, 15 pontos percentuais (p.p.) abaixo da média da OCDE27 de 90%. As estimativas variaram de 55% no Peru a 83% na Costa Rica e no Uruguai e 85% em Trinidad e Tobago, uma variação de 30 p.p. entre as estimativas mais baixas e mais altas. Onze dos 13 países da América Latina e do Caribe (ALC) mostrados já estavam acima da meta de 60% da Iniciativa Global da OMS para o Câncer Infantil, mas apenas Trinidad e Tobago se aproximou da média da OCDE.

Países com menor mortalidade por câncer tratável e maior sobrevivência ao câncer infantil têm maior probabilidade de apresentar vias mais robustas para diagnóstico precoce, encaminhamento e tratamento mais rápidos, melhor acesso a cuidados especializados e sistemas de informação que permitem o monitoramento e a comparação dos resultados. Os atrasos em qualquer etapa do processo, desde o primeiro contato com o sistema de saúde até o diagnóstico e o tratamento, podem agravar os resultados e aumentar os custos. Registros de câncer baseados na população são essenciais para avaliar a sobrevivência, revelar desigualdades e identificar onde as melhorias nas vias de tratamento são mais necessárias (OECD/European Commission, 2026[3]). O reforço dessas funções essenciais, juntamente com o investimento contínuo em força de trabalho em oncologia e capacidade de tratamento, é fundamental para reduzir as lacunas observadas em toda a região.

Definição e comparabilidade

O Índice de Sobrevivência ao Câncer é um indicador único que resume a sobrevivência líquida em 5 anos para os seis tipos de câncer infantil de referência da OMS, considerados em conjunto. A sobrevivência líquida mede a probabilidade de sobreviver cinco anos após o diagnóstico, corrigindo as mortes por outras causas, que variam entre países, ao longo do tempo e por idade e sexo. No CONCORD-4, o índice é calculado como uma média ponderada das estimativas de sobrevivência por idade, sexo e tipo de câncer, utilizando registros individuais de registros de câncer baseados na população. A comparabilidade é maior quando os registros abrangem toda a população nacional; quando os dados nacionais não estavam disponíveis, as estimativas podem se basear em registros regionais, e as estimativas menos confiáveis são sinalizadas no gráfico.

A mortalidade por câncer tratável refere-se às mortes por câncer que podem ser evitadas principalmente através de cuidados de saúde atempados e eficazes, incluindo prevenção secundária e tratamento após o início da doença. O indicador segue a lista de 2022 da OCDE/Eurostat de causas de morte tratáveis e se restringe a óbitos ocorridos entre os 0 e os 74 anos de idade. No caso do câncer, inclui câncer colorretal, câncer de mama (apenas em mulheres), câncer de útero, câncer testicular, câncer de tireoide, doença de Hodgkin, leucemia linfocítica e neoplasias benignas, além da parcela tratável do câncer de colo do útero, que é dividida igualmente entre as categorias prevenível e tratável.

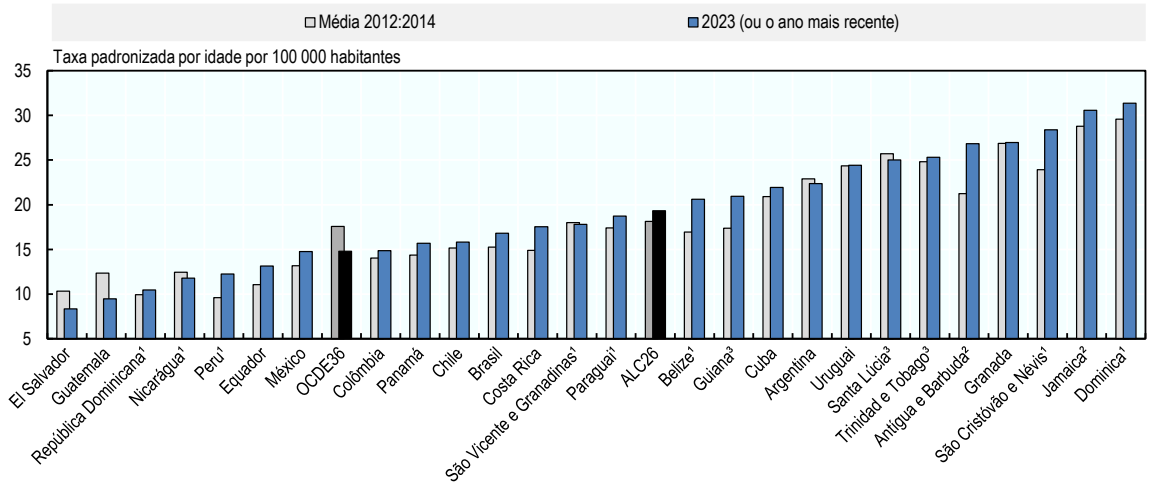
Referências

OECD/European Commission (2026), *Delivering High Value Cancer Care: European Cancer Inequalities Registry Analytical Report*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/060869fe-en. [3]

OECD/Eurostat (2022), *Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (January 2022 version)*, https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/data/datasets/oecd-health-statistics/avoidable-mortality-2019-joint-oecd-eurostat-list-preventable-treatable-causes-of-death.pdf. [2]

Piñeros, M. et al. (2022), "An updated profile of the cancer burden, patterns and trends in Latin America and the Caribbean", *The Lancet Regional Health - Americas*, Vol. 13, p. 100294, https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100294. [1]

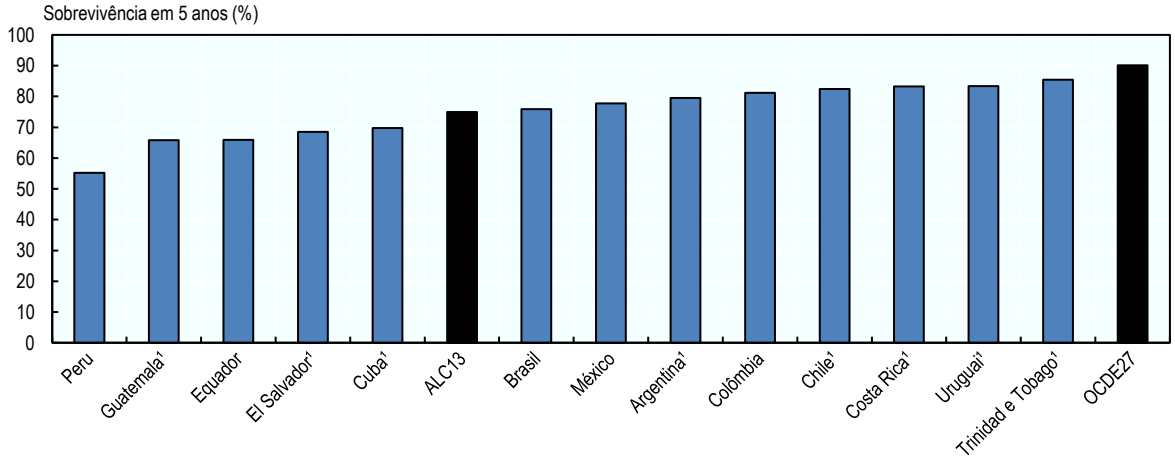
Gráfico 7.12. Mortalidade por cânceres tratáveis, 2023 e diferença em 10 anos



1. Dados de 2022. 2. Dados de 2021. 3. Dados de 2020. Os cânceres tratáveis são identificados com CID-10:
Fonte: banco de dados da OMS sobre a mortalidade (2026).

StatLink https://stat.link/mz5f1v

Gráfico 7.13. Índice de sobrevivência em cinco anos para os seis tipos de câncer infantil de referência da OMS combinados, diagnosticados entre 2015 e 2019



Observação: O Índice de Sobrevivência ao Câncer é um indicador único que resume a sobrevivência líquida em 5 anos para os tipos de câncer, considerados em conjunto. Ele é calculado como uma média ponderada das estimativas de sobrevivência por idade, sexo e tipo de câncer. A Iniciativa Global da OMS para o Câncer Infantil identifica estes seis tipos comuns de câncer: leucemia linfoblástica aguda, linfoma de Burkitt, linfoma de Hodgkin, retinoblastoma, tumor de Wilms e glioma de baixo grau. 1. Dados com 100% de cobertura da população nacional. As médias correspondem às médias não ponderadas dos índices de sobrevivência ao câncer (CSI) que as compõem.
Fonte: Allemani et al. (2026), "Progress towards the WHO Global Initiative for Childhood Cancer target of 60% 5-year survival for all childhood cancers combined, 1990-2019 (CONCORD-4)", https://doi.org/10.1016/S0140-6736(26)00189-3.

StatLink https://stat.link/wo7veb

Segurança do paciente e prescrição segura

A segurança do paciente é uma dimensão central da qualidade dos cuidados e uma prioridade política fundamental para os sistemas de saúde, tendo em conta o ônus dos danos preveníveis associados a cuidados inseguros e ao uso inadequado de medicamentos. Os danos relacionados a medicamentos, incluindo o uso inadequado de antimicrobianos, estão entre as fontes mais comuns e evitáveis de incidentes de segurança do paciente, contribuindo para eventos adversos relacionados a medicamentos e para a crescente ameaça da resistência antimicrobiana. Em resposta, a Organização Mundial de Saúde elaborou o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030 (Astier-Peña et al., 2021[1]), que apela por uma governança mais forte, sistemas de aprendizagem e práticas de medicação mais seguras em todos os países. Esta seção reúne dois indicadores complementares para avaliar o progresso nessa área: até que ponto os países estabeleceram as bases em nível de sistema para a segurança do paciente, em conformidade com o Plano de Ação, e os padrões de consumo de antimicrobianos, que fornecem insights sobre as práticas de prescrição e os riscos potenciais relacionados ao uso inseguro ou inadequado. Juntos, esses indicadores destacam tanto o compromisso político com a segurança do paciente quanto a forma como isso se traduz no comportamento cotidiano de prescrição, oferecendo um panorama mais abrangente da segurança do paciente e da prescrição segura na região.

O Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030 estabelece uma estrutura abrangente para fortalecer a segurança do paciente por meio de governança, sistemas de aprendizagem, treinamento da força de trabalho e envolvimento do paciente. Em toda a América Latina e no Caribe, o progresso no cumprimento desses critérios continua desigual. Nenhum país da América Latina e do Caribe atende plenamente a todos os requisitos avaliados (Gráfico 7.14), enquanto seis países atendem à maioria dos critérios e podem ser considerados como tendo sistemas de segurança do paciente amplamente alinhados. O Uruguai se destaca com o mais alto nível de alinhamento, atendendo a 10 dos critérios avaliados, seguido por Cuba e Equador (oito critérios cada). Um segundo grupo de países – incluindo Colômbia e Costa Rica (sete critérios cada), bem como República Dominicana e Peru (seis critérios) – atende a vários elementos essenciais, mas ainda apresenta lacunas, particularmente no estabelecimento de metas nacionais e na apresentação de relatórios públicos. A maioria dos países atende parcialmente aos critérios do Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente, normalmente possuindo políticas fundamentais em vigor – como sistemas de notificação de eventos graves e completamente evitáveis ou participação em iniciativas internacionais de segurança –, mas carecendo de planos de ação nacionais abrangentes, publicação regular do desempenho em segurança do paciente ou metas explícitas para reduzir danos relacionados a medicamentos. Na extremidade inferior da distribuição, Guiana, Haiti e Paraguai atendem a poucos critérios, indicando infraestrutura limitada de segurança do paciente em nível de sistema.

O consumo médio de antimicrobianos na América Latina e no Caribe varia amplamente entre os países e os grupos terapêuticos. Durante o período de 2019 a 2022, o consumo total variou de 23,9 doses diárias definidas por 1.000 habitantes por dia (DDD) na Argentina e 22,0 DDD na Colômbia, até menos de 6 DDD no Chile (5,4 DDD) e em Trinidad e Tobago (5,9 DDD), e 2,9 DDD em São Cristóvão e Névis (Gráfico 7.15). Em todos os países, o consumo é dominado pelos beta-lactâmicos, penicilinas (J01C), que representam a maior parcela do uso, atingindo 11,8 DDD na Argentina e 7,7 DDD na Colômbia, seguidos pelos macrolídeos (J01F) e quinolonas (J01M) – duas classes comumente associadas à prescrição inadequada quando utilizadas fora das indicações recomendadas pelas diretrizes. Os países com maior consumo também tendem a apresentar um uso mais amplo em várias classes de antimicrobianos, enquanto os países com menor consumo exibem padrões de prescrição mais concentrados. A Colômbia, por exemplo, está avançando na formulação de um documento de política no âmbito do Conselho Nacional de Política Econômica e Social (CONPES) para reduzir o impacto da resistência aos antimicrobianos, abrangendo tanto o uso humano quanto o veterinário. Essas grandes diferenças entre os países provavelmente refletem uma combinação de variações no ônus de doenças, acesso a medicamentos, práticas de prescrição e supervisão regulatória, e ressaltam a importância de fortalecer a gestão de antimicrobianos e as políticas de prescrição segura para reduzir a exposição desnecessária e atenuar os riscos de resistência antimicrobiana e danos relacionados à medicação.

Definição e comparabilidade

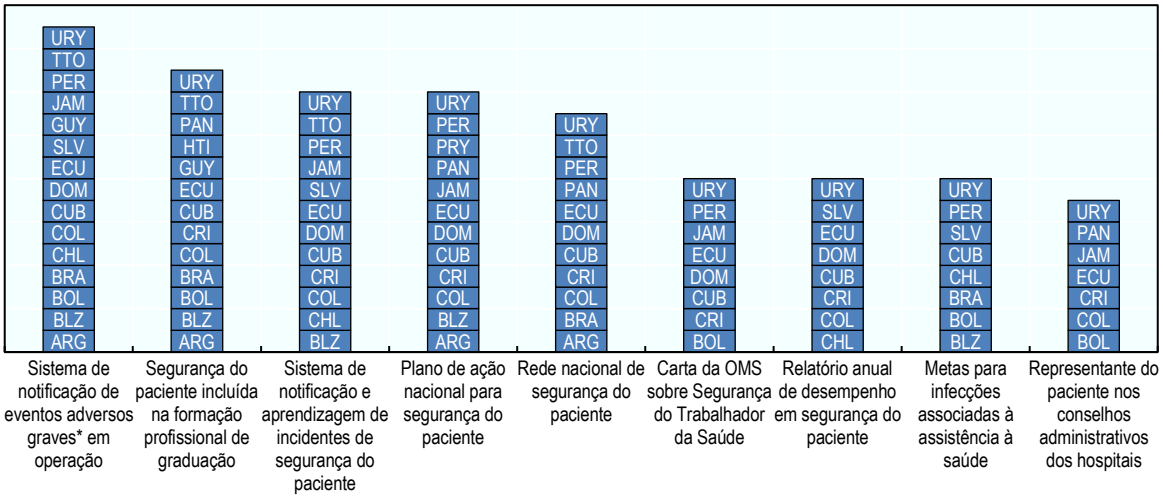
Este indicador "Países que atenderam ou atenderam parcialmente aos critérios do Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030" baseia-se nas respostas oficiais dos países à Pesquisa de Indicadores Essenciais do Plano de Ação para a Segurança do Paciente, realizada pela Organização Mundial da Saúde para avaliar a implementação do Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030. Dezenove países da América Latina e do Caribe participaram da pesquisa. Os países são classificados como tendo cumprido ou cumprido parcialmente os critérios, dependendo do número de elementos implementados. A pesquisa é baseada em autoavaliação.

O consumo de antimicrobianos é medido como doses diárias definidas por 1.000 habitantes por dia (DDD), calculadas como média do período 2019-2022, e classificado de acordo com o sistema Anatômico-Terapêutico-Químico (ATC). Os dados baseiam-se em registros nacionais de vendas ou reembolsos e refletem o uso de antimicrobianos em pacientes ambulatoriais. Os níveis de consumo são apresentados por grandes grupos terapêuticos. A DDD não reflete a adequação das prescrições individuais, a duração do tratamento ou a adesão às diretrizes clínicas.

Referências

Astier-Peña, M. et al. (2021), “El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura”, *Atención Primaria*, Vol. 53, p. 102224, https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102224. [1]

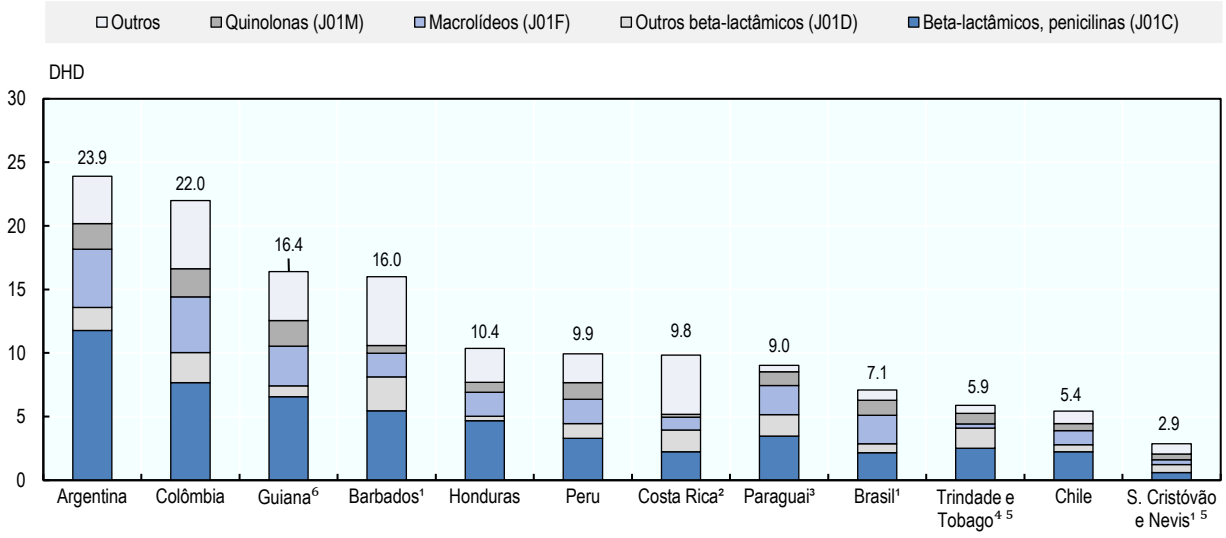
Gráfico 7.14. Países que atenderam de forma total ou parcial aos critérios do Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030



Observação: *eventos sentinela. PS: Patient Safet (Segurança do Paciente).
Fonte: OMS (2023), respostas à Pesquisa de Indicadores Essenciais do Plano de Ação para a Segurança do Paciente.

StatLink https://stat.link/7het1y

Gráfico 7.15. Consumo médio anual por país, expresso em DDD, de acordo com o grupo terapêutico, durante o período de 2019 a 2022



Observação: Abreviações: DDD: dose diária definida (DDD) por 1.000 habitantes por dia. Para São Cristóvão e Névis, os dados foram apresentados separadamente para cada ilha. O gráfico mostra uma média ponderada, embora as estimativas de São Cristóvão sejam de 2021 e as de Névis, de 2022. Para Trinidad e Tobago, são apresentados apenas os dados coletados pela Autoridade Regional de Saúde do Leste. 1. Os dados correspondem ao único ano avaliado até o momento. 2. Há uma possível subestimação do consumo médio anual para a Costa Rica durante o ano de 2022 e, portanto, no consumo médio ao longo de todo o período, visto que os sistemas de informática do CCSS foram afetados por um ataque cibernético naquele ano. 3. Os dados correspondem ao consumo médio total (hospitalar + comunitário) do setor público, para o período de dois anos, 2020-2021. 4. Os dados correspondem ao consumo total (hospitalar + comunitário).5. O consumo médio inclui dados de três anos, o período de 2019 a 2021. (6) Região 2 - Pomeroon-Supenaam.
Fonte: Marin et al. (2025), "Implementing national antimicrobial consumption in Latin America and the Caribbean: opportunities and lessons learned" https://doi.org/10.1017/s0950268824001237.

StatLink https://stat.link/8nqpd3

8 Força de trabalho em saúde

Médicos

Uma força de trabalho médica adequada e bem distribuída é um pré-requisito para cuidados acessíveis e de alta qualidade, especialmente à medida que o envelhecimento da população e a multimorbidade aumentam a demanda por uma gestão longitudinal nos cuidados primários. Reavaliações globais recentes também destacam que a escassez persistente e a má distribuição da força de trabalho em saúde continuam sendo um obstáculo significativo ao progresso rumo à cobertura universal de saúde em muitos contextos (Boniol et al., 2022[1]). Evidências do *Programa Mais Médicos* do Brasil mostram que as políticas de implantação podem expandir rapidamente a oferta de médicos em áreas carentes, mas também que a provisão de curto prazo por si só não pode substituir o planejamento estrutural da força de trabalho. Análises nacionais sugerem que a sustentabilidade depende do alinhamento com a capacidade de formação, os marcos regulatórios e as políticas de retenção; embora os ganhos em saúde tenham sido maiores onde a densidade inicial de médicos era menor, as evidências gerais destacam a necessidade de combinar iniciativas de mobilização com um fortalecimento mais amplo do sistema de cuidados primários (Hone et al., 2020[2]; Pinto Junior, Amorim and Aquino, 2020[3]).

A densidade de médicos varia significativamente na América Latina e no Caribe, variando de cerca de 9,5 médicos por 1.000 habitantes em Cuba a 0,3 no Haiti, uma diferença de mais de 30 vezes (Gráfico 8.1). Em média, a ALC33 tem 2,4 médicos por 1.000 habitantes, em comparação com 3,6 na OCDE. Vários países estão na média da OCDE ou acima dela (por exemplo, Argentina 5,1; Uruguai 4,7), enquanto vários outros países registram menos de 1 médico por 1.000 habitantes (por exemplo, Honduras 0,5; Jamaica 0,5; Nicarágua 0,7). Embora parte da variação entre os países reflita diferenças na capacidade de formação e retenção, ela também reflete diferenças de definição quanto ao fato de os dados abrangerem médicos em atividade ou todos os médicos licenciados.

As mulheres representam cerca de metade dos médicos nos países com dados disponíveis, com uma média de 50,9% na ALC18, em comparação com 49,5% na OCDE (Gráfico 8.2). A proporção é mais alta na República Dominicana (72,0%) e no Peru (64,6%), enquanto o México registra uma proporção menor (43,9%). Uma força de trabalho médica mais equilibrada em termos de gênero tem implicações para os percursos de formação e as condições de emprego, uma vez que a escolha de especialidade e os padrões de jornada de trabalho podem diferir, em média, por gênero, afetando a oferta de equivalentes em tempo integral. No entanto, uma maior proporção de mulheres na força de trabalho não garante, por si só, equidade na progressão na carreira, acesso à liderança ou remuneração. Evidências do setor mais amplo de saúde e cuidados mostram persistentes disparidades salariais de gênero e segregação ocupacional, ressaltando a importância de combinar o planejamento da força de trabalho no nível dos serviços com políticas que promovam remuneração justa e desenvolvimento de carreira equitativo (OMS, 2022[4]).

O perfil etário dos médicos sugere pressões de reposição heterogêneas. Em 14 países da ALC, 25,1% dos médicos têm, em média, 55 anos ou mais, abaixo da média da OCDE de 32,1% (Gráfico 8.3). A Guatemala se destaca com 46,8% dos médicos com 55 anos ou mais, seguida pela República Dominicana com 36,3%, enquanto o Paraguai registra 10,9%. Os países com uma força de trabalho médica mais envelhecida podem enfrentar um risco de aposentadorias no curto prazo, a menos que o fluxo de novos profissionais, as políticas de retenção e as melhorias de produtividade sejam reforçados.

Esses indicadores apontam para três desafios simultâneos de planejamento: (i) eliminar grandes disparidades entre os países na densidade de médicos, (ii) adaptar as políticas de formação e de ambiente de trabalho a uma força de trabalho quase paritária (ou com maioria feminina) e (iii) antecipar aposentadorias onde a população de médicos é mais idosa – ao mesmo tempo em que se protege a retenção e a produtividade. Evidências de pesquisas recentes com médicos mostram como as intenções de aposentadoria podem mudar rapidamente com a carga de trabalho e as condições de trabalho, reforçando a importância de estratégias proativas de retenção e de ambiente de trabalho, juntamente com medidas de formação contínua. (Walsh et al., 2024[5]).

Definição e comparabilidade

O número de médicos por 1.000 habitantes se refere ao número total de médicos. Dependendo do país, isso pode incluir médicos em exercício, médicos profissionalmente ativos ou todos os médicos licenciados/registrados. Alguns países incluem estagiários e residentes, enquanto outros relatam apenas médicos totalmente licenciados. Os dados são tipicamente contagens de pessoal e não captam o trabalho em tempo parcial (equivalentes em tempo integral). Os indicadores sobre a proporção de mulheres e a proporção de médicos com 55 anos ou mais são calculados com base no mesmo número de médicos; portanto, as diferenças na definição subjacente transitam para estes indicadores.

Referências

Boniol, M. et al. (2022), "The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage?", *BMJ Global Health*, Vol. 7/6, p. e009316, https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009316. [1]

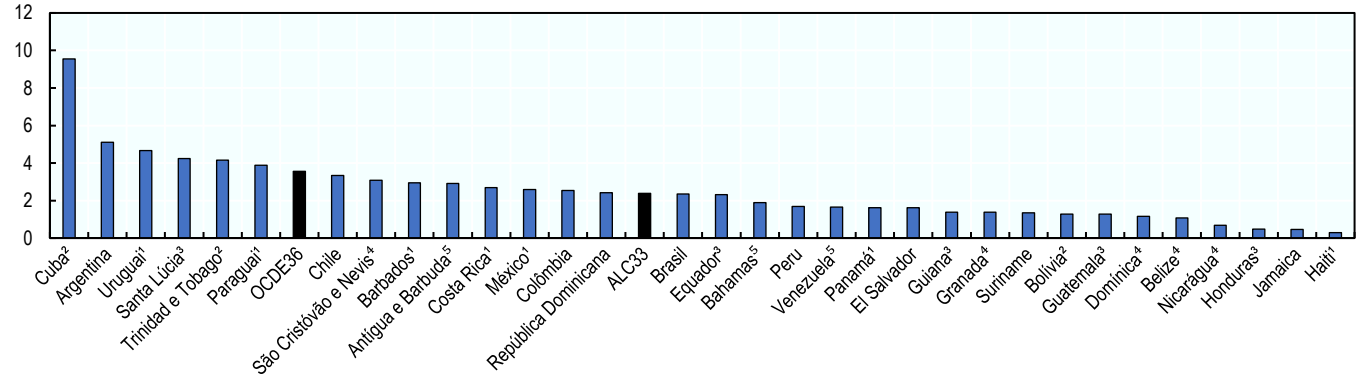
Hone, T. et al. (2020), "Impact of the Programa Mais médicos (more doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities", *BMC Health Services Research*, Vol. 20/1, https://doi.org/10.1186/s12913-020-05716-2. [2]

OMS (2022), *The gender pay gap in the health and care sector: a global analysis in the time of COVID-19*, World Health Organization. [4]

Pinto Junior, E., L. Amorim and R. Aquino (2020), "Programa Mais Médicos: contexto de implantação e efeito no provimento de médicos na atenção primária à saúde no Brasil, 2008 a 2016", *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 44, pp. 1-9, https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.23. [3]

Walsh, R. et al. (2024), "Factors associated with plans for early retirement among Ontario family physicians during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study", *BMC Primary Care*, Vol. 25/1, https://doi.org/10.1186/s12875-024-02374-9. [5]

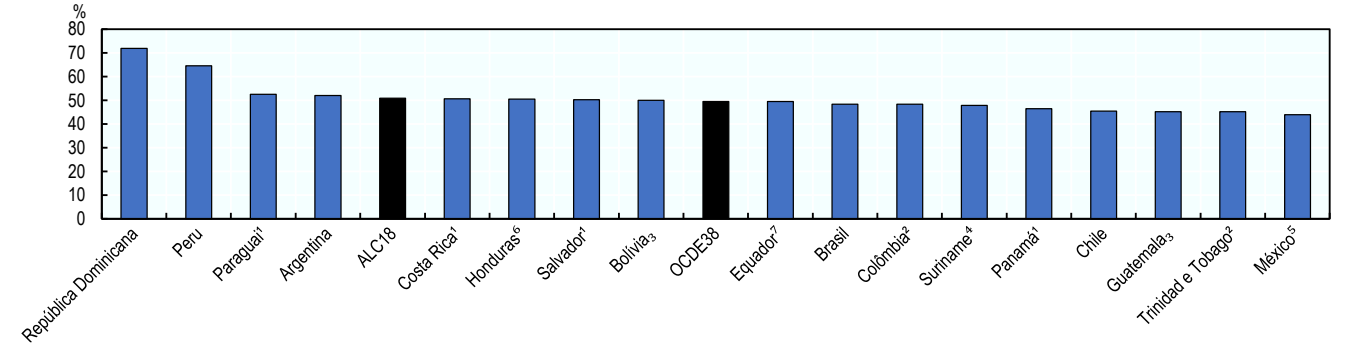
Gráfico 8.1. Médicos por 1.000 habitantes, 2023 ou último ano disponível



1. Dados de 2022. 2. Dados de 2021. 3. Dados de 2020. 4. Dados de 2018. 5. Dados de 2017.
Fontes: WHO Global Health Observatory 2025; OECD Health Statistics 2026 para média da OCDE.

StatLink https://stat.link/z84hg6

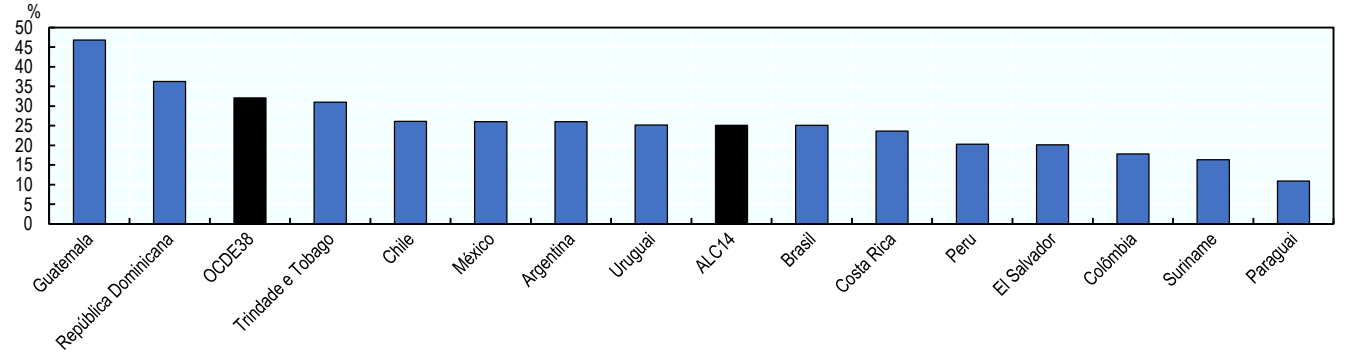
Gráfico 8.2. Proporção de médicas, 2023 ou último ano disponível



1. Dados de 2022. 2. Dados de 2021. 3. Dados de 2020. 4. Dados de 2019. 5. Dados de 2017. 6. Dados de 2016. 7. Dados de 2015.
Fontes: WHO Global Health Observatory 2025; OECD Health Statistics 2026 para média da OCDE.

StatLink https://stat.link/823vo5

Gráfico 8.3. Proporção de médicos com 55 anos ou mais, último ano disponível



Fonte: OPAS (2025), *The health workforce in the Americas: Regional data and indicators*, https://doi.org/10.37774/9789275129708; OECD Health Statistics 2026 para média da OCDE.

StatLink https://stat.link/am7u3q

Enfermeiros e parteiras

Enfermeiros e parteiras são fundamentais para a prestação de serviços seguros e eficazes ao longo de todo o continuum de cuidado – desde a assistência hospitalar até a prevenção baseada na comunidade, a gestão de doenças crônicas e a saúde materna e neonatal. Evidências de avaliações de reformas nas políticas de dimensionamento de pessoal de enfermagem mostram que a melhoria do quadro de enfermeiros registrados está associada à redução da mortalidade e das reinternações de pacientes, ressaltando que a disponibilidade de profissionais de saúde é tanto um fator de capacidade quanto de qualidade/segurança (Dall'Ora et al., 2022[1]; McHugh et al., 2021[2]).

Em toda a ALC33, a densidade de enfermeiros e parteiras é, em média, de 3,9 por 1.000 habitantes, bem abaixo da média da OCDE de 10,3 (Gráfico 8.4). Os valores variam de cerca de 9,7 em Antígua e Barbuda e 9,4 no Paraguai a 0,7 no Haiti e 0,7 em Honduras. Vários grandes países apresentam valores em torno de 2 a 3 enfermeiros e parteiras por 1.000 habitantes (por exemplo, México 3,0; Costa Rica 3,1; Panamá 3,3), indicando restrições à ampliação dos cuidados primários em equipe e à garantia de pessoal hospitalar seguro. Assim como no caso dos médicos, a comparabilidade entre países é influenciada pelo fato de os países reportarem o pessoal em atividade ou todos os enfermeiros e parteiras registrados/licenciados (ver caixa Definição e comparabilidade).

A densidade média de parteiras é de 4,3 por 10.000 habitantes na região da ALC19, valor bastante semelhante à média da OCDE, de 4,2, mas com grande dispersão (Gráfico 8.5). Antígua e Barbuda apresenta um valor muito elevado (29,5 por 10.000), o que pode refletir diferenças na forma como enfermeiros-parteiras são classificados e efeitos relacionados ao tamanho reduzido da população; Chile (8,2) e Paraguai (7,8) também estão acima da média regional. Vários países relatam densidades muito baixas (≤0,3 por 10.000 no Brasil, em Trinidad e Tobago e em El Salvador), e o México apresenta um valor próximo de zero. Essas diferenças devem ser interpretadas com cautela, pois a profissão de parteira não é reconhecida como uma profissão distinta em alguns países, e essas funções podem ser desempenhadas por outros profissionais. Quando implementado, a continuidade dos cuidados com parteiras está associada a menores taxas de natalidade cesariana e instrumental e mais nascimentos vaginais espontâneos.

A composição da força de trabalho na ALC, representada aqui pelo número de enfermeiros e parteiras por médico, é comparativamente mais voltada para os médicos em muitos sistemas de saúde da ALC, como mostra o Gráfico 8.6, mapeando a densidade de enfermeiros e parteiras contra a dos médicos. O gráfico também destaca a escassez geral de força de trabalho em vários países. A média da ALC33 é de 1,6 enfermeiros por médico, muito abaixo da média da OCDE de 2,9. Vários países do Caribe excedem a média da OCDE (por exemplo, Dominica 5,8, São Vicente e Granadinas 5,1 e Jamaica 3,5), enquanto as proporções são notavelmente baixas na Colômbia (0,6), em Cuba (0,8) e na República Dominicana (0,8). As taxas persistentemente baixas de enfermeiros por médico indicam, tipicamente, capacidade limitada para prevenção, acompanhamento e coordenação de cuidados em modelos de atendimento baseados em equipes. A disponibilidade comparativamente limitada de dados para países como a Colômbia reflete a fragmentação das fontes de informação sobre recursos humanos em saúde e os problemas inerentes de comparabilidade.

Esses indicadores apontam para uma agenda dupla: (i) expandir e reter enfermeiros e parteiras onde as densidades permanecem muito baixas, e (ii) melhorar a combinação de habilidades e a alocação de pessoal, para que os profissionais possam exercer suas funções no máximo de suas competências – particularmente em equipes de cuidados primários e serviços maternos. Ao mesmo tempo, as variações entre países nas proporções de enfermeiros para médicos devem ser interpretadas com cautela, uma vez que os relatórios nacionais nem sempre distinguem de forma consistente entre profissionais de enfermagem, profissionais de enfermagem associados e enfermeiros não definidos mais detalhadamente. O último relatório da OMS sobre enfermagem sugere que essas questões de classificação continuam sendo relevantes para a comparação internacional, embora muitas observações possam ser reclassificadas ex post (OMS, 2025[3]). Sínteses de evidências indicam que a delegação ou substituição de algumas atividades dos médicos de cuidados primários por enfermeiros pode manter resultados relevantes para os pacientes em múltiplas tarefas e contextos, apoiando reformas na composição de habilidades como uma resposta prática às restrições da força de trabalho. (Paier-Abuzahra et al., 2024[4]).

Definição e comparabilidade

A OMS registra a densidade de pessoal de enfermagem e obstetrícia por população. Essa categoria pode incluir funções profissionais e auxiliares de enfermagem/obstetrícia, enquanto parteiras tradicionais são excluídas. A comparabilidade entre países é limitada pelo fato de os países reportarem profissionais em atividade, profissionalmente ativos ou todos os profissionais licenciados para exercer a profissão. Os dados de alguns países incluem apenas enfermeiros e parteiras que trabalham no setor público. A OPAS prioriza o relato de profissionais em atividade, mas, quando esses dados não estão disponíveis, utiliza enfermeiros e parteiras profissionalmente ativos ou todos os licenciados para exercer a profissão. A comparabilidade é afetada pelo fato de que a profissão de parteira não é uma ocupação distinta em alguns países, com funções de obstetrícia sendo desempenhadas por enfermeiras com formação em obstetrícia ou por parteiras sem formação formal, que não são capturadas no sistema de notificação da NHWA. A proporção enfermeiros por médico combina dois indicadores e, portanto, agrava as diferenças de definição e de relatório.

Referências

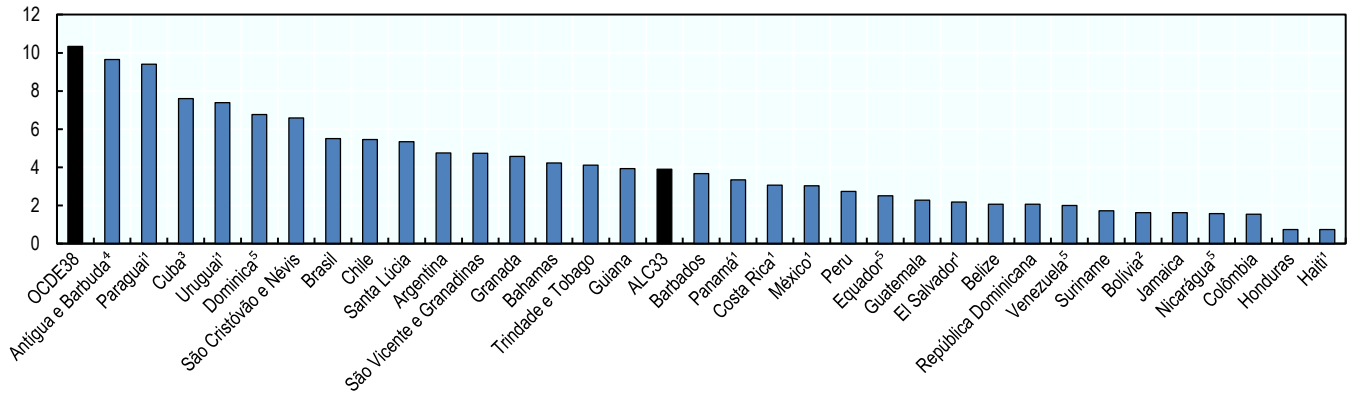
Dall'Ora, C. et al. (2022), "Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies", *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 134, p. 104311, https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104311. [1]

McHugh, M. et al. (2021), "Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals", *The Lancet*, Vol. 397/10288, pp. 1905-1913, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00768-6. [2]

OMS (2025), *State of the world's nursing 2025: Investing in education, jobs, leadership and service delivery*, World Health Organization. [3]

Paier-Abuzahra, M. et al. (2024), "Effects of task-shifting from primary care physicians to nurses: an overview of systematic reviews", *Human Resources for Health*, Vol. 22/1, https://doi.org/10.1186/s12960-024-00956-3. [4]

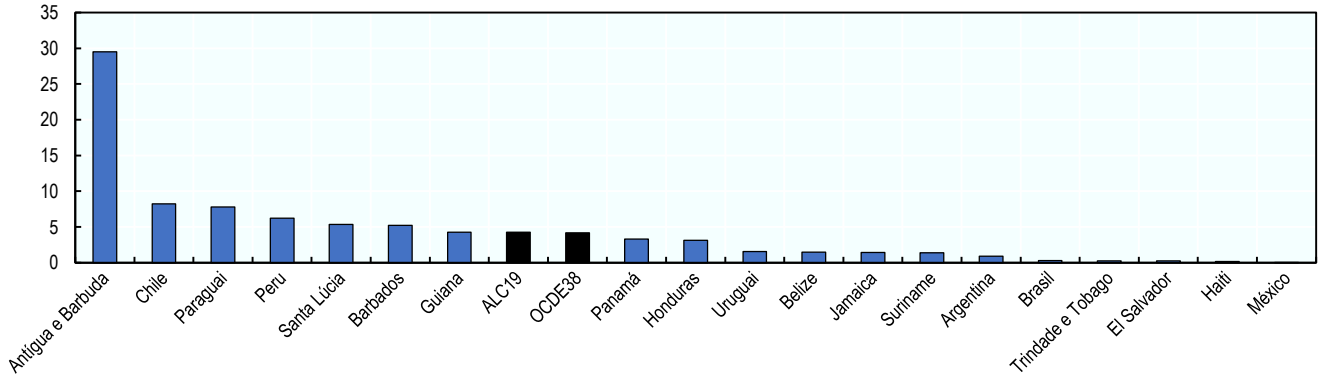
Gráfico 8.4. Enfermeiros e parteiras por 1.000 habitantes, último ano disponível



1. Dados de 2022. 2. Dados de 2021. 3. Dados de 2020. 4. Dados de 2019. 5. Dados de 2018.
Fontes: WHO Global Health Observatory 2025; OECD Health Statistics 2026 para média da OCDE.

StatLink https://stat.link/mijvtk

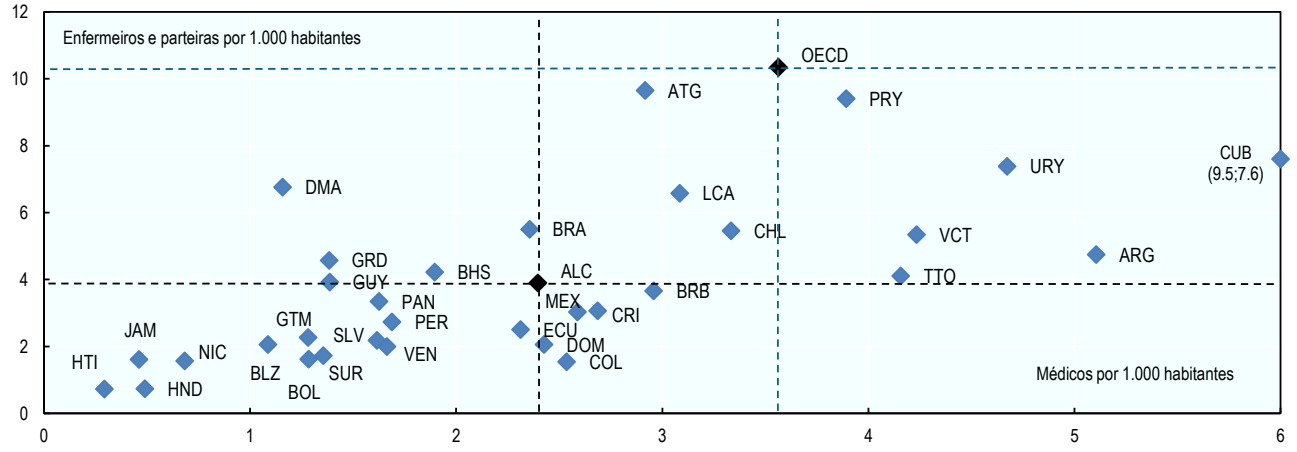
Gráfico 8.5. Parteiras por 10.000 habitantes



Fonte: OPAS (2025), *The health workforce in the Americas: Regional data and indicators*, https://doi.org/10.37774/9789275129708. OECD Health Statistics 2026 para média da OCDE.

StatLink https://stat.link/eixnro

Gráfico 8.6. Relação entre enfermeiros (incluindo parteiras) e médicos, último ano disponível



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025; OECD Health Statistics 2026 para a média da OCDE; Ministérios da Saúde para o número de médicos na Argentina, Peru, Brasil e México.

StatLink https://stat.link/n5o2ux

Dentistas, farmacêuticos e fisioterapeutas

Dentistas, farmacêuticos e fisioterapeutas complementam as equipes de cuidados primários e são essenciais para vias integradas. As doenças orais continuam altamente prevalentes e com padrões sociais, exigindo maior prevenção e acesso aos cuidados (Peres et al., 2019[1]). Paralelamente, as necessidades de reabilitação são generalizadas e crescentes, com uma estimativa de que uma em cada três pessoas no mundo se beneficia de reabilitação em algum momento (Cieza et al., 2020[2]). Nesse contexto epidemiológico, os indicadores da OPAS baseados na NHWA apontam para grandes variações entre os países e importantes lacunas de dados para essas profissões na Região das Américas (PAHO, 2025[3]).

A disponibilidade de dentistas é altamente desigual. Em toda a ALC32, há, em média, 4,0 dentistas por 10.000 habitantes, em comparação com 7,3 na OCDE (Gráfico 8.7). Cuba (16,7) e Chile (14,8) registram as densidades mais elevadas, enquanto Haiti (0,2), Honduras (0,3) e Nicarágua (0,4) registram menos de 0,5 dentistas por 10.000 habitantes. Essas disparidades provavelmente se traduzirão em diferenças no acesso oportuno a serviços preventivos e restauradores, especialmente para grupos de baixa renda, a menos que a saúde bucal seja melhor integrada à atenção primária à saúde e à cobertura pública.

As densidades de farmacêuticos também variam amplamente, refletindo diferentes papéis na prestação de serviços e na regulamentação. A Costa Rica registra 11,6 farmacêuticos por 10.000 habitantes, acima da média da OCDE de 8,7, enquanto a média da ALC21 é de 3,6 (Gráfico 8.8). Vários países registram menos de 2 farmacêuticos por 10.000 habitantes (por exemplo, Guatemala 1,2, República Dominicana 1,5 e Peru 1,5), e o Haiti registra 0,3. A disponibilidade limitada de farmacêuticos pode restringir o uso seguro de medicamentos, o apoio à adesão terapêutica e a continuidade do atendimento a pessoas que vivem com doenças crônicas.

A densidade de fisioterapeutas é significativamente menor na ALC do que na OCDE. A média da ALC16 é de 3,7 fisioterapeutas por 10.000 habitantes, em comparação com 12,1 na OCDE (Gráfico 8.9). O Chile apresenta uma alta densidade (18,5), enquanto vários países relatam menos de 1 fisioterapeuta por 10.000 habitantes (por exemplo, Panamá 1,0; Suriname 0,9; Jamaica 0,7) e alguns relatam disponibilidade quase nula. A baixa capacidade de reabilitação pode contribuir para necessidades não atendidas e resultados funcionais mais precários após lesões, doenças crônicas e incapacidades relacionadas ao envelhecimento.

Os indicadores sugerem uma "tripla lacuna": grandes desigualdades na capacidade dos serviços de saúde bucal, disponibilidade limitada de profissionais farmacêuticos em muitos países e capacidade de reabilitação restrita. As respostas políticas incluem o fortalecimento dos canais de formação, a expansão dos cuidados primários em equipe com âmbitos de atuação adequados e a melhoria da distribuição de profissionais em áreas carentes. Dada a alta incidência de doenças bucais evitáveis e as crescentes necessidades de reabilitação, ampliar essas forças de trabalho é cada vez mais relevante para o desempenho do sistema de saúde. A base de evidências apoia essa direção: os cuidados de hipertensão prestados por farmacêuticos foram sintetizados em revisões sistemáticas recentes, mostrando melhorias nos resultados de pressão arterial, e revisões mais amplas destacam o papel crescente dos farmacêuticos comunitários na prevenção e gestão do risco cardiovascular, o que é altamente relevante para a agenda de DNTs da ALC (Motlohi et al., 2023[4]).

Definição e comparabilidade

Os indicadores relativos a dentistas, farmacêuticos e fisioterapeutas por 10.000 habitantes foram extraídos da publicação da OPAS intitulada "*A força de trabalho em saúde nas Américas: dados e indicadores regionais (2025)*" (PAHO, 2025[3]), com base nos relatórios dos Estados-Membros para as Contas Nacionais da Força de Trabalho em Saúde (NHWA), extraídos no final de 2023 e abrangendo o período de 2017 a 2021 (os dados mais recentes disponíveis por país).

A OPAS classifica dentistas e farmacêuticos como ocupações prioritárias e fisioterapeutas como uma ocupação de interesse. Uma questão fundamental de comparabilidade é a distinção feita pela NHWA entre profissionais em atividade, profissionalmente ativos e licenciados para exercer: a OPAS prioriza os números de profissionais em atividade, seguidos pelos profissionalmente ativos e, em seguida, pelos licenciados para exercer, embora os registros de licenciados possam incluir indivíduos que não prestam serviços atualmente (por exemplo, inativos, aposentados ou emigrados). Cada indicador é calculado como o número de profissionais na ocupação dividido pela população, multiplicado por 10.000. A comparabilidade entre países é ainda afetada por diferenças nos limites ocupacionais (por exemplo, tratamento de higienistas dentários, técnicos de farmácia, assistentes de fisioterapia), variação na cobertura dos setores público/privado e metadados ou conceitos de contagem inconsistentes ao longo dos anos, com a OPAS observando heterogeneidade substancial nas fontes de dados e práticas de relatório.

Referências

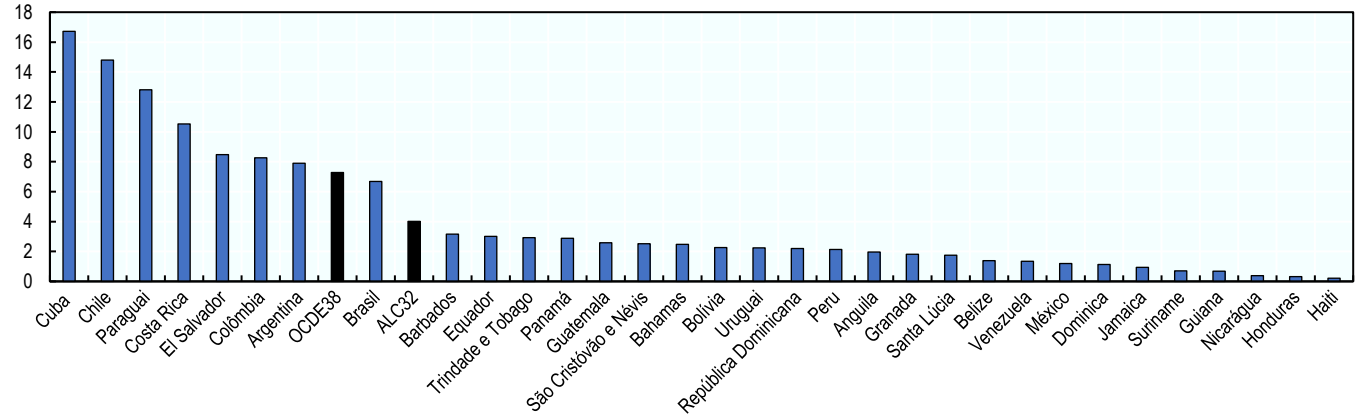
Cieza, A. et al. (2020), "Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019", *The Lancet*, Vol. 396/10267, pp. 2006-2017, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32340-0. [2]

Motlohi, N. et al. (2023), "A systematic review of the role of community pharmacists in the prevention and control of cardiovascular diseases: the perceptions of patients", *Systematic Reviews*, Vol. 12/1, https://doi.org/10.1186/s13643-023-02338-7. [4]

PAHO (2025), *The health workforce in the Americas: Regional data and indicators*, Pan American Health Organization, https://doi.org/10.37774/9789275129708. [3]

Peres, M. et al. (2019), "Oral diseases: a global public health challenge", *The Lancet*, Vol. 394/10194, pp. 249-260, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31146-8. [1]

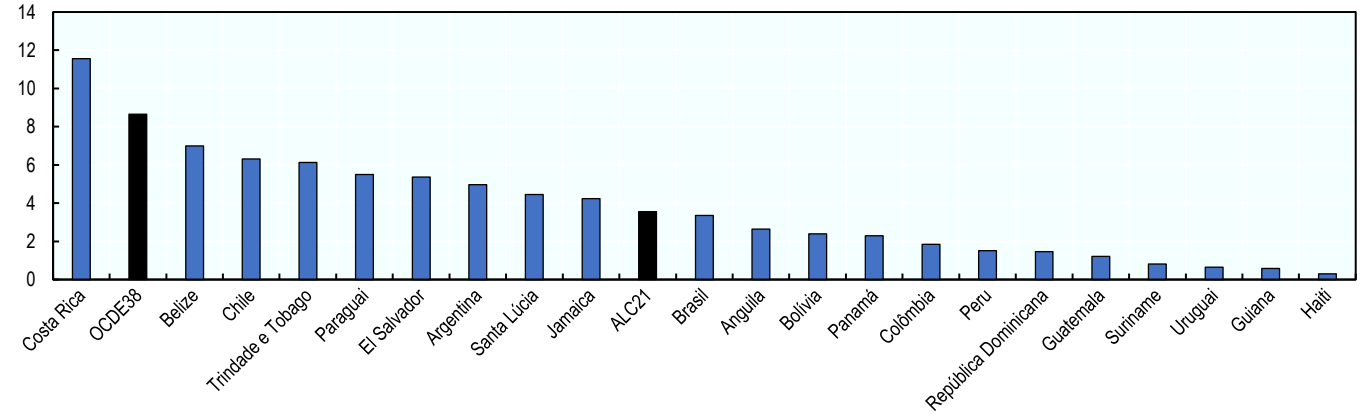
Gráfico 8.7. Dentistas por 10.000 habitantes, último ano disponível



Fonte: OPAS (2025), *The health workforce in the Americas: Regional data and indicators*, https://doi.org/10.37774/9789275129708. OECD Health Statistics 2026 para média da OCDE.

StatLink https://stat.link/ixlbc1

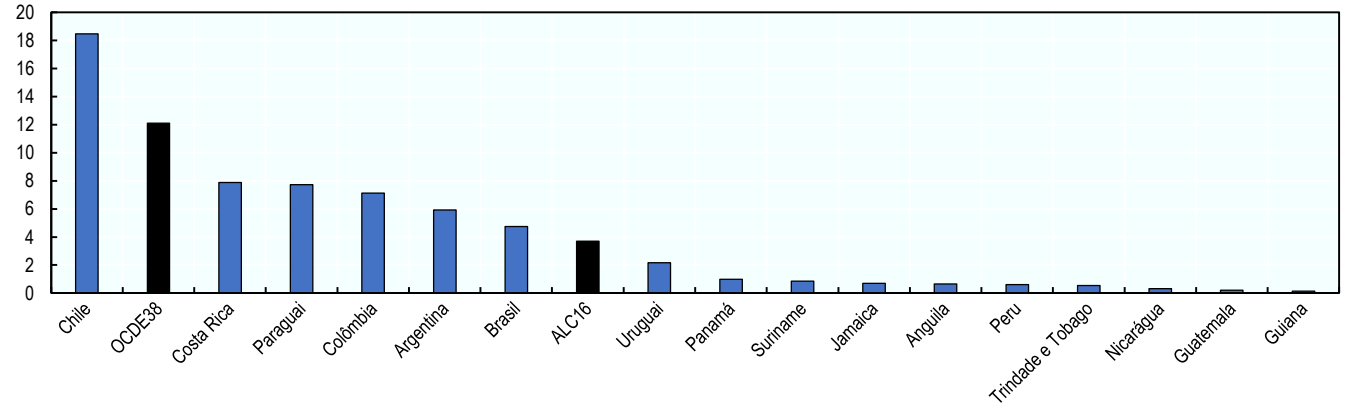
Gráfico 8.8. Farmacêuticos por 10.000 habitantes, último ano disponível



Fonte: OPAS (2025), *The health workforce in the Americas: Regional data and indicators*, https://doi.org/10.37774/9789275129708. OECD Health Statistics 2026 para média da OCDE.

StatLink https://stat.link/giydxa

Gráfico 8.9. Fisioterapeutas por 10.000 habitantes, último ano disponível



Fonte: OPAS (2025), *The health workforce in the Americas: Regional data and indicators*, https://doi.org/10.37774/9789275129708. OECD Health Statistics 2026 para média da OCDE.

StatLink https://stat.link/zbhy4l

Agentes comunitários de saúde e saúde ambiental e ocupacional

O reforço dos cuidados de saúde primários na ALC requer tanto a prestação de serviços centrada nas pessoas quanto funções sólidas de saúde pública. Os agentes comunitários de saúde (ACS) levam serviços de prevenção, acompanhamento e orientação a comunidades carentes, enquanto os profissionais de saúde ambiental e ocupacional apoiam as funções regulatórias e de vigilância (por exemplo, controle de riscos no local de trabalho, saneamento e proteção mais ampla da saúde ambiental). Evidências recentes indicam que as intervenções dos agentes comunitários de saúde podem ser rentáveis nos cuidados de saúde primários, mas o desempenho depende do desenho do programa, incluindo supervisão, remuneração e integração com os serviços (Van Iseghem et al., 2026[1]). De um modo mais geral, os esforços para assegurar funções essenciais de saúde pública exigem uma capacidade de força de trabalho multidisciplinar nos setores da saúde e em outros setores (OMS, 2022[2]). As diferenças entre os países nas densidades relatadas para agentes comunitários de saúde e profissionais de saúde ambiental e ocupacional devem ser interpretadas com cautela, uma vez que essas funções são frequentemente regulamentadas, empregadas e registradas por diferentes ministérios ou agências.

A disponibilidade dos agentes comunitários de saúde varia acentuadamente entre os países que apresentaram relatórios. O Brasil registra 19,1 agentes comunitários de saúde por 10.000 habitantes, refletindo a escala da Estratégia de Saúde da Família e seu quadro de agentes comunitários de saúde, enquanto Honduras (7,6) e Guiana (6,6) também relatam densidades mais altas (Gráfico 8.10). A média da ALC13 é de 4,7, mas alguns países relatam valores muito baixos, incluindo Paraguai (1,6) e Panamá (1,2), e a Guatemala relata 0,1 por 10.000. As diferenças refletem parcialmente o escopo dos programas de contratação de agentes comunitários de saúde (remunerados vs. voluntários, tempo integral vs. tempo parcial) e se os agentes comunitários de saúde são contabilizados como uma categoria distinta nas estatísticas da força de trabalho em saúde ou absorvidos em categorias mais amplas de força de trabalho técnica.

Os indicadores para inspetores e auxiliares de saúde ambiental e ocupacional sugerem grandes diferenças na capacidade regulatória (Gráfico 8.11). O Brasil registra 81,4 inspetores por 100.000 habitantes e o Uruguai 51,2, bem acima da média da ALC12 de 21,4, enquanto vários países registram menos de 6 por 100.000 (por exemplo, El Salvador 5,8, Panamá 4,0, Peru 4,0 e Guatemala 2,3). Como essas funções podem ser desempenhadas por funcionários de diferentes ministérios e órgãos, a comparabilidade entre países depende de arranjos institucionais, da classificação ocupacional e da distinção entre profissionais licenciados e ativos.

As densidades relatadas de profissionais de saúde e higiene ambiental e ocupacional também variam amplamente (Gráfico 8.12). A Nicarágua registra 67,5 profissionais por 100.000 habitantes, um valor extremo em comparação com a média da ALC9 de 11,5, enquanto El Salvador registra 21,4 e o Brasil 5,5 (por volta de 2021). Vários países registram menos de 1 profissional por 100.000 habitantes (por exemplo, Peru 0,7, Uruguai 0,5 e Panamá 0,4). Essa dispersão provavelmente reflete tanto diferenças reais na capacidade da força de trabalho quanto diferenças significativas na forma como os países definem e registram essas ocupações; ela também pode refletir variações quanto ao fato de os países reportarem categorias de profissionais licenciados, profissionalmente ativos ou mistas. Os valores devem, portanto, ser interpretados com cautela.

Esses indicadores apontam para um desafio de "dupla capacidade" para a ALC: (1) as ações de sensibilização orientadas para a comunidade (agentes comunitários de saúde) e (2) as funções de proteção da saúde pública (profissionais de saúde ambiental/ocupacional) são muito variáveis entre os países. Em termos do *Panorama de Saúde* para a ALC, isto é importante para a credibilidade das reformas orientadas para os cuidados de saúde primários: os agentes comunitários de saúde podem fortalecer a continuidade e o apoio ao autocuidado, com evidências de revisões sistemáticas demonstrando melhorias mensuráveis nos desfechos de doenças crônicas em alguns contextos (Evans, White and Ha, 2023[3]). Paralelamente, a capacidade adequada de inspeção e saúde ambiental sustenta a segurança dos alimentos, da água, dos locais de trabalho e dos ambientes públicos – áreas em que análises entre países continuam a enfatizar a centralidade (e a complexidade) das práticas de inspeção (Barnes et al., 2024[4]).

Definição e comparabilidade

Os agentes comunitários de saúde são profissionais de saúde que atuam na área da saúde, oferecendo prevenção, acompanhamento, encaminhamento e promoção da saúde em nível comunitário. Os países diferem quanto ao tipo de agentes comunitários de saúde que são remunerados ou voluntários, formais ou informais, e quanto à sua inclusão ou não nas estatísticas nacionais da força de trabalho. O pessoal de saúde ambiental e ocupacional inclui tanto inspetores/associados quanto profissionais, conforme classificados nas classificações ocupacionais internacionais. Na prática, essas funções podem abranger vários setores (saúde, trabalho, meio ambiente), o que afeta a cobertura e a comparabilidade. Os dados para essas ocupações são particularmente escassos e as definições menos padronizadas; os valores atípicos significativos podem refletir diferenças na comunicação de informações ou no mapeamento profissional.

Referências

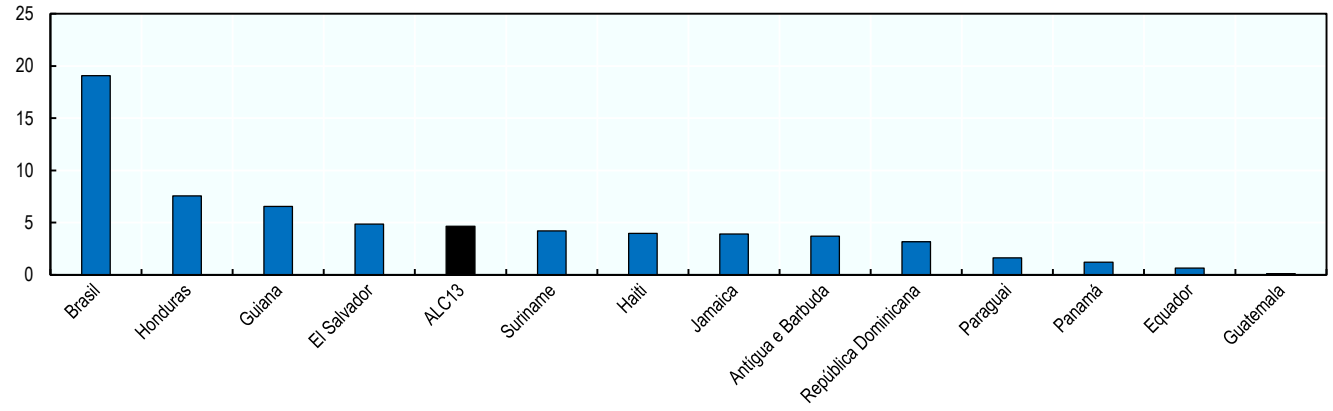
Barnes, J. et al. (2024), “Performing food safety inspections”, *Food Control*, Vol. 160, p. 110329, https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2024.110329. [4]

Evans, J., P. White and H. Ha (2023), “Evaluating the effectiveness of community health worker interventions on glycaemic control in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis”, *The Lancet*, Vol. 402, p. S40, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)02140-2. [3]

OMS (2022), *National workforce capacity to implement the essential public health functions including a focus on emergency preparedness and response: roadmap for aligning WHO and partner contributions*, World Health Organization. [2]

Van Iseghem, T. et al. (2026), “The Cost-Effectiveness of Community Health Workers in Primary Health Care: A Systematic Review”, *Value in Health*, Vol. 29/2, pp. 324-344, https://doi.org/10.1016/j.jval.2025.09.004. [1]

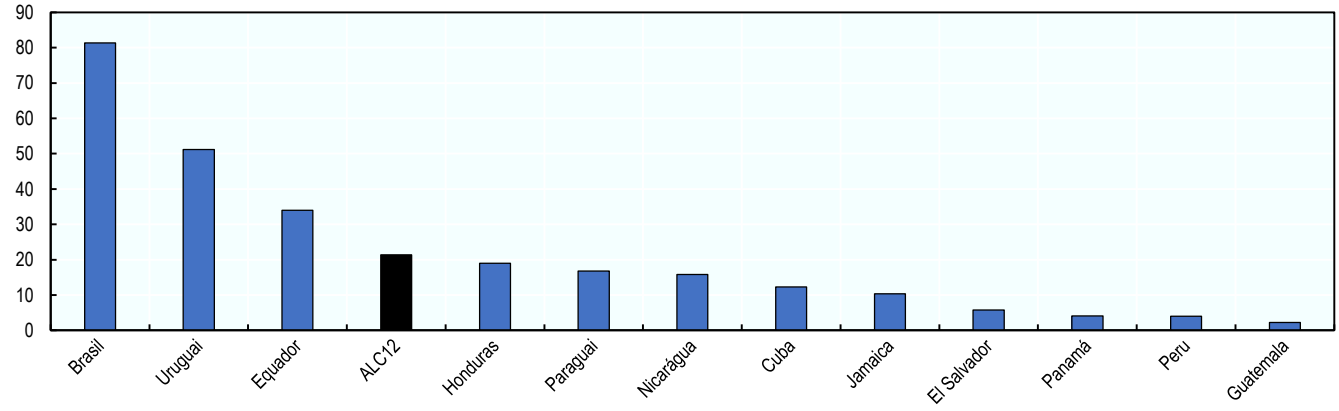
Gráfico 8.10. Agentes comunitários de saúde por 10.000 habitantes, último ano disponível



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/iear50

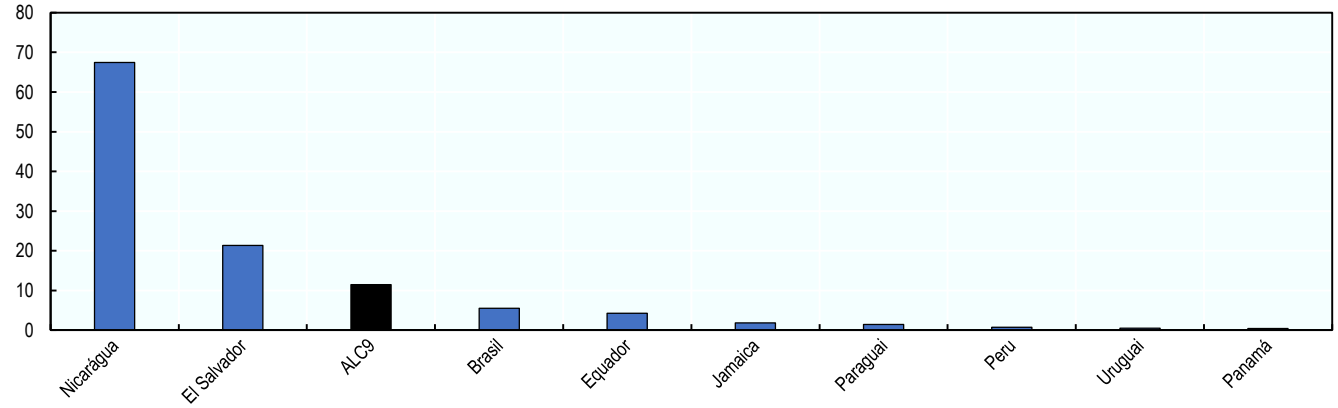
Gráfico 8.11. Inspetores e profissionais de saúde ambiental e ocupacional por 100.000 habitantes, último ano disponível



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/gd0nik

Gráfico 8.12. Profissionais de saúde e higiene ambiental e ocupacional



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/8b3odt

Graduados

A produção de graduados é um indicador importante da oferta futura de mão de obra, mas não se traduz automaticamente em maior disponibilidade interna se a retenção for baixa, se os graduados se concentrarem em determinadas localidades ou especialidades, ou se uma parcela considerável da formação for destinada a estudantes internacionais que posteriormente deixam o país. Em vários cenários caribenhos, as escolas médicas "offshore" atendem em grande parte aos estudantes internacionais – muitas vezes da América do Norte – que normalmente deixam o país após a graduação, o que pode inflar as taxas nacionais de graduação em relação às necessidades do sistema de saúde nacional (Halperin and Goldberg, 2016[1]; Morgan, Crooks and Snyder, 2017[2]). Como os dados comparáveis sobre capacidade de admissão, ingressantes e taxas de conclusão são limitados, a produção de graduados deve ser interpretada apenas como uma aproximação parcial da capacidade de formação. As diferenças entre as profissões também podem refletir variações na atratividade, nos requisitos educacionais e nas barreiras de entrada. Os indicadores de graduados devem, portanto, ser interpretados juntamente com evidências sobre a absorção pelo mercado de trabalho nacional e os padrões de mobilidade de estudantes e trabalhadores internacionais.

A produção de graduados em medicina varia amplamente, de 33,9 graduados por 100.000 habitantes na República Dominicana a 4,3 na Costa Rica (Gráfico 8.13). A média dos países da América Latina e do Caribe (ALC10) é de 12,8, próxima à média da OCDE de 14,5, com o México (14,5), a Colômbia (14,7) e o Uruguai (14,7) próximos à média da OCDE. A taxa muito alta na República Dominicana pode refletir, em parte, a internacionalização da educação médica em partes do Caribe, onde uma parcela substancial das matrículas pode ser de estudantes estrangeiros que não ingressam no mercado de trabalho local (Halperin and Goldberg, 2016[1]; Morgan, Crooks and Snyder, 2017[2]).

A produção de graduados em enfermagem geralmente supera a de graduados em medicina, mas varia bastante entre os países (Gráfico 8.14). A média da OCDE é de 34,9 graduados em enfermagem por 100.000 habitantes, enquanto a média da ALC19 é de 18,4. São Vicente e Granadinas registra 44,6 e o Chile registra 34,0 (próximo à média da OCDE), enquanto a Guatemala registra 2,1 e Cuba 4,0. Assim como em outros indicadores, populações pequenas e diferenças nas estruturas de ensino de enfermagem (por exemplo, cursos de formação profissional versus técnica) podem afetar a comparabilidade.

A produção de farmacêuticos graduados é maior no Brasil (8,2 por 100.000) e na Costa Rica (5,6), acima da média da OCDE de 4,2, enquanto a média da ALC8 é de 3,4 (Gráfico 8.15). O México registra 3,4, enquanto o Panamá registra 1,8 e a Argentina e a Colômbia cerca de 1,2. Dado o papel crescente dos farmacêuticos na gestão de medicamentos e na continuidade do cuidado, as baixas taxas de graduação persistentes podem restringir o desenvolvimento dos serviços de farmácia clínica.

De modo geral, os indicadores de graduados destacam diferenças substanciais na capacidade de formação entre profissões e países, e sublinham que o planejamento da força de trabalho precisa vincular a política educacional à retenção, à inserção profissional e às diferenças na atratividade profissional e no acesso à educação. Em países com elevada produção de graduados, a melhoria da absorção interna e das condições de trabalho pode ajudar a traduzir a formação em capacidade de prestação de serviços. Em países com baixa produção de graduados, pode ser necessária uma expansão direcionada da capacidade educacional, mas esta deve ser acompanhada de estratégias para reduzir a emigração e abordar a má distribuição geográfica. Por fim, onde os fluxos de estudantes internacionais são elevados, a produção de graduados deve ser interpretada em conjunto com evidências sobre o destino dos graduados e as necessidades da força de trabalho interna (Lee et al., 2024[3]).

Definição e comparabilidade

O número de graduados por 100.000 habitantes contabiliza os indivíduos que concluem a formação ou o treinamento pré-serviço na profissão especificada em um determinado ano. As estruturas educacionais variam (por exemplo, enfermagem profissional versus enfermagem de nível técnico; diferentes qualificações em farmácia) e os relatórios podem abranger instituições públicas e privadas em diferentes graus. A produção de graduados pode incluir estudantes internacionais que não ingressam na força de trabalho interna, e os graduados podem emigrar. Além disso, a escassez e, por vezes, a ausência de dados sobre a capacidade de admissão, o número de ingressantes, as taxas de conclusão e a disponibilidade do corpo docente fazem com que o número de graduados seja apenas um indicador parcial da capacidade de formação. As diferenças entre as profissões também podem refletir variações na atratividade, nos requisitos de admissão e no acesso à formação. Os indicadores de graduados devem, portanto, ser interpretados em conjunto com as evidências sobre a absorção e a retenção no mercado de trabalho.

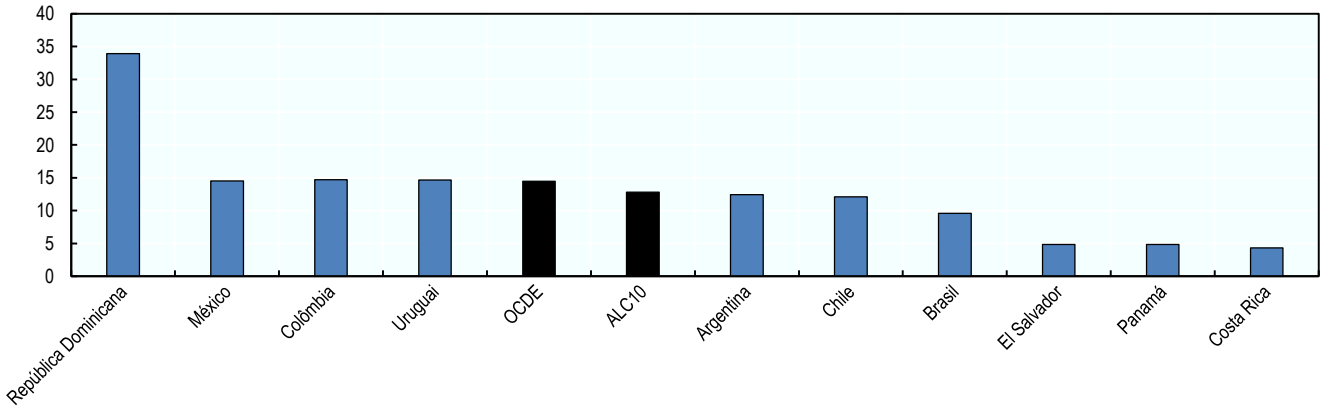
Referências

Halperin, E. and R. Goldberg (2016), “Offshore Medical Schools Are Buying Clinical Clerkships in U.S. Hospitals: The Problem and Potential Solutions”, *Academic Medicine*, Vol. 91/5, pp. 639-644, https://doi.org/10.1097/acm.0000000000001128. [1]

Lee, J. et al. (2024), “Methods for health workforce projection model: systematic review and recommended good practice reporting guideline”, *Human Resources for Health*, Vol. 22/1, https://doi.org/10.1186/s12960-024-00895-z. [3]

Morgan, J., V. Crooks and J. Snyder (2017), ““We have been forced to move away from home”: print news coverage of Canadians studying abroad at Caribbean offshore medical schools”, *BMC Medical Education*, Vol. 17/1, https://doi.org/10.1186/s12909-017-1071-4. [2]

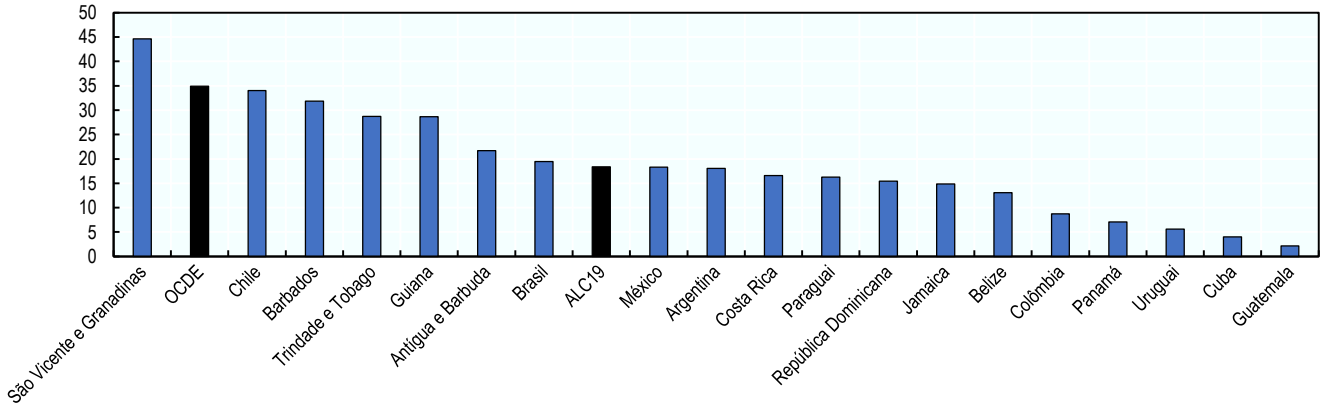
Gráfico 8.13. Graduados em medicina por 100.000 habitantes, último ano disponível



Fonte: OECD Health Statistics 2026 para Argentina, Chile, Colômbia, México e média da OCDE. Países restantes: OPAS (2025), *The health workforce in the Americas: Regional data and indicators*, https://doi.org/10.37774/9789275129708.

StatLink https://stat.link/tm7eho

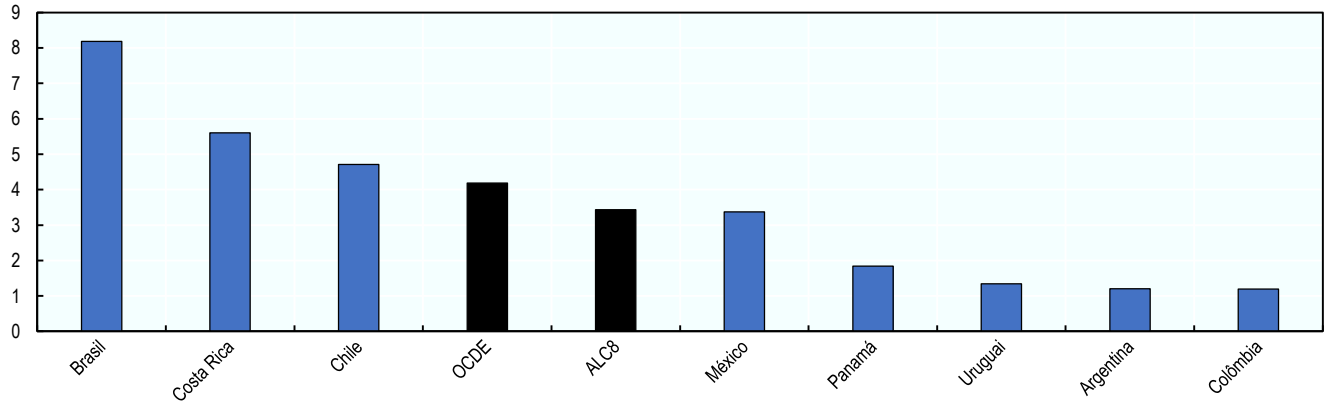
Gráfico 8.14. Graduados em enfermagem por 100.000 habitantes, último ano disponível



Fonte: OECD Health Statistics 2026 para Argentina, Chile, Colômbia, México e média da OCDE. Países restantes: OPAS (2025), *The health workforce in the Americas: Regional data and indicators*, https://doi.org/10.37774/9789275129708.

StatLink https://stat.link/0oq3ig

Gráfico 8.15. Graduados em farmácia por 100.000 habitantes, último ano disponível



Fonte: OECD Health Statistics 2026 para Argentina, Chile, Colômbia, México e média da OCDE. Países restantes: OPAS (2025), *The health workforce in the Americas: Regional data and indicators*, https://doi.org/10.37774/9789275129708.

StatLink https://stat.link/cwm3su

"Estoque" de médicos e enfermeiros migrantes para países da OCDE

A mobilidade internacional de profissionais de saúde é moldada por uma combinação de fatores de "repulsão" (por exemplo, remuneração, condições de trabalho, progressão na carreira e segurança) e fatores de "atração" (por exemplo, demanda, recrutamento ativo e reconhecimento de qualificações). A mobilidade pode gerar benefícios (aquisição de habilidades, remessas e vínculos com a diáspora), mas também pode acelerar a escassez, especialmente onde a capacidade de treinamento é limitada. As análises da OCDE, portanto, usam as taxas de expatriamento para distinguir grandes países de origem com um número considerável de profissionais no exterior de estados menores, onde a mobilidade para o exterior representa uma grande parcela da força de trabalho nascida no país (OECD, 2025[1]).

A expatriação de médicos para países da OCDE é maior para a ALC33 como um todo (20,1%) do que para a média da OCDE (10,2%), com uma exposição muito alta concentrada em vários estados do Caribe (Gráfico 8.16). As taxas mais altas são observadas em Granada (68,6%), na Jamaica (57,7%), em São Vicente e Granadinas (56,2%) e na Dominica (50,9%); as taxas permanecem elevadas no Suriname (46,0%), na Guiana (43,5%) e no Haiti (40,1%). Em contraste, a maioria dos países continentais maiores tem taxas de um dígito - Cuba (8,6%), Panamá (8,1%), Colômbia (7,4%) e Equador (6,5%) - e taxas muito baixas no México (2,2%) e no Brasil (1,2%). Esse padrão implica que os riscos para a capacidade de atendimento doméstico são impulsionados menos por onde se encontram os maiores contingentes e mais por onde a emigração constitui uma grande fração da força de trabalho médica nascida no país.

O perfil de exposição é ainda mais pronunciado para enfermeiros, com a taxa de expatriação da ALC33 atingindo 34,5%, em comparação com uma média da OCDE38 de 8,7% (Gráfico 8.17). Vários países apresentam taxas extremamente altas - Jamaica (89,9%), Haiti (85,2%), Guiana (78,4%), Granada (74,5%) e Dominica (72,0%) - seguidos por Belize (65,8%), Santa Lúcia (64,5%), São Vicente e Granadinas (64,1%) e Trinidad e Tobago (61,6%). As taxas também são altas em Barbados (52,2%), em São Cristóvão e Nevis (51,5%), no Suriname (49,1%), em Antígua e Barbuda (43,3%) e nas Bahamas (43,0%). Por outro lado, vários grandes países têm exposição relativamente baixa - Brasil (1,0%), Paraguai (1,3%), Argentina (1,5%), Uruguai (3,5%) e Chile (4,6%) - com um grupo próximo à média da OCDE (Costa Rica 8,6%; México 9,5%; Equador 9,6%). De um modo geral, os resultados relativos à enfermagem indicam que a mobilidade para fora do país pode representar um choque sistêmico na oferta para um subconjunto de países, em particular os pequenos estados insulares.

A mobilidade para fora do país para países da OCDE é estruturalmente diferente em toda a região: (1) grandes quantidades absolutas provenientes dos principais países (impulsionadas em grande parte pela escala e pelos corredores de longa data) e (2) taxas de expatriamento muito elevadas em vários estados do Caribe – especialmente para enfermeiros – onde a migração pode exceder a força de trabalho empregada internamente. As análises da OCDE destacam, por exemplo, que mais enfermeiros de Antígua e Barbuda, Barbados, Belize, Dominica, Granada, Guiana, Haiti, Jamaica e São Vicente trabalham noutros países do que internamente. A escassez de força de trabalho não é "causada" apenas pela migração – o investimento na educação, no emprego e nas condições de trabalho continua a ser a principal alavanca – mas a migração pode agravar significativamente a escassez para países de origem e ocupações específicas (OECD, 2025[1]). Isso apoia uma resposta política dupla: fortalecer a atração e retenção de talentos nacionais (salários, planos de carreira, carga de trabalho e segurança), ao mesmo tempo que se melhora a governança da mobilidade (recrutamento ético, acordos bilaterais e melhores dados) para apoiar a sustentabilidade tanto nos sistemas de origem quanto nos de destino.

Definição e comparabilidade

A taxa de expatriação é a porcentagem de médicos ou enfermeiros nascidos em um determinado país que estão trabalhando em países da OCDE, do número total de médicos ou enfermeiros nascidos nesse país (aqueles que trabalham no país de origem mais aqueles que trabalham em países da OCDE). Nesta seção, a medida complementar de "estoque" relata o número de médicos/enfermeiros nascidos na América Latina e Caribe que trabalham em países da OCDE (2000 e 2020).

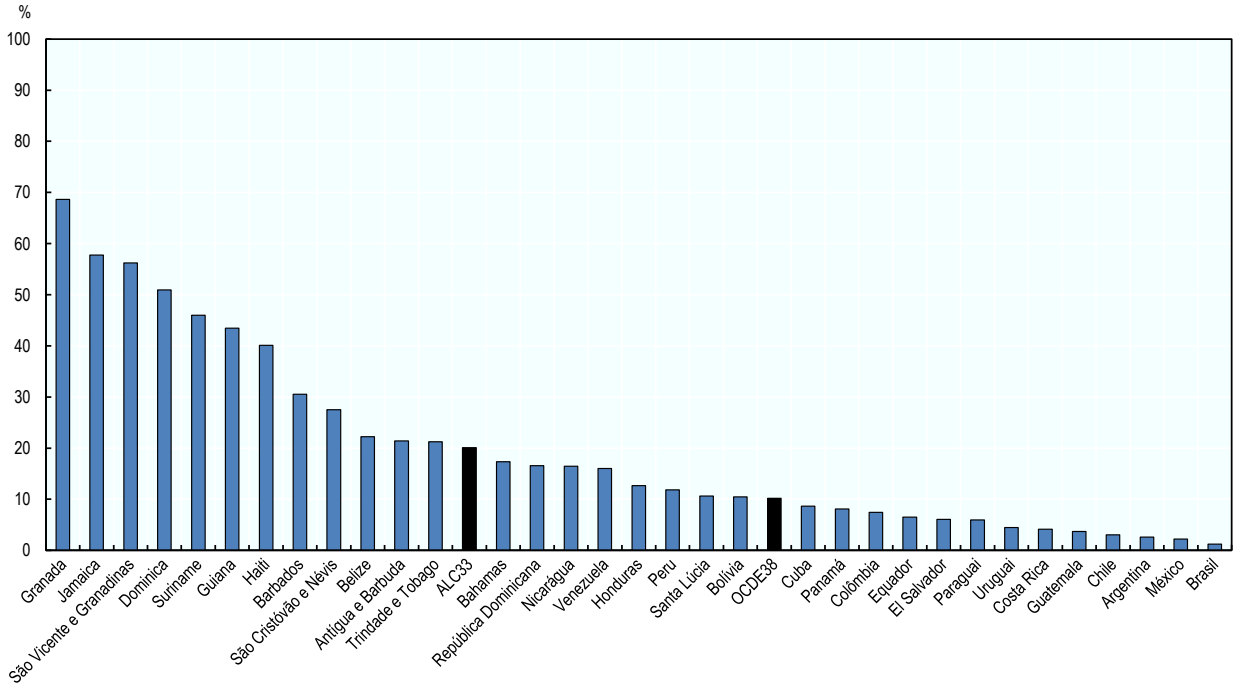
Os estoques capturam a escala (quantos profissionais estão no exterior), enquanto as taxas de expatriamento capturam a exposição (quão grande é esse fluxo em relação à força de trabalho de origem). Isso é particularmente importante para pequenos estados, onde números absolutos moderados podem se traduzir em taxas muito altas.

O indicador captura apenas a migração para destinos da OCDE (portanto, pode subestimar a emigração total onde destinos fora da OCDE são importantes). As taxas também dependem de definições ocupacionais consistentes e da mensuração do "trabalho" em todas as fontes de origem e destino e ao longo dos anos, de modo que as tendências temporais podem refletir, em parte, melhorias nos dados.

Referências

OECD (2025), *International Migration Outlook 2025*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/ae26c893-en. [1]

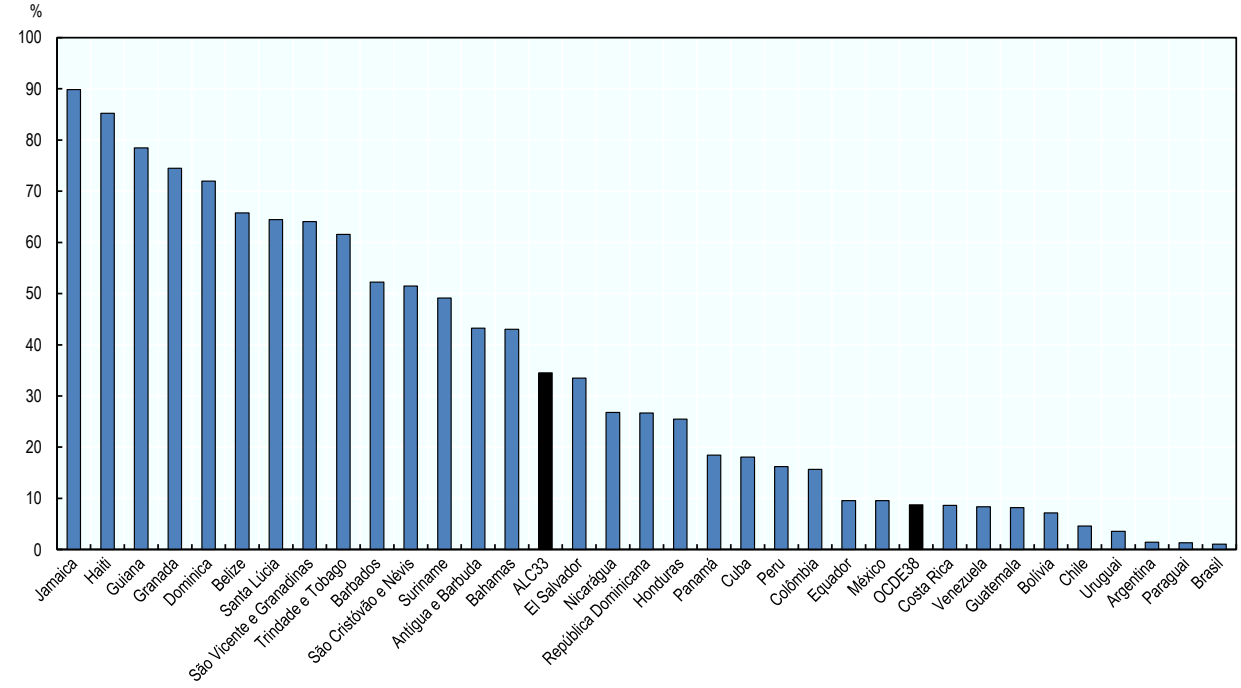
Gráfico 8.16. Número ("estoque") de médicos migrantes nos países da OCDE por país de origem e taxas de emigração



Fonte: Cálculos da OCDE com base no OECD Database on Immigrants in OECD Countries (DIOC) 2000/01 e 2020/21 (e EU-LFS 2021, quando relevante), e Contas Nacionais da Força de Trabalho em Saúde (NHWA) para a dimensão da força de trabalho nascida no país de origem.

StatLink https://stat.link/jibs06

Gráfico 8.17. Número ("estoque") de enfermeiros migrantes nos países da OCDE por país de origem e taxas de emigração



Fonte: Cálculos da OCDE com base no OECD Database on Immigrants in OECD Countries (DIOC) 2000/01 e 2020/21 (e EU-LFS 2021, quando relevante), e Contas Nacionais da Força de Trabalho em Saúde (NHWA) para a dimensão da força de trabalho nascida no país de origem.

StatLink https://stat.link/cfaode

9 Envelhecimento

Tendências demográficas

O envelhecimento da população está acelerando na América Latina e no Caribe (ALC). Embora a região continue, em média, mais jovem do que os países da OCDE, ela está envelhecendo em um ritmo mais acelerado, à medida que a fertilidade diminui e a expectativa de vida na terceira idade aumenta. Projeções das Nações Unidas indicam que a proporção de pessoas com 65 anos ou mais aumentará rapidamente em toda a ALC nas próximas décadas, elevando o índice de dependência dos idosos e a demanda por serviços de saúde e cuidados continuados. A velocidade dessa transição demográfica é importante para as políticas públicas. Os países que envelhecem mais rapidamente têm menos tempo para adaptar o financiamento, a prestação de serviços e a capacidade da força de trabalho, particularmente para os cuidados continuados e a gestão de doenças crônicas. Isso torna o investimento precoce em sistemas de saúde adaptados à terceira idade e em modelos de cuidados comunitários fundamental para evitar o uso desnecessário de hospitais e a não satisfação das necessidades de cuidados à medida que a dependência aumenta (Bloom, Canning and Fink, 2010[1]).

Até 2050, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais deverá quase dobrar na média da ALC31, passando de 9,3% em 2023 para 18,1% (Gráfico 9.1, gráfico à esquerda). Mesmo assim, a ALC permanecerá mais jovem do que a média da OCDE, onde a proporção deve atingir 26,4% em 2050 (de 18,5% em 2023). O envelhecimento será mais acentuado em Cuba (cerca de 30,2% com 65 anos ou mais em 2050), no Chile (26,7%) e na Costa Rica (25,3%), enquanto o Haiti, a Guatemala e a Bolívia devem permanecer abaixo de 10%. Em vários países que ainda são relativamente jovens hoje (por exemplo, Belize e Honduras), a proporção de pessoas com 65 anos ou mais aumenta rapidamente em termos proporcionais, mas permanece comparativamente baixa em 2050, pois parte de uma base pequena e a fertilidade permanece mais alta do que nos países com envelhecimento mais rápido. Como as mulheres vivem mais do que os homens, a população idosa será cada vez mais feminizada, com implicações para a segurança de renda, necessidades de cuidados e arranjos de moradia (Bilal et al., 2019[2]).

O crescimento será ainda mais rápido nas faixas etárias mais avançadas. A proporção de pessoas com 80 anos ou mais na média da ALC31 deverá aumentar de 1,8% em 2023 para 4,9% em 2050, enquanto a média da OCDE também deverá aumentar substancialmente, de 4,9% para 9,6%. (Gráfico 9.1, gráfico à direita). Segundo as projeções, vários países verão essa proporção pelo menos triplicar, com alguns países do Caribe, como Antígua e Barbuda, se aproximando de 8% até 2050. Isso aumentará a demanda por cuidados continuados, cuidados crônicos complexos da prestação de cuidados primários, melhor coordenação dos cuidados e serviços de reabilitação e reabilitação funcional para prevenir ou retardar a dependência e apoiar o envelhecimento (OECD, 2025[3]). No entanto, o envelhecimento variará dentro dos países, muitas vezes progredindo mais rapidamente nas áreas urbanas e potencialmente ampliando as disparidades socioeconômicas. O reforço dos sistemas de saúde e de ambientes favoráveis aos idosos pode ajudar a garantir que vidas mais longas não se traduzam necessariamente em maior dependência (Beard et al., 2016[4]).

Paralelamente, à medida que a proporção de idosos aumenta, o tamanho relativo da população em idade ativa diminui – agravando as restrições fiscais e de força de trabalho durante a transição. A relação entre adultos em idade ativa e pessoas com 65 anos ou mais na ALC31 deverá cair de cerca de 7,2 em 2023 para 3,6 em 2050 (Gráfico 9.2), o que implica aproximadamente metade do número de trabalhadores potenciais por idoso. Na OCDE, projeta-se que a mesma relação diminua de 3,6 em 2023 para 2,4 em 2050. As perspectivas são particularmente desafiadoras em Cuba (1,9 em 2050), no Chile (2,3), na Costa Rica (2,5) e em Barbados (2,5), onde a margem para financiar gastos relacionados à idade a partir de uma base relativamente grande de pessoas em idade ativa diminuirá substancialmente.

Embora os países da OCDE fora da ALC estejam atualmente em um estágio mais avançado de envelhecimento populacional, a velocidade da transição na ALC torna o planejamento de políticas antecipado e integrado especialmente urgente. Os sistemas de saúde precisarão se adaptar rapidamente às necessidades populacionais em evolução, enquanto reformas nos sistemas de aposentadoria, nos mercados de trabalho e no financiamento da saúde – particularmente para cuidados continuados (ver a seção "Cuidados continuados" neste capítulo) – serão essenciais para salvaguardar a sustentabilidade financeira (Álvarez, 2020[5]).

Definição e comparabilidade

As participações populacionais e os índices de dependência baseiam-se na revisão de 2024 das Perspectivas Demográficas Mundiais (WPP) das Nações Unidas, utilizando as projeções da variante média. As projeções são internamente consistentes entre os países, mas a incerteza aumenta com o horizonte temporal e depende de pressupostos sobre fertilidade, mortalidade e migração futuras. As diferenças entre os países refletem tanto as estruturas etárias atuais quanto o ritmo do declínio da fertilidade, as melhorias na sobrevivência e os padrões migratórios.

Referências

Álvarez, F. (2020), *Los sistemas de pensiones y salud en América Latina: los desafíos del envejecimiento, el cambio tecnológico y la informalidad*, CAF, Caracas, http://scioteca.caf.com/handle/123456789/1652. [5]

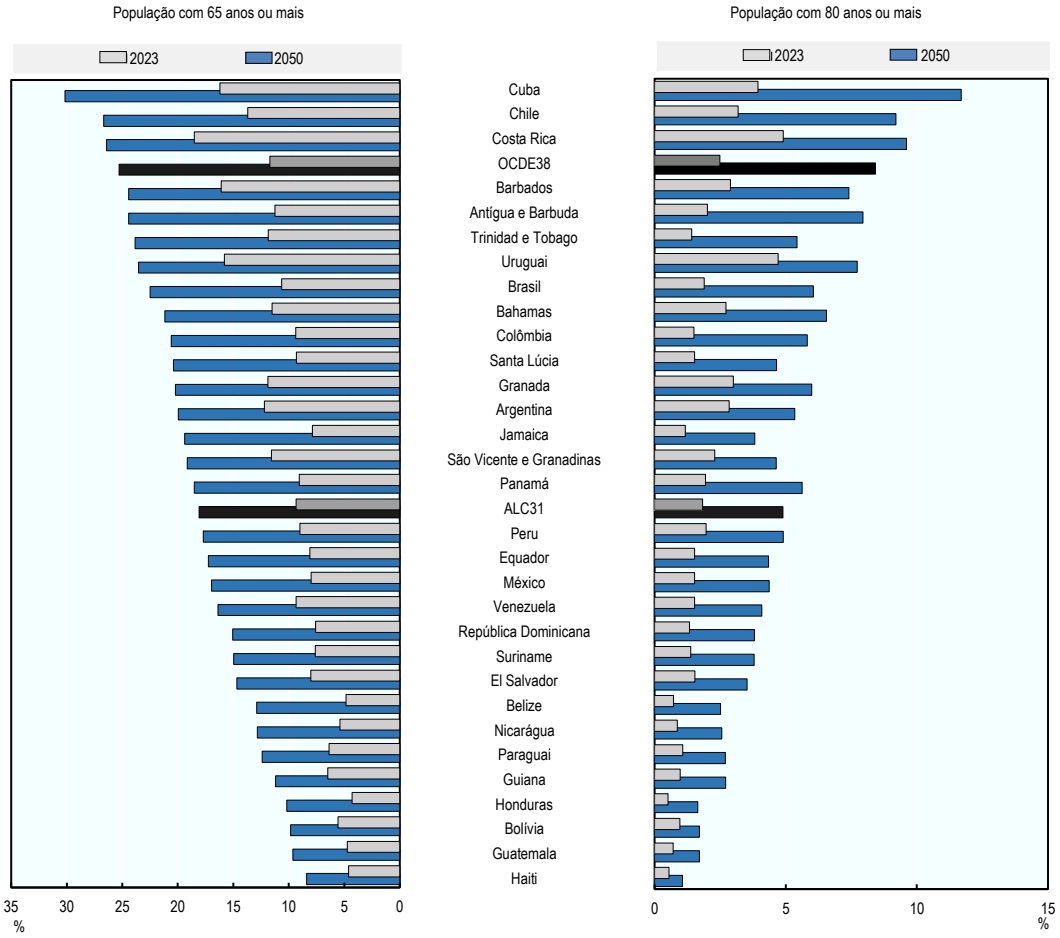
Beard, J. et al. (2016), "The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing", *The Lancet*, Vol. 387/10033, pp. 2145-2154, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00516-4. [4]

Bilal, U. et al. (2019), "Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis", *The Lancet Planetary Health*, Vol. 3/12, pp. e503-e510, https://doi.org/10.1016/s2542-5196(19)30235-9. [2]

Bloom, D., D. Canning and G. Fink (2010), "Implications of population ageing for economic growth", *Oxford Review of Economic Policy*, Vol. 26/4, pp. 583-612, https://doi.org/10.1093/oxrep/grq038. [1]

OECD (2025), *The Economic Benefit of Promoting Healthy Ageing and Community Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/0f7bc62b-en. [3]

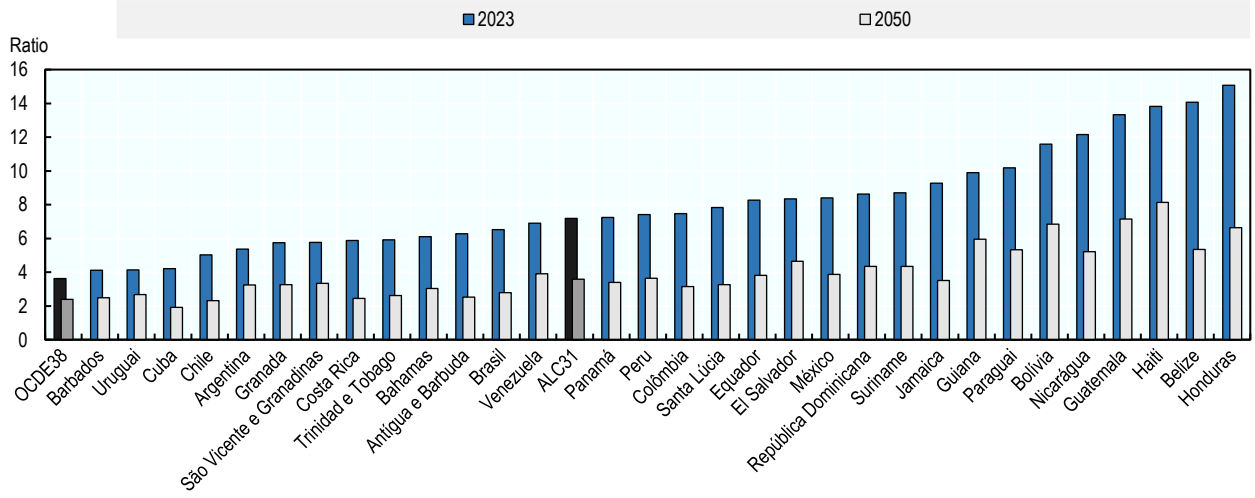
Gráfico 9.1. Estimativa atual e projeção da proporção da população com 65 e 80 anos ou mais, em 2023 e 2050



Fonte: United Nations World Population Prospects, 2024.

StatLink https://stat.link/q5pya6

Gráfico 9.2. Estimativa atual e projeção da proporção da população com idades entre 15 e 64 anos em relação à população com 65 anos ou mais, 2023 e 2050



Fonte: United Nations World Population Prospects, 2024.

StatLink https://stat.link/lwp891

Expectativa de vida e expectativa de vida saudável aos 60 anos

A expectativa de vida aos 60 anos resume os anos de vida restantes previstos após os 60 anos com base em tabelas de mortalidade por período, enquanto a expectativa de vida saudável (HALE) aos 60 anos ajusta esses anos levando em conta o tempo passado em condições de saúde não totalmente satisfatórias. Em conjunto, elas oferecem um panorama mais completo do envelhecimento do que a expectativa de vida por si só, distinguindo os ganhos em termos de sobrevivência dos ganhos em termos de saúde. As estimativas da OMS são produzidas utilizando métodos padronizados para melhorar a comparabilidade entre os países e fornecem estimativas finais de mortalidade por idade e sexo até 2021, captando o choque de mortalidade durante a pandemia de COVID-19.

A expectativa de vida restante aos 60 anos é menor na ALC do que na OCDE, e muitos países da ALC sofreram uma queda acentuada em 2021, coincidindo com o choque de mortalidade da COVID-19. Em média na ALC31, uma pessoa de 60 anos em 2021 poderia esperar viver mais 20,7 anos se fosse mulher e 17,5 anos se fosse homem (Gráfico 9.3) – cerca de 4,6 e 4,0 anos a menos do que a média da OCDE, respectivamente. Entre 2000 e 2021, a expectativa de vida aos 60 anos na ALC31 diminuiu de maneira geral (mulheres: de 21,6 para 20,7; homens: de 18,7 para 17,5), enquanto a média da OCDE permaneceu amplamente estável ao longo do período, com ganhos mais lentos em muitos países mesmo antes da pandemia. Os padrões por país são heterogêneos: vários países registraram reduções consideráveis até 2021 (especialmente entre os homens), enquanto outros continuaram a apresentar ganhos modestos. Em 2021, a expectativa de vida restante aos 60 anos foi mais alta na Costa Rica e no Chile e mais baixa na Bolívia, tanto para mulheres quanto para homens. Essas diferenças refletem uma combinação de fatores de longo prazo (como risco cardiometabólico, desempenho do sistema de saúde e condições socioeconômicas) e choques de curto prazo; as estimativas atualizadas do Global Burden of Disease (GBD) 2021 oferecem uma perspectiva consistente sobre as mudanças na mortalidade por causas específicas e seu impacto na expectativa de vida no período de 2020-2021 (Naghavi et al., 2024[1]).

Uma vida mais longa não significa necessariamente mais anos com boa saúde. A expectativa de vida saudável aos 60 anos – do GHO da OMS – captura os anos esperados de vida em plena saúde, ajustados por doenças e incapacidades (ver "Definição e comparabilidade"). Na OCDE, a expectativa de vida saudável aos 60 anos é de 18,3 anos para as mulheres e 16,2 para os homens; na ALC31, é de cerca de 2,8 a 2,9 anos menor (15,5 e 13,4, respectivamente; Gráfico 9.4). As estimativas por país variam de 11,5 anos de vida saudável para mulheres no Haiti e 9,3 para homens na Bolívia a 18,5 para mulheres e 16,6 para homens na Costa Rica, com valores igualmente elevados no Chile (17,8 e 16,4) e no Panamá (18,1 e 15,9). Essa diferença se traduz em mais anos com limitações funcionais e maior demanda por cuidados continuados comunitários e residenciais. Embora a expectativa de vida saudável seja baseada em modelos, seu valor reside na integração de perdas de saúde fatais e não fatais em uma única métrica comparável; os resultados do GBD 2021 reforçam que os ganhos em expectativa de vida saudável frequentemente ficam atrás dos ganhos em expectativa de vida quando a morbidade não é reduzida tanto quanto a mortalidade (Ferrari et al., 2024[2]).

A divergência entre a expectativa de vida e expectativa de vida saudável em idades mais avançadas tem implicações diretas para o design do sistema de saúde e os cuidados continuados. Uma expectativa de vida saudável mais baixa frequentemente reflete maior prevalência e gravidade de comprometimento funcional e multimorbidade, que interagem para acelerar o declínio das funções físicas e cognitivas. Isso reforça a necessidade de cuidados primários integrados e centrados na pessoa, tendo como núcleo a prevenção, a revisão de medicamentos, a reabilitação e a manutenção da função (Calderón-Larrañaga et al., 2018[3]). As disparidades de gênero também diminuem quando se foca nos anos saudáveis: na ALC31, as mulheres vivem cerca de 3,2 anos a mais do que os homens aos 60 anos em termos de expectativa de vida total (20,7 contra 17,5), mas apenas 2,1 anos a mais de vida saudável (15,5 contra 13,4), com diferenças muito pequenas na expectativa de vida saudável em alguns países (por exemplo, Haiti) e maiores em outros (por exemplo, Uruguai). Consistente com as evidências de uma dissociação parcial entre longevidade e longevidade saudável na ALC (Robledo, Cano-GutiéRrez and Garcia, 2022[4]), as séries HALE geralmente ficam atrás das atualizações da expectativa de vida e podem não capturar totalmente o período da COVID-19, dependendo do último ano do GHO da OMS utilizado nesta publicação.

Definição e comparabilidade

A expectativa de vida aos 60 anos é o número médio de anos adicionais que uma pessoa de 60 anos viveria se fosse exposta, pelo resto da vida, às taxas de mortalidade específicas por idade e sexo de um determinado ano. A expectativa de vida saudável (HALE) aos 60 anos ajusta os anos de vida restantes pelo tempo passado em condições de saúde não plena, combinando informações de mortalidade e morbidade.

Ambos os indicadores são produzidos pelo Observatório Global de Saúde da OMS utilizando métodos padronizados para facilitar a comparabilidade entre países. A expectativa de vida saudável é baseada em modelos e atualizada com menos frequência do que a expectativa de vida, portanto, as variações ano a ano devem ser interpretadas com cautela, especialmente em torno do período da COVID-19.

Referências

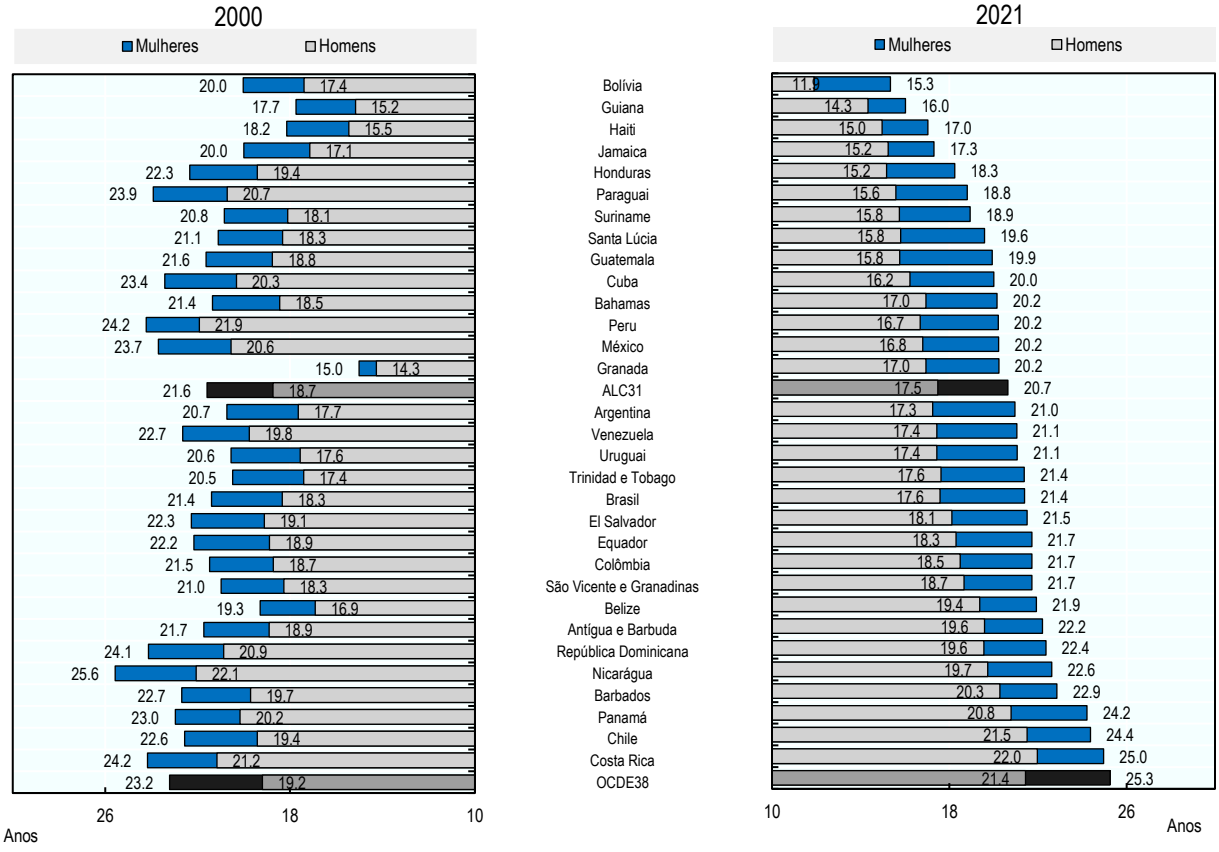
Calderón-Larrañaga, A. et al. (2018), "Multimorbidity and functional impairment–bidirectional interplay, synergistic effects and common pathways", *Journal of Internal Medicine*, Vol. 285/3, pp. 255-271, https://doi.org/10.1111/joim.12843. [3]

Ferrari, A. et al. (2024), "Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021", *The Lancet*, Vol. 403/10440, pp. 2133-2161, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)00757-8. [2]

Naghavi, M. et al. (2024), "Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021", *The Lancet*, Vol. 403/10440, pp. 2100-2132, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)00367-2. [1]

Robledo, L., C. Cano-GutiéRrez and E. Garcia (2022), "Healthcare for older people in Central and South America", *Age and Ageing*, Vol. 51/5, https://doi.org/10.1093/ageing/afac017. [4]

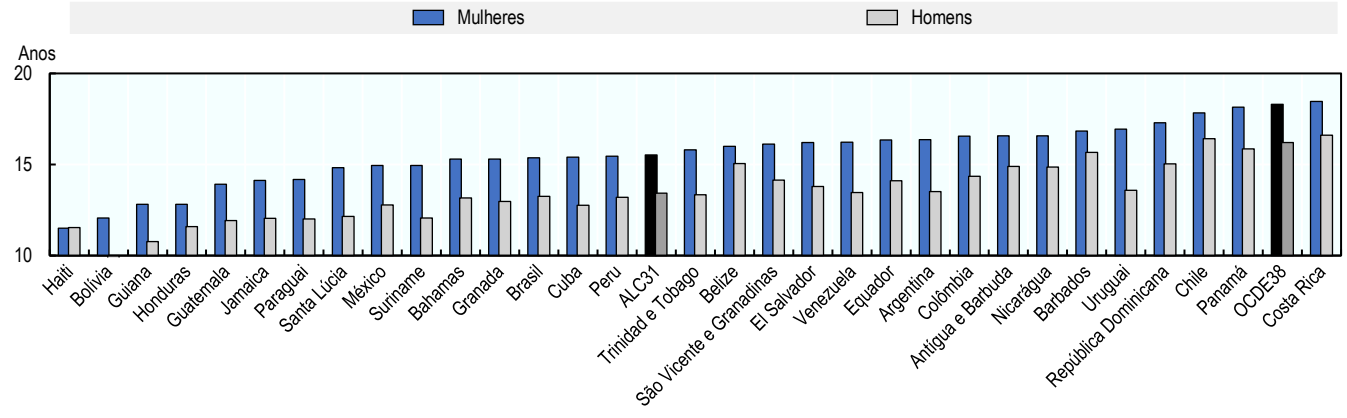
Gráfico 9.3. Expectativa de vida aos 60 anos, por sexo, 2000 e 2021



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/dgb9l3

Gráfico 9.4. Anos de vida saudável aos 60 anos, por sexo, 2021



Fonte: WHO Global Health Observatory 2025.

StatLink https://stat.link/scy9oi

Fatores que determinam as necessidades de cuidados continuados e a resposta do sistema

O envelhecimento da população na ALC está provocando um rápido crescimento nas necessidades de cuidados continuados, impulsionado pelo aumento das doenças crônicas, limitações funcionais e comprometimento cognitivo na terceira idade. Embora a idade por si só não determine a dependência, o acúmulo de condições de saúde aumenta consideravelmente a probabilidade de precisar de ajuda nas atividades diárias. As mudanças demográficas, os padrões de morbidade e o desempenho do sistema de saúde, em conjunto, moldam a demanda por cuidados continuados e, sem prevenção eficaz e cuidados coordenados, o aumento da longevidade muitas vezes se traduz em maiores necessidades de cuidados, em vez de maior independência (Gianfredi et al., 2025[1]).

Idosos com doenças crônicas são muito mais propensos a relatar a necessidade de ajuda nas atividades da vida diária do que aqueles sem essas doenças, o que ressalta como a prevenção e a gestão eficaz das doenças crônicas podem retardar a dependência (Gráfico 9.5). Na ALC8, cerca de 27% dos idosos com pelo menos uma doença crônica relatam necessidades de cuidados, em comparação com 14% entre aqueles sem doenças crônicas. A diferença é considerável em muitos países, refletindo como as doenças crônicas contribuem para as limitações funcionais e a necessidade de apoio.

Os gastos públicos com serviços de cuidados continuados são muito limitados nos países da ALC com dados disponíveis (Gráfico 9.6). As despesas declaradas representam menos de 1% das despesas atuais com saúde no Paraguai e são próximas de zero em vários outros países, em comparação com cerca de 14% em média na OCDE. Parte dessa diferença reflete diferenças reais na cobertura, mas as comparações entre países também exigem cautela, pois os cuidados continuados podem ser registrados tanto no setor de saúde quanto no social, e as práticas contábeis diferem. A baixa despesa pública é consistente com evidências qualitativas de que a prestação de cuidados continuados na ALC depende fortemente das famílias e de acordos informais, em vez de serviços organizados (PAHO/IDB, 2023[2]).

A demência está se tornando um fator cada vez mais determinante das necessidades de cuidados continuados à medida que as populações envelhecem (Gráfico 9.7). Na ALC33, a taxa de mortalidade atribuída à doença de Alzheimer e outras demências aumentou modestamente entre 2014 e 2024 (de 17,8 para 18,6 mortes por 100.000 habitantes), com variações substanciais entre os países. As taxas são mais altas no Paraguai e mais baixas no Haiti. As diferenças refletem parcialmente a estrutura etária da população, mas também a variação no diagnóstico e na certificação da causa de morte; em alguns países, o aumento da mortalidade pode indicar melhor reconhecimento e codificação, em vez de um crescimento mais rápido da doença subjacente.

Estes indicadores apontam para uma lacuna cada vez maior entre as crescentes necessidades de cuidados continuados e a capacidade limitada dos sistemas formais na ALC. Com o elevado ônus das doenças crônicas e da demência, aliado a despesas públicas muito baixos com cuidados continuados, grande parte da adaptação ao envelhecimento da população está ocorrendo dentro dos lares, em vez de por meio de serviços organizados, reforçando as desigualdades, restringindo a participação das mulheres no mercado de trabalho e afetando desproporcionalmente as famílias de baixa renda. Sem uma expansão gradual de serviços acessíveis e baseados nas necessidades, essas pressões se intensificarão. Fechar essa lacuna requer uma estratégia dupla: (1) reforçar a prevenção, os cuidados primários centrados na pessoa, a coordenação de cuidados e a reabilitação/recuperação para retardar a dependência, manter a funcionalidade e reduzir o uso evitável de hospitais; e (2) desenvolver progressivamente cuidados continuados formais que complementem os cuidados familiares – expandindo os serviços domiciliares e comunitários e oferecendo apoio aos cuidadores informais. O monitoramento regular das condições crônicas, das despesas com cuidados continuados e das tendências em matéria de demência é essencial para avaliar se os sistemas estão se adaptando com rapidez suficiente às realidades do envelhecimento da população na ALC.

Definição e comparabilidade

Dependência funcional por condições crônicas: porcentagem de pessoas idosas que declaram necessitar de ajuda para as atividades básicas da vida diária entre as pessoas sem doenças crônicas versus as pessoas com pelo menos uma doença crônica. A comparabilidade é limitada por diferenças nas perguntas das pesquisas, nas listas de doenças crônicas e pela possível subcobertura das populações institucionalizadas.

Participação das despesas com cuidados continuados nas despesas correntes de saúde: despesas com serviços de cuidados continuados como porcentagem das despesas correntes de saúde, relatados utilizando a estrutura do Sistema de Contas de Saúde. Diferenças entre países nas práticas contábeis e na delimitação entre gastos com saúde e gastos sociais podem afetar os níveis e as tendências.

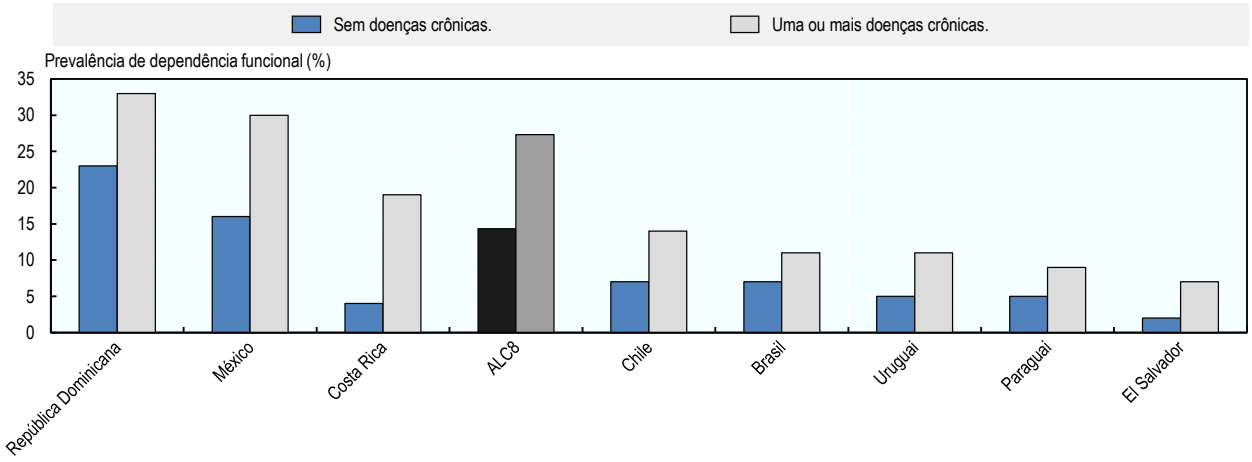
Mortes por Alzheimer e outras demências: mortes por 100.000 habitantes atribuídas à doença de Alzheimer e outras demências (definição de causa da GBD). A comparabilidade é afetada pela variação no diagnóstico e na certificação/codificação da causa da morte, bem como por mudanças nas práticas de registro ao longo do tempo.

Referências

Gianfredi, V. et al. (2025), “Aging, longevity, and healthy aging: the public health approach”, *Aging Clinical and Experimental Research*, Vol. 37/1, https://doi.org/10.1007/s40520-025-03021-8. [1]

PAHO/IDB (2023), *Long-term Care in Latin America and the Caribbean*, Pan American Health Organization and Inter-American Development Bank, https://doi.org/10.37774/9789275127155. [2]

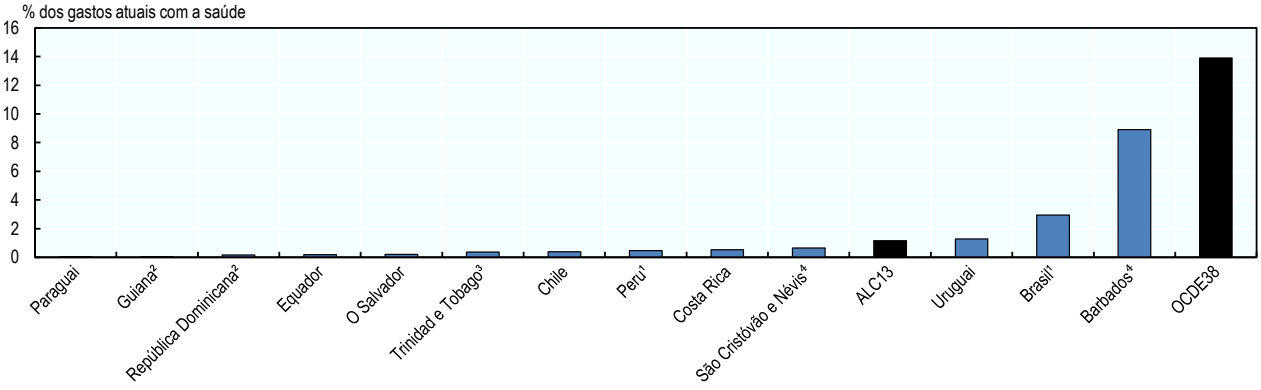
Gráfico 9.5. Prevalência de dependência funcional por presença de doenças crônicas



Fonte: Conjunto de dados do BID associado a Stampini et al. (2025), *Who Cares? How to Support and Ensure Recognition for Caregivers for Older People in Latin America and the Caribbean*, https://doi.org/10.18235/0013724.

StatLink https://stat.link/3986qh

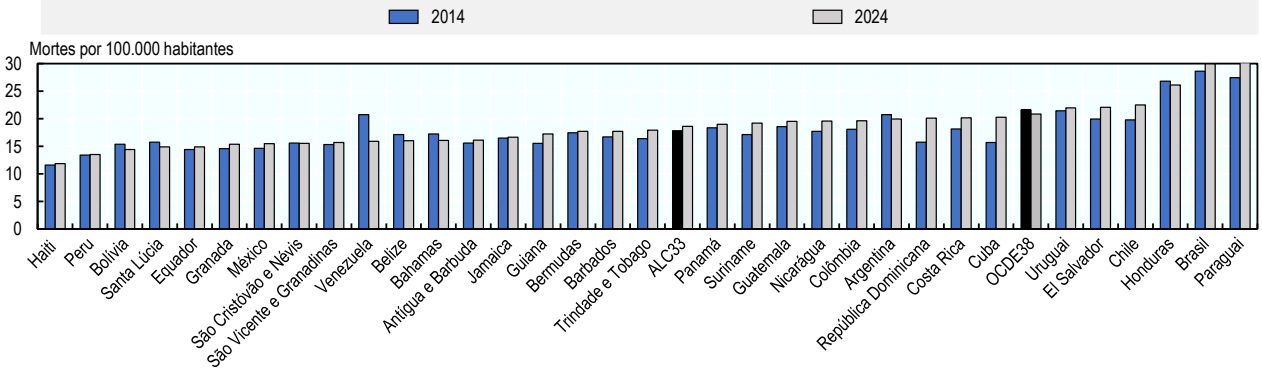
Gráfico 9.6. Despesas com serviços de cuidados continuados como porcentagem das despesas correntes com saúde, 2023 (ou ano mais recente)



1. Dados de 2022, 2. Dados de 2019, 3. Dados de 2018, 4. Dados de 2016.
Fonte: WHO Global Health Expenditure Database 2025.

StatLink https://stat.link/adbuef

Gráfico 9.7. Taxa de mortalidade por Alzheimer e outras demências por 100.000 habitantes, 2014 e 2024



Fonte: GBD 2025.

StatLink https://stat.link/t5iqlm

Cuidadores remunerados e não remunerados

O cuidado familiar continua sendo a espinha dorsal do cuidados continuados na ALC. Cerca de quatro em cada cinco idosos que precisam de ajuda nas atividades diárias recebem apoio de um cuidador não remunerado, geralmente um membro da família, o que destaca tanto a centralidade dos lares quanto o alcance limitado dos serviços formais. Ao mesmo tempo, o relatório *Who Cares? How to Support and Ensure Recognition for Caregivers for Older People in Latin America and the Caribbean* (Stampini et al., 2025[1]) (Quem se importa? Como apoiar e garantir o reconhecimento dos cuidadores de idosos na América Latina e no Caribe) estima que existam cerca de 25 milhões de cuidadores não remunerados na região, contra cerca de 3 milhões de cuidadores remunerados, um desequilíbrio que se torna mais problemático à medida que o envelhecimento da população se acelera e as redes familiares se reduzem. Essa dependência dos cuidados não remunerados reflete tanto a oferta pública limitada quanto as fortes normas sociais em torno da responsabilidade familiar, mas também tem implicações significativas para a equidade, a participação no mercado de trabalho e o bem-estar dos cuidadores. Evidências de contextos de alta e média renda mostram que a forte dependência de cuidados informais pode mascarar necessidades não atendidas e transferir os custos do envelhecimento dos sistemas públicos para as famílias (OECD, 2023[2]).

Os cuidados remunerados para idosos na ALC são prestados principalmente por meio de arranjos domiciliares e trabalho doméstico, e não por meio de serviços institucionais (Gráfico 9.8). Na média da ALC17, apenas cerca de um em cada dez cuidadores remunerados trabalha em instituições; cerca de metade são trabalhadores domésticos com responsabilidades de cuidados. Isso reflete tanto a oferta limitada de cuidados continuados formais quanto a forma como as tarefas de cuidados estão frequentemente incorporadas em serviços domésticos mais amplos, muitas vezes no emprego informal. Na prática, os trabalhadores domésticos podem assumir gradualmente responsabilidades de cuidados à medida que as necessidades aumentam, mas podem não ser declarados como cuidadores e podem carecer de proteção social. Vários países regulamentam os serviços domésticos como um todo (sem uma distinção nítida entre trabalho doméstico e cuidados), embora alguns estejam caminhando para perfis ocupacionais e marcos de competências mais específicos para cuidadores, a fim de profissionalizar a força de trabalho. As diferenças entre os países nas proporções de cuidadores institucionais, domiciliares e de trabalho doméstico também refletem variações no desenvolvimento do sistema de cuidados continuados, mas a medição é desafiadora porque os trabalhadores domésticos com responsabilidades de cuidados são frequentemente estimados, em vez de identificados diretamente nas pesquisas (Bom et al., 2018[3]).

O cuidado familiar não remunerado continua sendo a espinha dorsal do cuidados continuados na ALC. O relatório *Who Cares?* estima em cerca de 25 milhões o número de cuidadores não remunerados na região (cerca de 60% de mulheres), fornecendo uma média de 7,5 horas por semana de cuidados para idosos; para manter os atuais índices cuidador-idoso, o número de cuidadores não remunerados precisaria aumentar para cerca de 60,5 milhões até 2050. Pesquisas sobre o uso do tempo sugerem que a maioria dos cuidados não remunerados é fornecida dentro dos domicílios (cerca de 59% em toda a amostra ALC9; Gráfico 9.9), embora os padrões variem e alguns países, como a Argentina, relatem uma maior parcela de cuidados prestados a pessoas fora do domicílio. Essas estimativas devem ser interpretadas com cautela: os cuidados prestados dentro dos lares são frequentemente subnotificados, particularmente quando tarefas para um cônjuge ou pai/mãe são vistas como parte das responsabilidades familiares cotidianas, em vez de "cuidados".

Esses dois números apontam para um quadro consistente: os cuidados a idosos na ALC são organizados principalmente em torno dos lares – por meio de cuidados familiares não remunerados e, quando remunerados, frequentemente por meio de trabalho doméstico, em vez de uma força de trabalho de cuidados claramente profissionalizada ou do setor institucional. Em uma região onde os cuidados não remunerados já são generalizados e as tendências demográficas aumentarão as necessidades, o fortalecimento dos sistemas de cuidados continuados exigirá *tanto* a expansão quanto a profissionalização da força de trabalho remunerada e um melhor apoio aos cuidadores familiares (por exemplo, por meio de treinamento, informação e políticas que protejam o bem-estar dos cuidadores).

Definição e comparabilidade

Cuidadores remunerados por tipo: porcentagem de trabalhadores remunerados que prestam cuidados a idosos em (i) instituições, (ii) cuidados domiciliares ou (iii) trabalho doméstico com responsabilidades de cuidados, com base no conjunto de dados *Who Cares?* do BID. Os trabalhadores domésticos que prestam cuidados são normalmente estimados, em vez de identificados diretamente em pesquisas de trabalho/família, o que limita a comparabilidade entre os países. O valor ALC17 agrupa todos os cuidadores remunerados observados nos 17 países com dados (não é uma simples média das estimativas nacionais).

Cuidadores não remunerados: porcentagem de cuidadores não remunerados que prestam cuidados a idosos dentro versus fora de seu domicílio, com base em pesquisas de uso do tempo. A comparabilidade é afetada por diferenças no desenho da pesquisa, na cobertura dos cuidados prestados fora do domicílio e na possível subnotificação dos cuidados dentro dos domicílios. O valor ALC9 agrupa todas as observações nos nove países com dados disponíveis de pesquisas de uso do tempo.

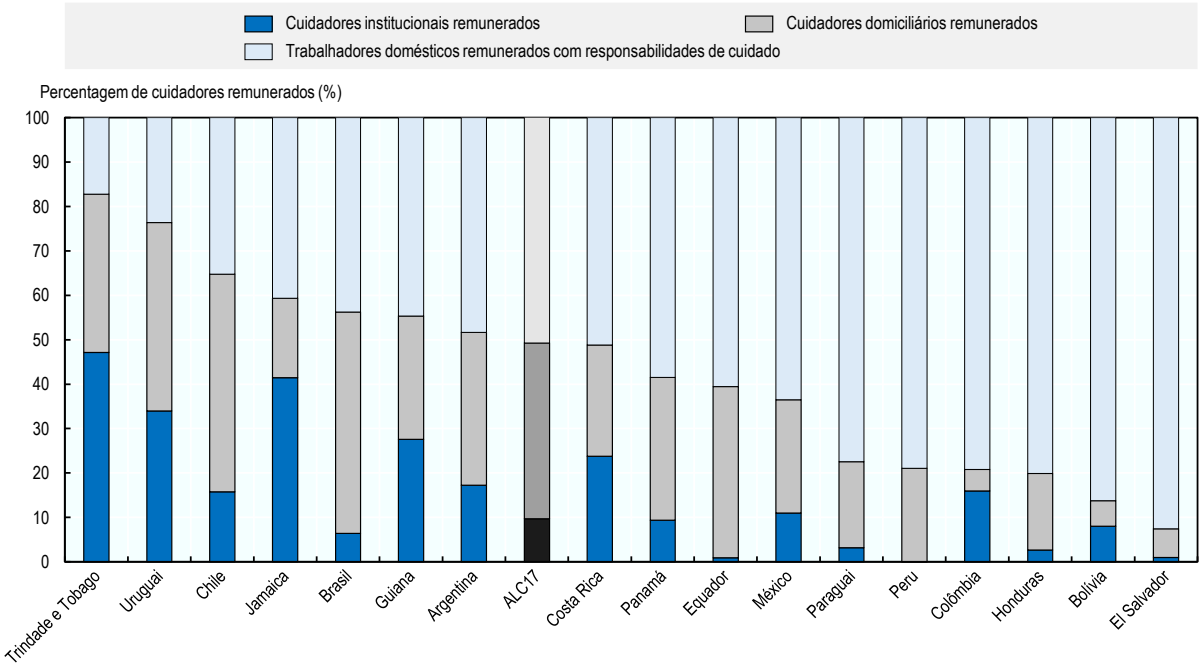
Referências

Heyn, P. (ed.) (2018), "The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review", *The Gerontologist*, Vol. 59/5, pp. e629-e642, https://doi.org/10.1093/geront/gny137. [3]

OECD (2023), *Beyond Applause? Improving Working Conditions in Long-Term Care*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/27d33ab3-en. [2]

Stampini, M. et al. (2025), *Who Cares? How to Support and Ensure Recognition for Caregivers for Older People in Latin America and the Caribbean*, Inter-American Development Bank, https://doi.org/10.18235/0013724. [1]

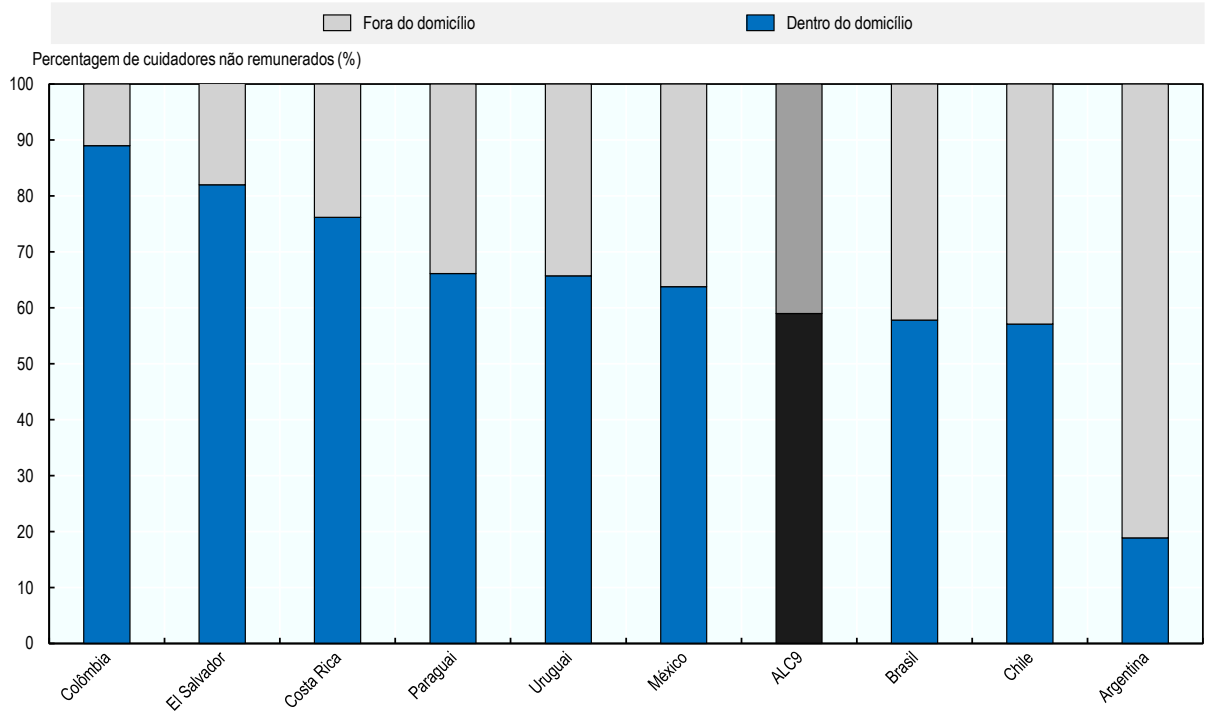
Gráfico 9.8. Porcentagem de cuidadores remunerados para pessoas idosas



Fonte: Conjunto de dados do IADB associado a Stampini et al. (2025), *Who Cares? How to Support and Ensure Recognition for Caregivers for Older People in Latin America and the Caribbean*, https://doi.org/10.18235/0013724.

StatLink https://stat.link/8l0pbx

Gráfico 9.9. Porcentagem de cuidadores não remunerados



Fonte: Conjunto de dados do IADB associado a Stampini et al. (2025), *Who Cares? How to Support and Ensure Recognition for Caregivers for Older People in Latin America and the Caribbean*, https://doi.org/10.18235/0013724.

StatLink https://stat.link/79by6e

Formação de cuidadores e carga de tempo

A formação e o tempo são duas das principais limitações à sustentabilidade e à qualidade dos cuidados continuados na ALC. O trabalho de cuidados é inerentemente complexo – abrangendo cuidados pessoais, apoio doméstico, monitoramento de mudanças no estado de saúde e apoio emocional – e o relatório *Who Cares? How to Support and Ensure Recognition for Caregivers for Older People in Latin America and the Caribbean* (Stampini et al., 2025[1]) (Como apoiar e garantir o reconhecimento dos cuidadores de idosos na América Latina e no Caribe), salienta que o fraco desenvolvimento de competências e o apoio insuficiente se traduzem em cuidados de menor qualidade e em resultados piores para os próprios cuidadores. Os cuidados não remunerados são fortemente marcados por questões de gênero: as mulheres constituem cerca de 60% dos cuidadores não remunerados e, impulsionadas por normas sociais, tendem a dedicar mais tempo aos cuidados e a assumir as tarefas menos flexíveis, com efeitos em cadeia no trabalho remunerado e no bem-estar.

Grandes lacunas de treinamento entre os cuidadores remunerados provavelmente prejudicam a qualidade dos cuidados e a retenção da força de trabalho (Gráfico 9.10). Em toda a ALC22, 37% dos cuidadores remunerados relatam não ter recebido treinamento, 16% dependem do autoestudo e 47% relatam ter recebido algum treinamento em cursos – frequentemente mais curto do que a recomendação de 260 horas do Protocolo Ibero-americano. Quando há treinamento, ele tende a enfatizar tarefas técnicas, dando menos ênfase à comunicação, resiliência emocional, autocuidado do cuidador e abordagens centradas na pessoa. A formação inadequada pode aumentar complicações evitáveis (por exemplo, por meio de apoio à mobilidade inseguro, prevenção inadequada de infecções ou reconhecimento tardio da deterioração) e pode contribuir para o estresse e a rotatividade dos cuidadores. Evidências de programas estruturados de educação e capacitação para cuidadores, particularmente no cuidado de pessoas com demência, sugerem que esse apoio pode melhorar os resultados dos cuidadores e ser economicamente viável, indicando uma oportunidade perdida de fortalecer os sistemas de cuidados continuados (Livingston et al., 2020[2]).

As mulheres dedicam mais tempo a prestar cuidados não remunerados a idosos do que os homens em todos os países com dados disponíveis (Gráfico 9.11). Na média da ALC8, as mulheres prestam 8,8 horas por semana, em comparação com 6,0 horas para os homens. As disparidades de gênero são particularmente grandes em alguns países do Cone Sul, refletindo tanto os padrões do mercado de trabalho quanto normas de gênero persistentes. A maioria das pesquisas de uso do tempo não leva em conta o "cuidado passivo" (estar de plantão) e, conforme observado acima, pode subestimar os cuidados prestados dentro dos lares; portanto, o total de horas, e as disparidades de gênero, provavelmente são subestimados. A elevada carga de tempo sem preparação adequada aumenta o estresse, as lesões musculoesqueléticas e os riscos à saúde mental, ameaçando a sustentabilidade dos arranjos de cuidados; a prestação prolongada de cuidados de alta intensidade está associada a pior saúde do cuidador, especialmente quando as responsabilidades surgem repentinamente ou com pouco apoio (Bom et al., 2018[3]). Essas pressões se intensificarão à medida que a demência e a multimorbidade aumentarem com o envelhecimento da população.

Esses dois números apontam para um duplo desafio para a política de cuidados continuados: profissionalizar e padronizar as competências da força de trabalho remunerada, ao mesmo tempo em que se reduz a carga de tempo e intensidade que recai desproporcionalmente sobre as mulheres no cuidado não remunerado. A direção do relatório é clara – expandir caminhos de formação acessíveis e de maior qualidade (incluindo o reconhecimento da aprendizagem prévia) e fortalecer as políticas de apoio aos cuidadores (informação, apoio psicológico, descanso e trabalho/licença flexíveis), a par de esforços para mudar as normas de gênero e aumentar a participação dos homens nos cuidados.

Definição e comparabilidade

Formação de cuidadores remunerados: porcentagem de cuidadores remunerados que relatam não ter recebido formação, ter estudado por conta própria ou ter feito qualquer curso formal (cursos de curta, média ou longa duração combinados), com base na pesquisa do BID com cuidadores. A comparabilidade entre países pode ser afetada pelas categorias de amostragem e de formação autorreferida. O valor ALC22 reúne todas as observações nos 22 países com dados.

Horas não remuneradas, para mulheres e homens: média de horas por semana dedicadas a cuidados não remunerados a idosos por mulheres e homens, a partir de pesquisas de uso do tempo. A comparabilidade é limitada por diferenças nas listas de tarefas, períodos de referência, definição de "idoso" e a omissão do tempo de "plantão"; as horas relatadas provavelmente subestimam o tempo total de cuidados. O valor ALC8 reúne todas as observações nos oito países com dados.

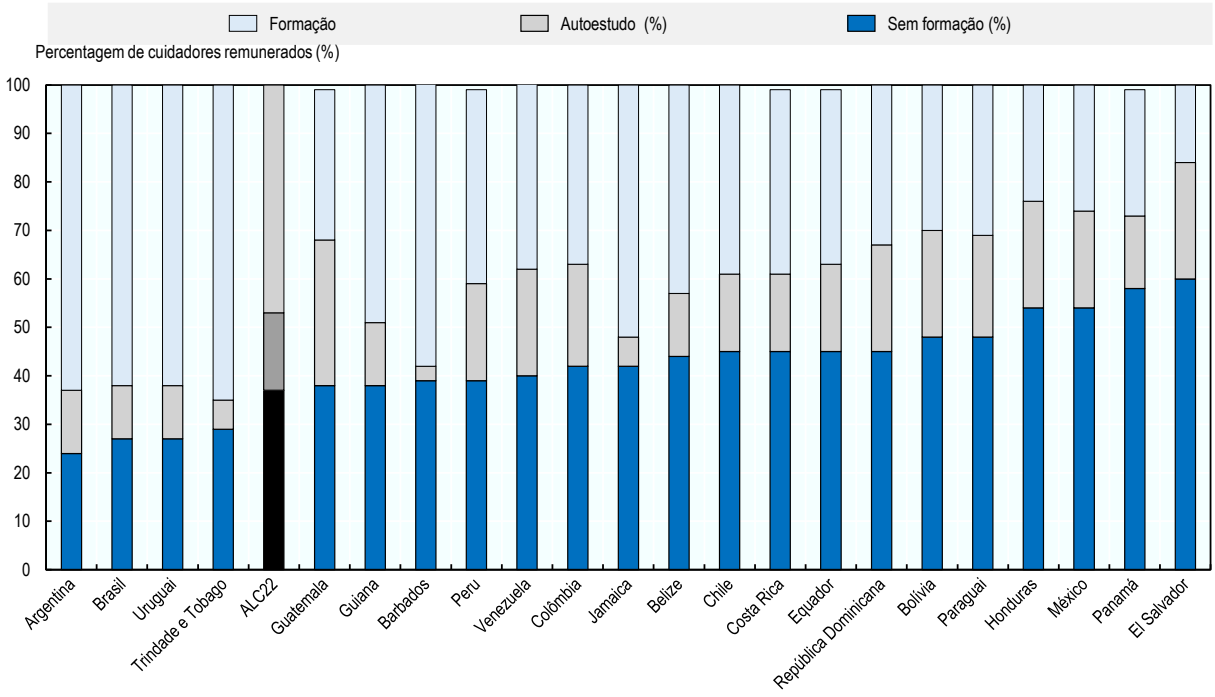
Referências

Heyn, P. (ed.) (2018), “The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review”, *The Gerontologist*, Vol. 59/5, pp. e629-e642, https://doi.org/10.1093/geront/gny137. [3]

Livingston, G. et al. (2020), “Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission”, *The Lancet*, Vol. 396/10248, pp. 413-446, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30367-6. [2]

Stampini, M. et al. (2025), *Who Cares? How to Support and Ensure Recognition for Caregivers for Older People in Latin America and the Caribbean*, Inter-American Development Bank, https://doi.org/10.18235/0013724. [1]

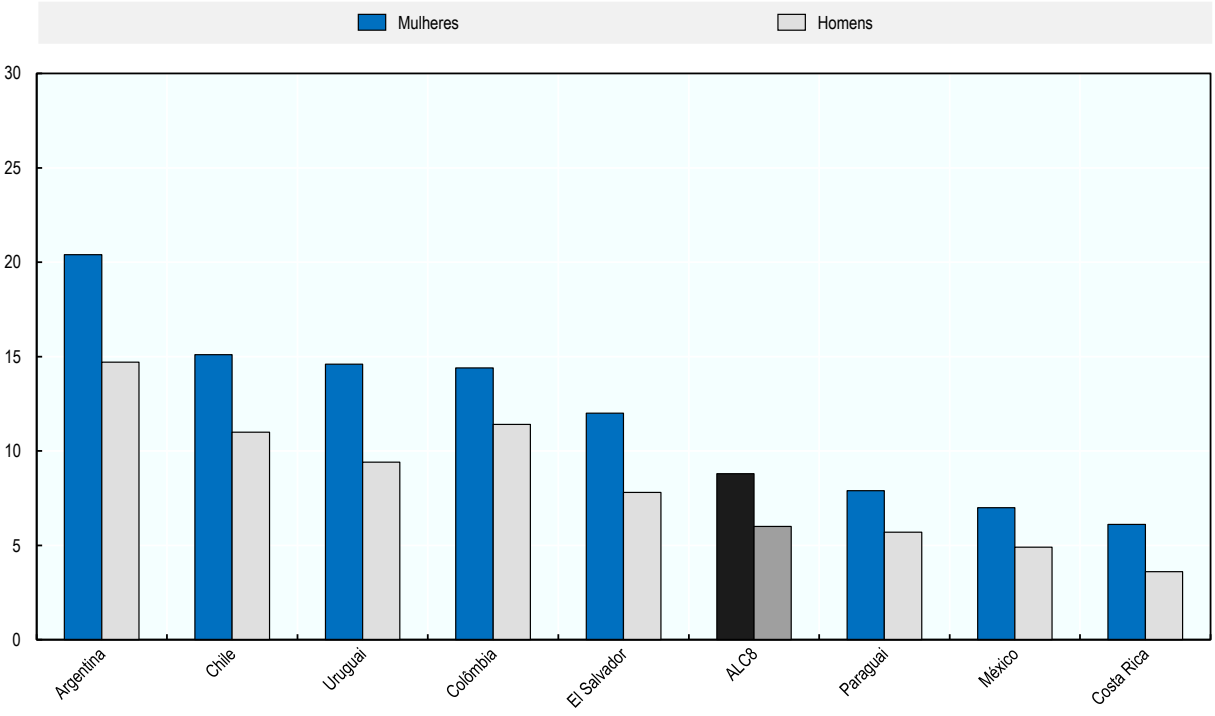
Gráfico 9.10. Porcentagem de cuidadores por nível de formação



Fonte: Conjunto de dados do IADB associado a Stampini et al. (2025), *Who Cares? How to Support and Ensure Recognition for Caregivers for Older People in Latin America and the Caribbean*, https://doi.org/10.18235/0013724.

StatLink https://stat.link/nhtwja

Gráfico 9.11. Tempo que os cuidadores dedicam aos cuidados a idosos, em horas por semana, por sexo



Fonte: Conjunto de dados do IADB associado a Stampini et al. (2025), *Who Cares? How to Support and Ensure Recognition for Caregivers for Older People in Latin America and the Caribbean*, https://doi.org/10.18235/0013724.

StatLink https://stat.link/0jx9rg

Panorama da Saúde: América Latina e Caribe 2026

Esta terceira edição do *Panorama da Saúde: América Latina e Caribe*, elaborada conjuntamente pela OCDE, pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento e pelo Banco Mundial, apresenta um conjunto de indicadores essenciais sobre o estado de saúde, os determinantes da saúde, os dados de saúde e a infraestrutura dos sistemas de saúde, os gastos e o financiamento da saúde, a qualidade da atenção, a força de trabalho em saúde e o envelhecimento em 33 países da América Latina e do Caribe. Cada indicador é apresentado em um formato de fácil utilização, composto por gráficos que ilustram as variações entre países e ao longo do tempo, análises descritivas concisas que destacam os principais achados transmitidos pelos dados e boxes metodológicos que definem os indicadores e discutem as limitações de comparabilidade dos dados. Esta edição inclui ainda dois capítulos temáticos dedicados a temas de particular importância para a região: a qualidade da atenção e as desigualdades em saúde e na atenção à saúde na América Latina e no Caribe.

IMPRESSO ISBN 978-92-64-86752-9
PDF ISBN 978-92-64-76188-9

9 789264 867529