Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026



Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026

Para la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el presente trabajo se publica bajo la responsabilidad del Secretario General de la OCDE. Las opiniones expresadas y los argumentos utilizados en el mismo no reflejan necesariamente el punto de vista oficial de los Países miembros de la OCDE.

Para el BID, las opiniones expresadas en esta obra son exclusivamente de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista de del BID, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.

Para el Banco Mundial, las observaciones, interpretaciones y conclusiones aquí expresadas no son necesariamente reflejo de la opinión del Banco Mundial, de su Directorio Ejecutivo ni de los Gobiernos representados por este.

En esta publicación conjunta, las denominaciones y la representación de los países y territorios se ajustarán a las prácticas de la OCDE.

Tanto este documento, así como cualquier dato y cualquier mapa que se incluya en él, se entenderán sin perjuicio respecto al estatus o la soberanía de cualquier territorio, a la delimitación de fronteras y límites internacionales, ni al nombre de cualquier territorio, ciudad o área.

Por favor, cite esta publicación de la siguiente manera:
OECD/IDB/The World Bank (2026), *Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/7f661a59-es.

ISBN 978-92-64-87988-1 (impresa)
ISBN 978-92-64-47415-4 (PDF)
ISBN 978-92-64-67485-1 (HTML)

Publicado originalmente en inglés con el 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.
En caso de discrepancia entre la obra original y la traducción, solo se considerará válido el texto de la obra original.

Imágenes: Portada © Ministerio de Salud, Peru.

Las erratas de las publicaciones se encuentran en línea en: https://www.oecd.org/en/publications/support/corrigenda.html.

© OCDE/El Banco Interamericano de Desarrollo (BID)/El Banco Mundial 2026

Atribución 3.0 IGO (Organizaciones Intergubernamentales) (CC BY 3.0 IGO)
Este trabajo está disponible bajo la licencia Creative Commons Atribución 3.0 IGO. Al utilizar este trabajo, acepta estar sujeto a los términos de esta licencia (https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/).
Atribución – debe citar el trabajo.
Traducciones – debe citar la obra original, identificar cambios al original y agregar el siguiente texto: *Esta traducción no fue creada por la OCDE, el BID ni el Banco Mundial y no debe considerarse una traducción oficial de la OCDE, el BID o el Banco Mundial. La OCDE, el BID y el Banco Mundial no serán responsables del contenido ni de los errores de esta traducción. En caso de discrepancia entre el trabajo original y la traducción, únicamente se considerará válido el texto del trabajo original.*
Adaptaciones – debe citar el trabajo original y agregar el siguiente texto: *Esta es una adaptación de una obra original de la OCDE, el BID y el Banco Mundial. Las opiniones expresadas y los argumentos utilizados en esta adaptación no deben presentarse como representativos de las opiniones oficiales de la OCDE o de sus Países miembros, del BID, de su Directorio Ejecutivo o de los países que representa, ni del Banco Mundial.*
Material de terceros – la licencia no se aplica al material de terceros en la obra. Si utiliza dicho material, usted es responsable de obtener el permiso del tercero y de cualquier reclamación por infracción.
No debe utilizar el logotipo, la identidad visual o la imagen de portada de la OCDE, el BID o el Banco Mundial sin autorización expresa, ni sugerir que la OCDE, el BID o el Banco Mundial respaldan el uso que usted haga del trabajo original.
Cualquier disputa que surja bajo esta licencia se resolverá mediante arbitraje de conformidad con el Reglamento de Arbitraje de la Corte Permanente de Arbitraje (PCA) de 2012. El lugar del arbitraje será París (Francia). El número de árbitros será de uno.

Prólogo

América Latina y el Caribe ha logrado avances importantes en la ampliación de la cobertura de salud y la mejora de la salud de la población en las últimas décadas. La región enfrenta ahora una etapa más exigente: transformar la cobertura en atención efectiva, de alta calidad, equitativa y financieramente sostenible. Los países de la región se enfrentan a un panorama de salud más complejo, marcado por las enfermedades no transmisibles, el envejecimiento de la población, amenazas infecciosas persistentes, y riesgos ambientales y relacionados con el clima. Estas presiones afectan a sistemas de salud que siguen limitados por un bajo nivel de gasto, un elevado gasto de bolsillo, una cobertura fragmentada, escasez de personal y una infraestructura y capacidad digital desigual. Los países necesitan gastar más, pero también gastar mejor: mejorar la calidad y la equidad sin dejar de preservar la asequibilidad y la sostenibilidad a largo plazo. Estos desafíos no se sienten por igual. Las desigualdades en materia de ingresos, geografía, educación, etnia y otros determinantes sociales siguen condicionando quién enferma, quién recibe atención oportuna y de buena calidad, y quién enfrenta dificultades financieras al buscar tratamiento. Esta publicación muestra que los promedios nacionales a menudo ocultan grandes brechas en riesgos, acceso, calidad, protección financiera y resultados. Hacer visibles estas brechas es un paso necesario para poder actuar sobre ellas.

Esta tercera edición de *Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026* pone de relieve este cambio. Reúne evidencia comparable sobre el estado de salud, los determinantes de la salud, los datos de salud y la infraestructura de los sistemas de salud, el gasto y la financiación, la calidad de la atención, la fuerza de trabajo en salud, y el envejecimiento en 33 países. Incluye además dos capítulos temáticos sobre temas centrales en la agenda de políticas actual de la región: la calidad de la atención sanitaria y las desigualdades en salud y en la atención sanitaria. El valor de la serie *Health at a Glance* radica no solo en reunir estos datos, sino en presentarlos de manera coherente y accesible, lo que permite a los países evaluar sus avances en relación con otros y aprender de la variación entre sistemas de salud. Una característica distintiva de este informe es que pone a América Latina y el Caribe en diálogo entre sí y con los sistemas de salud de la OCDE. Estas comparaciones no son clasificaciones ni un modelo único a emular; son una forma estructurada de identificar brechas y extraer lecciones de sistemas que enfrentan presiones similares relacionadas con el envejecimiento, las enfermedades crónicas, la mejora de la calidad, la transformación digital y la sostenibilidad financiera.

De estos análisis se desprende un mensaje común: muchos países de la región han construido las bases de un acceso más amplio, pero la próxima generación de reformas debe centrarse en la calidad. La calidad es una agenda que abarca todo el sistema, desde la gobernanza, la regulación, la seguridad del paciente, la atención basada en evidencia, las capacidades de la fuerza de trabajo, los sistemas de datos y los incentivos de financiación, hasta servicios integrados y centrados en las personas, teniendo en cuenta las necesidades de las poblaciones desatendidas.

En un momento de fuertes restricciones fiscales y de creciente demanda de atención, las decisiones de política más acertadas dependen de mejor evidencia. Al combinar indicadores sólidos con análisis de políticas, esta publicación busca apoyar a los gobiernos, profesionales e investigadores en la identificación de prioridades, la evaluación de avances y el aprendizaje a partir de experiencias en toda la región. La evidencia presentada aquí puede ayudar a los países a preguntarse no solo cómo movilizar más recursos para la salud, sino también cómo utilizarlos mejor.

La OCDE, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial se complacen en colaborar en esta tercera edición regional. Juntos, buscan apoyar a los países en el uso de datos y el diálogo de políticas para impulsar reformas que sean técnicamente sólidas, financieramente realistas y que respondan a las necesidades de las personas. Esperamos que este informe contribuya a un diálogo de políticas informado y al esfuerzo conjunto de construir sistemas de salud en América Latina y el Caribe que no solo sean más amplios en cobertura, sino también más sólidos en calidad, equidad y sostenibilidad a lo largo del tiempo.

Índice

Prólogo 3

Guía del lector 7

Resumen ejecutivo 10

1 Calidad de la atención en América Latina y el Caribe 13
Introducción 14
La calidad de la atención en América Latina y el Caribe medida a través de indicadores comparables internacionalmente 14
Panorama de la calidad de la atención a nivel de política e institucional 18
Políticas, marcos legales y regulatorios, y organizaciones clave que promueven la calidad de la atención 22
La planificación estratégica de la fuerza de trabajo en salud como paso crucial para asegurar la calidad profesional 24
La certificación, la recertificación y el desarrollo profesional continuo en el centro del enfoque regulatorio de los países para la garantía de calidad de la fuerza de trabajo en salud 25
Acreditación y garantía de calidad de los servicios de salud 26
Garantizar la seguridad y la calidad de las tecnologías 28
Indicadores de calidad, estudios de auditoría nacionales y guías de práctica 30
Incentivos financieros para aumentar la calidad de la atención sanitaria 32
Seguridad del paciente y mala praxis médica 33
Atención centrada en las personas e integrada 35
Observaciones finales y recomendaciones accionables para la Región 37
Referencias 43
Notas 44

2 Desigualdades en la salud y la atención sanitaria en América Latina y el Caribe 45
Introducción 46
Hechos estilizados sobre las desigualdades en salud en ALC 47
Cómo responden los países de ALC a las inequidades: hallazgos de la encuesta de equidad de 2025 53
Observaciones finales y prioridades accionables 68
Prioridades accionables para la región 68
Referencias 69

3 Estado de salud 71
Esperanza de vida al nacer 72
Mortalidad infantil y neonatal 74

Mortalidad de menores de 5 años 76
Mortalidad adolescente 78
Mortalidad por todas las causas 80
Mortalidad por enfermedades cardiovasculares 82
Mortalidad por cáncer 84
Mortalidad por lesiones 86
Mortalidad materna 88
Salud mental 90
Tuberculosis 92
VIH/sida 94
Enfermedades transmitidas por mosquitos 96
Diabetes 98

4 Determinantes de la salud 101
Planificación familiar 102
Desnutrición infantil 104
Salud adolescente 106
Adultos con sobrepeso y obesidad 108
Dieta y nutrición 110
Agua y saneamiento 112
Tabaco 114
Consumo de alcohol y drogas 116
Seguridad vial 118
Riesgos ambientales y climáticos 120

5 Datos de salud e infraestructura del sistema de salud 123
Disponibilidad de datos de salud 124
Uso y capacidades de datos de salud 126
Tecnologías médicas: Equipos de radioterapia 128
Atención hospitalaria 130
Embarazo y parto 132
Atención de salud infantil 134

6 Gasto y financiamiento en salud 137
Gasto en salud per cápita y en relación con el PIB 138
Financiamiento de la atención sanitaria mediante esquemas gubernamentales y de seguro obligatorio de salud 140
Financiamiento de la atención sanitaria mediante los pagos de bolsillo de los hogares, los esquemas de pago voluntario y los recursos externos 142
Protección financiera 144

7 Calidad de la atención 147
Mortalidad evitable (prevenible y tratable) 148
Programas de vacunación infantil 150
Hospitalizaciones evitables 152
Mortalidad intrahospitalaria tras un infarto agudo de miocardio y un accidente cerebrovascular 154
Atención del cáncer 156
Seguridad del paciente y prescripción segura 158

8 Fuerza de trabajo en salud 161
Médicos 162
Personal de enfermería y partería 164
Odontólogos, farmacéuticos y fisioterapeutas 166
Trabajadores comunitarios de salud y salud ambiental y ocupacional 168
Egresados 170
Stock de médicos y enfermeras migrantes hacia los países de la OCDE 172

9 Envejecimiento 175
Tendencias demográficas 176
Esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 60 años 178
Determinantes de las necesidades de atención de largo plazo y respuesta del sistema 180
Cuidadores remunerados y no remunerados 182
Formación de los cuidadores y carga de tiempo 184

Guía del lector

Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026 es una publicación conjunta de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM). Este informe fue coordinado por Frederico Guanais y Nicolas Larrain de la OCDE, Sebastian Bauhoff del BID y Cristian A. Herrera, Nicole Feune de Colombi y Jeremy Veillard del BM. El capítulo 1 fue escrito en coautoría por Nicole Feune de Colombi, Cristian A. Herrera, Denizhan Duran, Renzo Calderon y Jeremy Veillard del BM y Niek Klazinga y Nicolás Larraín de la OCDE. El capítulo 2 fue escrito en coautoría por Sebastian Bauhoff, William Savedoff y Laura Goyeneche del BID y Ángel González de la OCDE. Los capítulos 3 a 9 fueron escritos en coautoría por Ángel González, Frederico Guanais, Nicolas Larrain y Berta Piqué-Smith de la OCDE. Los autores desean agradecer a Mark Pearson y Francesca Colombo de la Dirección de Empleo, Trabajo y Asuntos Sociales de la OCDE, a Javier Guzmán y Ferdinando Regalia del Banco Interamericano de Desarrollo y a Michele Gragnolati y Jaime Saavedra del Banco Mundial.

También desean agradecer a Lucy Hulett por su aporte editorial y a Guillaume Haquin por su apoyo en la gestión de recursos.

Este informe se ha beneficiado de la experiencia y la generosa contribución de materiales de apoyo de múltiples integrantes de organizaciones internacionales que trabajan en la atención sanitaria en América Latina y el Caribe, como la Organización Mundial de la Salud y su oficina regional para las Américas, la Organización Panamericana de la Salud. En particular, los autores desean agradecer a la Dra. Eduardo Benjamín Puertas, a la Dra. Ana Paula Cavalcante y a María Isabel Duré por sus valiosos intercambios durante la elaboración de este informe.

Este informe se ha beneficiado de los comentarios, las revisiones y la provisión de datos mediante cuestionarios por parte de los países incluidos en *Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026*. En ese sentido, los autores desean agradecer al Dr. Francisco Oviedo y a los funcionarios de los Ministerios de Salud que cooperaron con este informe.

Estructura de la publicación

Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026 se divide en nueve capítulos:

El Capítulo 1 sobre la ***Calidad de la atención en América Latina y el Caribe*** examina los arreglos de política e institucionales que configuran la calidad de la atención sanitaria en 19 países. Está estructurado en torno a seis dominios: gobernanza, aseguramiento externo, atención basada en evidencia, capacidad de la fuerza de trabajo, seguridad del paciente y atención integrada y centrada en las personas. A partir de indicadores comparables internacionalmente y de una encuesta de políticas de la OCDE dedicada a la calidad de la atención, el capítulo ofrece un balance detallado de los arreglos regulatorios, de medición y de financiamiento, e identifica opciones de política para apoyar sistemas de salud más resilientes, equitativos y de alto desempeño.

El Capítulo 2 sobre las ***Desigualdades en la salud y la atención sanitaria*** analiza las brechas persistentes entre grupos de población en la exposición a los riesgos de salud, el acceso y la calidad de la atención, la protección financiera y los resultados de salud, según el ingreso, la educación, el lugar de residencia, la etnicidad, el género, la edad, el estatus migratorio, la discapacidad y la afiliación al sistema de salud. A partir de la evidencia regional, una encuesta de políticas de la OCDE dedicada y perfiles de país adicionales compilados por la Secretaría de la OCDE, revisa cómo están respondiendo los países mediante políticas de gobernanza, financiamiento, prestación de servicios, fuerza de trabajo, salud digital, sistemas de datos y preparación ante emergencias.

El Capítulo 3 sobre el ***Estado de salud*** pone de relieve las variaciones entre países en la esperanza de vida al nacer y la supervivencia hasta los 65 años, la mortalidad infantil y neonatal, la mortalidad en menores de cinco años y en adolescentes, y la mortalidad por todas las causas, así como las principales causas específicas de muerte y morbilidad, incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las lesiones, la mortalidad materna, la salud mental, la tuberculosis, las enfermedades transmitidas por mosquitos y la diabetes.

El Capítulo 4 sobre los ***Determinantes de la salud*** se centra en los determinantes no médicos de la salud. Aborda la planificación familiar, la desnutrición infantil y la salud adolescente, junto con indicadores de estilo de vida y comportamiento como el sobrepeso y la obesidad en adultos, la dieta y la nutrición, y el consumo de tabaco. También abarca el agua y el saneamiento, la seguridad vial y los riesgos ambientales y climáticos.

El Capítulo 5 sobre los ***Datos de salud y la infraestructura del sistema de salud*** revisa la disponibilidad, la digitalización y la interoperabilidad de los datos de atención al paciente, incluidos el uso de sistemas de registro electrónico de salud y el acceso de los pacientes a su propia información, junto con las capacidades de los países para el uso secundario de los datos. Luego presenta indicadores sobre la infraestructura y la provisión de servicios para la atención hospitalaria, el embarazo y el parto, y la atención de salud infantil.

El Capítulo 6 sobre el ***Gasto y el financiamiento en salud*** examina las tendencias del gasto en salud en los países de ALC. Analiza cómo se pagan los servicios y bienes de salud, y la combinación entre los esquemas gubernamentales y de seguro obligatorio, los esquemas privados voluntarios, los pagos directos de bolsillo de los hogares y los recursos externos. También evalúa la protección financiera, incluida la proporción del consumo de los hogares absorbida por el gasto de bolsillo y el gasto voluntario en salud.

El Capítulo 7 sobre la ***Calidad de la atención*** se basa en el marco de Calidad y Resultados de la Atención Sanitaria (HCQO) de la OCDE para examinar el desempeño de los sistemas de salud en ALC. Abarca la mortalidad evitable (prevenible y tratable), la cobertura de vacunación infantil, las hospitalizaciones evitables por afecciones crónicas, la letalidad intrahospitalaria tras un infarto agudo de miocardio y un accidente cerebrovascular, los resultados de la atención del cáncer, y la seguridad del paciente y la prescripción segura, incluido el consumo de antimicrobianos.

El Capítulo 8 sobre la ***Fuerza de trabajo en salud*** examina la oferta de médicos, personal de enfermería y partería, así como de profesionales de salud afines como odontólogos, farmacéuticos y fisioterapeutas. También abarca a los trabajadores comunitarios de salud y al personal de salud ambiental y ocupacional, y reporta el número de egresados de medicina y enfermería y el stock de médicos y enfermeras formados en ALC que trabajan en países de la OCDE.

El Capítulo 9 sobre el ***Envejecimiento*** muestra las tendencias demográficas en ALC, tanto actuales como proyectadas, así como la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable a los 60 años. También se destaca la atención de largo plazo, con indicadores sobre los determinantes de las necesidades de atención y la respuesta del sistema, los cuidadores remunerados y no remunerados, la formación de los cuidadores y la carga de tiempo, y la mortalidad por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Países de América Latina y el Caribe

Para esta tercera edición de *Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026*, se incluyeron 33 países de la región, como se muestra en la Tabla 1. Los países se seleccionaron con base en su ubicación geográfica en América Latina o el Caribe, y en si son estados soberanos.

Tabla 1. Países de América Latina y el Caribe incluidos y sus códigos ISO

País	Código ISO	País	Código ISO
Antigua y Barbuda	ATG	Guyana	GUY
Argentina	ARG	Haití	HTI
Bahamas	BHS	Honduras	HND
Barbados	BRB	Jamaica	JAM
Belice	BLZ	México	MEX
Bolivia	BOL	Nicaragua	NIC
Brasil	BRA	Panamá	PAN
Chile	CHL	Paraguay	PRY
Colombia	COL	Perú	PER
Costa Rica	CRI	San Cristóbal y Nieves	KNA
Cuba	CUB	Santa Lucía	LCA
Dominica	DMA	San Vicente y las Granadinas	VCT
República Dominicana	DOM	Surinam	SUR
Ecuador	ECU	Trinidad y Tobago	TTO
El Salvador	SLV	Uruguay	URY
Granada	GRD	Venezuela	VEN
Guatemala	GTM		

Selección y presentación de los indicadores

Los indicadores se han seleccionado por ser relevantes para el monitoreo del desempeño de los sistemas de salud, considerando la disponibilidad y la comparabilidad de los datos existentes en la región de ALC. La publicación aprovecha los datos administrativos y programáticos rutinarios recopilados por la Organización Mundial de la Salud, el Grupo Banco Mundial y la OCDE, así como las encuestas especiales de población de los países que recopilan información demográfica y de salud.

Los indicadores se presentan en forma de figuras fáciles de leer y texto explicativo. Cada uno de los temas abordados en esta publicación se presenta en dos páginas. La primera página define el indicador, ofrece un breve comentario que destaca los principales hallazgos que transmiten los datos y proporciona algunas referencias clave. En la página opuesta se encuentra un conjunto de figuras. Estas normalmente muestran los niveles actuales del indicador y, cuando es posible, las tendencias a lo largo del tiempo. En algunos casos, se incluye una figura adicional que relaciona el indicador con otra variable. Cuando se incluye un promedio de la OCDE o de ALC en una figura, se trata del promedio no ponderado de los países presentados, a menos que se especifique lo contrario. El número de países incluidos en los promedios regionales está representado por el número que acompaña a «OCDE» o « ALC » (por ejemplo, ALC 15 representa el promedio de 15 países de ALC con datos disponibles).

Las limitaciones en la comparabilidad de los datos se indican tanto en el texto (en el recuadro relativo a «Definición y comparabilidad») como en las notas al pie de las figuras.

La situación de la salud y del sistema de salud puede evolucionar rápidamente, posiblemente aún más en los países de ingresos bajos y medios que en los de ingresos altos. Por lo tanto, es importante señalar que algunos indicadores podrían no reflejar la situación más reciente de algunos países. Los autores han recopilado los datos más recientes disponibles, de modo que el panorama descrito en cada capítulo y sección de la publicación muestre el escenario lo más actualizado posible.

Para el Capítulo 3, sobre el Estado de salud, los datos de mortalidad se extraen de dos fuentes complementarias: la Base de Datos de Mortalidad de la OMS, que se basa en datos medidos y, por lo tanto, se prioriza, y el estudio de Carga Mundial de Enfermedad (GBD) del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), que proporciona estimaciones modeladas. Cuando la clasificación de las causas de muerte es fácilmente comparable entre la CIE-10 y la lista de causas del GBD, se presentan ambas fuentes para mayor exhaustividad.

A partir de estas fuentes, los denominadores de población utilizados para calcular las tasas de mortalidad provienen de las Perspectivas de la Población Mundial de la ONU (varias ediciones), utilizando estimaciones a mitad de año. Las tasas de mortalidad por intervalo de edad están estandarizadas por edad para su comparabilidad, a menos que se indique lo contrario, utilizando una población estándar que refleja la distribución etaria de 2022 de los cuatro países de la OCDE en ALC, una estructura que es a la vez demográficamente representativa de América Latina y el Caribe y consistente con el reporte de la OCDE. Esta población estándar también se utilizó para los indicadores no específicos por enfermedad en el Capítulo 7. Para el análisis por sexo, las tasas de mortalidad específicas por edad se calculan por separado para hombres y mujeres y se estandarizan utilizando el mismo conjunto de ponderaciones.

Indicadores de los países de ALC que son miembros o socios de la OCDE

Cuatro países de ALC son estados miembros de la OCDE: Chile, Colombia, Costa Rica y México. Argentina, Brasil y Perú se encuentran actualmente en proceso de adhesión a la OCDE. El promedio de la OCDE se calcula como el promedio no ponderado de todos los países miembros de la OCDE con datos disponibles para el indicador (no solo los cuatro miembros de la OCDE en ALC: Chile, Colombia, Costa Rica y México), independientemente de si los valores de cada país se muestran en la figura.

Encuestas de políticas que sustentan los Capítulos 1 y 2

Los Capítulos 1 y 2 se basan en dos encuestas de políticas de la OCDE dedicadas, realizadas para esta edición de *Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026*. Estas encuestas se diseñaron para complementar los indicadores cuantitativos comparables internacionalmente con información estructurada sobre los arreglos de política, gobernanza e institucionales entre países.

El Capítulo 1 se basa en la Encuesta de Políticas de Calidad de la Atención de *Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026* de la OCDE, administrada en línea entre octubre de 2025 y febrero de 2026 a funcionarios de los Ministerios de Salud que participan en la publicación. Doce países respondieron directamente: Argentina, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Granada, México, Paraguay, Perú y Santa Lucía. La encuesta abarcó los arreglos institucionales y de política para apoyar la calidad de la atención, incluidos la gobernanza, la regulación, la certificación de la fuerza de trabajo, la acreditación, las guías clínicas, la evaluación de tecnologías sanitarias, la auditoría y la revisión del desempeño, los incentivos financieros, la seguridad del paciente, el control de infecciones, la experiencia del paciente, y fuentes e indicadores de datos de salud seleccionados. La Secretaría de la OCDE compiló perfiles de país adicionales para la República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Panamá, utilizando fuentes públicas y entrevistas con expertos.

El Capítulo 2 se basa en la Encuesta de Desigualdad e Inequidad en las Políticas de Atención Sanitaria de *Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026*, administrada en línea entre octubre de 2025 y febrero de 2026 a funcionarios de los Ministerios de Salud que participan en la publicación. Seis países respondieron directamente: Argentina, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Paraguay y Perú. La encuesta abarcó cómo abordan los países las inequidades en salud mediante la política, la gobernanza y la práctica operativa, incluidos las leyes, las estrategias, los arreglos de financiamiento, la recopilación y la desagregación de datos, el monitoreo y la evaluación, las capacidades de salud digital, las intervenciones focalizadas para las poblaciones desfavorecidas y la acción intersectorial. La Secretaría de la OCDE compiló perfiles de país adicionales para la República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Panamá utilizando fuentes públicas y entrevistas con expertos.

Resumen ejecutivo

Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026 ofrece una evaluación comparativa entre países de la salud y del desempeño de los sistemas de salud en 33 países de América Latina y el Caribe (ALC), combinando indicadores comparables con un análisis temático de temas prioritarios de política. Esta edición se centra en dos desafíos conectados: mejorar la calidad de la atención y reducir las desigualdades en la salud y la atención sanitaria.

El primer capítulo temático muestra que, si bien muchos países de ALC cuentan con estrategias, regulaciones e indicadores de calidad, pocos disponen de las herramientas para traducirlos en una mejor atención. El segundo muestra que las desigualdades siguen siendo una barrera clave para lograr mayores ganancias en salud. Los grupos desfavorecidos enfrentan mayores riesgos de salud, más barreras para acceder a una atención oportuna, una menor calidad, una protección financiera más débil y peores resultados.

Los siete capítulos de datos documentan el contexto más amplio en el que se desarrollan estos desafíos. En general, los hallazgos apuntan a un mensaje de política claro: los sistemas de salud de ALC necesitan pasar de ampliar la cobertura a mejorar el desempeño. La región ha construido bases importantes, pero la próxima fase de reformas dependerá de hacer que los sistemas sean más efectivos, equitativos y estén preparados para el envejecimiento, las enfermedades crónicas y las emergencias futuras.

El avance hacia el logro de la cobertura universal generó ganancias históricas, que ahora deben ir acompañadas de una atención sanitaria de mejor calidad y más equitativa

- **Los resultados en materia de salud en América Latina y el Caribe siguen mejorando, pero el progreso ya no reduce la brecha con los países de la OCDE.** La esperanza de vida alcanzó los 74,6 años en 2024, un aumento de 2,4 años desde 2010, pero se mantuvo por debajo del promedio de la OCDE de 81,3 años, oscilando entre alrededor de 81,3 años en Chile y Costa Rica y menos de 70 en Haití y Bolivia. La mortalidad infantil se redujo en un 34,4% entre 2010 y 2024, hasta 14,4 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, en comparación con alrededor de 4 en la OCDE, mientras que la mortalidad en menores de 5 años disminuyó en un 43%, hasta 16,3 por cada 1 000, alrededor de tres veces el nivel de la OCDE. Las ganancias futuras dependerán menos de ampliar el contacto con los servicios y más de mejorar la efectividad, la seguridad y la capacidad de respuesta de la atención.
- **Las altas tasas de mortalidad evitable muestran dónde la cobertura no logra traducirse en mejores resultados.** En 2023, la mortalidad evitable alcanzó 297 muertes por cada 100 000 habitantes en ALC25, en comparación con 162 en la OCDE. La vacunación sigue siendo una fortaleza relativa, pero unos peores resultados en la atención aguda y el cáncer apuntan a deficiencias en el diagnóstico, la referencia, la respuesta de emergencia, el tratamiento especializado y la continuidad de la atención. La mortalidad por cáncer tratable promedió 19,3 muertes por cada 100 000 habitantes en ALC26, alrededor de un 30% por encima del promedio de la OCDE, y empeoró durante la última década, al aumentar en 1,2 mientras que el promedio de la OCDE disminuyó en 2,8.

Las políticas de calidad en ALC han establecido estándares, pero aún faltan las herramientas para impulsar la mejora continua y mejores resultados

- **La mayoría de los países han construido las bases de la gobernanza de la calidad, pero la implementación sigue siendo desigual.** La calidad se incluye como una prioridad transversal en las estrategias de salud en 14 de 19 países, y la habilitación de proveedores y la regulación de medicamentos se reportan en 17 de 19. Sin embargo, solo Perú y Chile reportan planes de implementación de la calidad plenamente presupuestados con marcos de monitoreo, lo que sugiere que la calidad a menudo se reconoce como una prioridad sin los presupuestos ni los mecanismos de rendición de cuentas necesarios para transformar la prestación de la atención.
- **La medición de la calidad se está ampliando, pero está débilmente vinculada a la rendición de cuentas y a los incentivos.** Muchos países reportan indicadores de calidad, sistemas de auditoría y guías clínicas, pero solo seis cuentan con conjuntos integrales de indicadores nacionales de calidad. Las reformas de pago vinculadas a la calidad no se implementan a nivel nacional en 12 de 19 países. La acreditación se reporta en 9 países, el apoyo a la decisión clínica

en 6 y el financiamiento basado en el desempeño en 4, lo que apunta a una brecha entre el establecimiento de estándares y la incorporación de la mejora continua en la atención rutinaria. La infraestructura de datos poco desarrollada se reporta como una barrera en la mayoría de los países, mientras que la medición estandarizada de la experiencia del paciente se reporta únicamente en Ecuador, Chile y Colombia. Solo cuatro países reportan sistemas de codificación estandarizados para los incidentes de seguridad y los cuasi accidentes.

Las brechas de equidad persisten porque el acceso por sí solo no garantiza una atención efectiva, asequible y centrada en las personas

- **La equidad significa asegurar una atención efectiva, no solo el acceso a la atención.** Los grupos desfavorecidos enfrentan mayores riesgos de salud, más barreras para acceder a una atención oportuna, una atención de menor calidad y menos continua, una protección financiera más débil y peores resultados. La necesidad de atención sanitaria no satisfecha promedia el 35% en la región, oscilando entre el 3,2% en Costa Rica y el 73% en Perú. La mortalidad infantil es alrededor de tres veces mayor entre los más pobres que entre los más ricos en Perú, alrededor de una cuarta parte más alta en Haití, y las brechas rural-urbanas superan el 40% en varios países.
- **Las políticas de equidad todavía se centran más en ampliar los servicios que en adaptarlos a los grupos desatendidos.** La expansión de la infraestructura se reporta en 13 de 14 países, el alcance comunitario en 11 y la telesalud en 9, pero el apoyo al transporte solo en 7, el personal bilingüe o comunitario en 6 y las políticas de inclusión digital en 4. La protección financiera también sigue siendo incompleta: los servicios subsidiados o gratuitos se reportan en 13 de 14 países y las exenciones de copago en 8, pero los fondos para el gasto catastrófico solo en 4.
- **Los sistemas de datos sobre equidad siguen siendo demasiado limitados para orientar la acción.** Todos los países encuestados recopilan información desagregada sobre el acceso a los servicios y los resultados de salud, pero solo 6 de 14 lo hacen para la calidad de la atención y solo 5 para la protección financiera. Los sistemas de datos captan la etnicidad en 7 países, la discapacidad en solo 1 y el estatus migratorio en ninguno. Sin una mayor desagregación, algunos de los grupos más vulnerables de la región siguen siendo puntos ciegos de la política.

Cerrar las brechas de calidad y equidad también requiere una mayor capacidad del sistema de salud y una mayor prevención para preparar a la región frente a los nuevos riesgos de salud

- **Ampliar las ganancias en salud requerirá abordar la nueva realidad epidemiológica.** Las enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades cardiovasculares y los cánceres, representaron el 75,9% de todas las muertes en ALC33 en 2023. Sin embargo, el progreso en la reducción de la mortalidad por las principales ENT ha sido mucho más lento que en los países de la OCDE: la mortalidad por enfermedad cardiovascular disminuyó solo un 4% en ALC25 entre 2010 y 2023, en comparación con el 28,4% en la OCDE, mientras que la mortalidad por cáncer disminuyó un 4%, en comparación con el 18% en la OCDE.
- **Las brechas de infraestructura en ALC se extienden tanto a las capacidades físicas como a las digitales.** En 2024, los países de ALC tenían 22,6 camas hospitalarias por cada 10 000 habitantes, en comparación con 42,0 en la OCDE, mientras que los egresos hospitalarios en nueve países que reportan datos promediaron 4 964 por cada 100 000 habitantes, frente a 13 639 en la OCDE. Los sistemas digitales siguen siendo desiguales: Costa Rica, Paraguay y Perú reportan un enlace casi integral entre los conjuntos de datos de atención primaria, hospitalarios, de prescripción y de mortalidad, mientras que otros países reportan enlaces más limitados, a menudo restringidos a los datos hospital-mortalidad u hospital-prescripción.

El gasto en salud proveniente de fuentes públicas en ALC sigue siendo bajo, y demasiada atención es pagada directamente por los hogares

- **ALC gasta mucho menos en salud que los países de la OCDE, y una proporción menor se financia a través de esquemas públicos o obligatorios mancomunados**. En 2024, el gasto sanitario corriente per cápita en los países de la OCDE fue casi cuatro veces el de los países de ALC, con USD PPA 6 097 en comparación con USD PPA 1 518. El gasto en salud representó el 6,5% del PIB en ALC33, en comparación con el 9,3% en la OCDE. Los esquemas gubernamentales y de seguro obligatorio financiaron el 57% del gasto sanitario corriente en ALC, en comparación con alrededor del 75% en los países de la OCDE.
- **El alto gasto de bolsillo expone a los hogares a dificultades financieras cuando se necesita atención y puede limitar el acceso oportuno, especialmente para los grupos más pobres**. Los pagos de bolsillo representaron el 32% del gasto sanitario corriente en ALC en 2024, en comparación con el 20% en la OCDE. Los pagos de bolsillo representaron el 3,4% del consumo final de los hogares en ALC, similar al promedio de la OCDE del 3,2%, y superaron el 4,5% en Honduras, Surinam, Paraguay, San Cristóbal y Nieves, Chile y Panamá.

La baja disponibilidad de fuerza de trabajo es una barrera clave para el acceso a una atención de alta calidad, mientras que las necesidades de atención de largo plazo y de atención sanitaria continúan creciendo a medida que la población envejece rápidamente

- **Los sistemas de salud de ALC enfrentan una importante escasez de fuerza de trabajo y carecen de integración entre la formación, el despliegue, la retención y el ámbito de práctica.** ALC tiene 2,4 médicos por cada 1 000 habitantes, en comparación con 3,6 en la OCDE, con un rango que va de 9,5 en Cuba a 0,3 en Haití. La densidad de personal de enfermería y partería es mucho menor, de 3,9 por cada 1 000 habitantes en ALC en comparación con 10,3 en la OCDE. Además, la región es intensiva en médicos, con solo 1,6 enfermeras y parteras por médico, en comparación con 2,9 en la OCDE. Los flujos de formación también siguen siendo desiguales: si bien el número de egresados de medicina se acerca al promedio de la OCDE, el número de egresados de enfermería es la mitad del promedio de la OCDE.
- **El envejecimiento poblacional aumentará marcadamente la demanda de atención sanitaria y de atención de largo plazo**. Se proyecta que la proporción de personas de 65 años o más en ALC casi se duplique, del 9,3% en 2023 al 18,1% en 2050, mientras que se proyecta que la proporción de personas de 80 años o más aumente del 1,8% al 4,9%. La región depende de aproximadamente 25 millones de cuidadores no remunerados en comparación con alrededor de 3 millones de cuidadores remunerados; mantener las razones de cuidado actuales requeriría alrededor de 60,5 millones de cuidadores no remunerados para 2050.

1 Calidad de la atención en América Latina y el Caribe

A pesar de los importantes avances en la cobertura de atención durante la última década, las grandes brechas de calidad en América Latina y el Caribe siguen generando mortalidad evitable, ineficiencia y desigualdad. Este capítulo examina los arreglos de política e institucionales para la calidad de la atención sanitaria en 19 países a lo largo de seis dominios: gobernanza, garantía externa, atención basada en evidencia, capacidad de la fuerza de trabajo, seguridad del paciente, y atención integrada y centrada en las personas. Si bien muchos países han establecido las bases fundamentales de la gobernanza de la calidad, pocos han construido los sistemas de aprendizaje necesarios para transformar el cumplimiento en mejores resultados. Las grandes diferencias entre países sugieren una atención aguda y crónica organizada de manera desigual, en la que la prevención suele tener un mejor desempeño que el tratamiento. Los sistemas de medición, las herramientas de seguridad del paciente y los incentivos están cada vez más presentes, pero todavía no se utilizan de forma rutinaria para orientar los protocolos, el pago o la rendición de cuentas. La atención centrada en las personas e integrada sigue siendo el área menos desarrollada. Las acciones prioritarias incluyen fortalecer la gobernanza, la calidad de la fuerza de trabajo, la seguridad del paciente, la notificación pública de información, el financiamiento vinculado a la calidad, el monitoreo de la equidad y una infraestructura digital interoperable.

Introducción

La cobertura universal de salud (CUS) ha avanzado a pasos agigantados en América Latina y el Caribe, junto con expansiones históricas en el gasto en salud, aunque las mejoras en salud han sido a menudo desiguales y modestas (Dmytraczenko and Almeida, 2015[1]). El índice regional de cobertura de servicios esenciales aumentó de 66 en 2000 a 80 en 2019, antes de retroceder a 74 en 2021, lo que refleja tanto el progreso como las fragilidades persistentes (WHO, 2021[2]).

Sin embargo, ampliar la cobertura por sí sola no basta para lograr mejores resultados de salud. Traducir la cobertura nominal en mejores resultados requiere una atención de alta calidad, definida por la Organización Mundial de la Salud y la OCDE como una atención que sea efectiva, segura, centrada en las personas, oportuna, equitativa, integrada y eficiente (OECD/WHO/World Bank Group, 2018[3]). La calidad no solo se refiere a si las personas pueden acceder a los servicios, sino también a si estos se organizan y prestan de manera que contribuyan a mejores resultados.

La calidad de la atención se ha convertido en el desafío central para los sistemas de salud en América Latina y el Caribe (ALC). Las persistentes brechas de calidad siguen debilitando la promesa de la cobertura sanitaria universal, contribuyendo a muertes evitables, desperdicio de recursos, mayores desigualdades en salud y socavando la confianza (Kruk et al., 2018[4]). Muchas de estas brechas de calidad reflejan cómo se organiza la atención en sistemas de salud fragmentados y segmentados, donde las diferencias en el acceso y la calidad entre grupos de ingresos, territorios y poblaciones socavan tanto la confianza en las instituciones como la equidad de la atención (Roberti et al., 2024[5]). Las persistentes debilidades en la coordinación de la atención y la supervisión regulatoria, la medición limitada de los resultados clínicos y la experiencia del paciente, y el uso insuficiente de datos para la mejora restringen aún más la prestación de atención de alta calidad (OECD/The World Bank, 2023[6]; Lorenzoni et al., 2019[7]). En el caso de enfermedades crónicas, multimorbilidad y episodios agudos que requieren transiciones entre niveles de atención, la calidad depende cada vez más no solo de lo que ocurre dentro de cada centro, sino también de la continuidad a lo largo del recorrido del paciente, respaldada por derivaciones eficaces, intercambio de información, atención multidisciplinaria y una clara rendición de cuentas.

Una atención de alta calidad también impulsa la eficiencia y la optimización de los recursos. En entornos con restricciones presupuestarias, mejorar la calidad de la atención aumenta el retorno de la inversión en salud al alinear la práctica con la evidencia, prevenir complicaciones y reducir la variabilidad injustificada que no guarda relación con las necesidades del paciente. Por lo tanto, mejorar la calidad es un objetivo tanto sanitario como fiscal: al alinear la atención más estrechamente con la evidencia y reducir los daños evitables, los sistemas de salud pueden mejorar los resultados, aumentar el valor obtenido del gasto existente y liberar recursos para abordar las necesidades no satisfechas (OECD, 2017[8]).

Muchos países de la región han establecido bases importantes para la garantía de calidad, incluidos marcos regulatorios, estándares, políticas de calidad y responsabilidades institucionales. La siguiente fase es más exigente: requiere conectar estos elementos de manera más eficaz para que la medición oriente la acción, la regulación apoye la implementación y la financiación y la rendición de cuentas refuercen una mejor atención, en lugar de operar como mecanismos separados. Los países no parten del mismo punto, y su posición puede diferir según las áreas del sistema. Algunos aún están consolidando los mecanismos básicos de gobernanza y garantía de calidad, mientras que otros pueden centrarse cada vez más en la implementación, el aprendizaje organizacional, la rendición de cuentas y el uso más sistemático de la información y los incentivos de calidad.

Este capítulo examina estas cuestiones combinando resultados de calidad comparables internacionalmente con un análisis de las políticas, las instituciones y los mecanismos de implementación que configuran la prestación de atención de alta calidad, centrándose en las implicaciones para las intervenciones y la mejora del desempeño del sistema. El análisis considera la gobernanza, la garantía de calidad profesional y de los servicios, la evaluación de tecnologías sanitarias, la medición y la seguridad del paciente, los incentivos financieros y la atención integrada y centrada en las personas. Al vincular el desempeño observado con la arquitectura política subyacente, el capítulo identifica opciones de acción para apoyar el desarrollo de sistemas de salud más resilientes, equitativos y de alto rendimiento, capaces de responder a las necesidades sanitarias cambiantes de la región y fortalecer la confianza en las instituciones públicas.

El análisis no solo examina qué mecanismos de calidad han adoptado los países, sino también hasta qué punto estos mecanismos conforman un sistema coherente capaz de traducir los estándares, la medición y la supervisión en una mejor atención y mejores resultados. La comparación entre países con diferentes puntos de partida también ofrece oportunidades para la evaluación comparativa y el aprendizaje entre pares dentro de la región, al tiempo que se aprovecha la experiencia de la OCDE para identificar cómo los sistemas de calidad más consolidados conectan la gobernanza, la implementación y la mejora continua.

La calidad de la atención en América Latina y el Caribe medida a través de indicadores comparables internacionalmente

Evaluar la calidad de la atención entre países ha sido históricamente difícil en América Latina y el Caribe debido a sistemas de información en salud fragmentados, prácticas de reporte desiguales y la limitada disponibilidad de datos comparables. Los análisis anteriores del desempeño de los sistemas de salud en la región a menudo se basaban en estadísticas de mortalidad, estudios a nivel de establecimientos o datos administrativos específicos de cada país, lo que limitaba la posibilidad de una comparación sistemática entre países. Sin embargo, durante las últimas dos décadas se han logrado avances importantes. Muchos países han fortalecido los sistemas rutinarios de información en salud, ampliado los registros digitales de salud y mejorado el reporte de datos hospitalarios, de mortalidad y de utilización de servicios. Al mismo tiempo, las crecientes inversiones

en capacidades de inteligencia sanitaria y el uso secundario de los datos de salud han permitido un monitoreo más consistente del desempeño de los sistemas de salud. Estos avances han mejorado significativamente la disponibilidad de indicadores comparables internacionalmente sobre la calidad de la atención sanitaria, haciendo cada vez más posible evaluar los resultados, los procesos de atención y las experiencias de los pacientes entre países. Si bien estos indicadores aportan información valiosa sobre el estado de la calidad de la atención en la región, su interpretación debe considerar también las diferencias en los sistemas de datos, las prácticas de reporte y la organización de los sistemas de salud entre países (Kruk et al., 2018[4]).

Los esfuerzos internacionales para medir y comparar la calidad de la atención sanitaria se han fortalecido mediante el desarrollo de marcos conceptuales e indicadores estandarizados. El marco de Calidad y Resultados de la Atención Sanitaria (HCQO, por sus siglas en inglés) de la OCDE ofrece un enfoque estructurado para evaluar el desempeño de los sistemas de salud entre países, organizando los indicadores en dimensiones clave de la calidad, incluidas la efectividad, la seguridad y el carácter centrado en las personas y en niveles de atención como la atención primaria, la atención hospitalaria y la salud pública (OECD, 2024[9]). El marco enfatiza el uso de indicadores comparables internacionalmente para monitorear qué tan bien los sistemas de salud previenen enfermedades, brindan un tratamiento efectivo y minimizan el daño a los pacientes. Dentro de este enfoque, los indicadores pueden captar distintas etapas de los procesos y resultados de la atención, desde las intervenciones preventivas hasta los resultados del tratamiento y los resultados de salud. Al proporcionar un marco común de medición, los indicadores HCQO apoyan la comparación entre países y ayudan a identificar las áreas en las que los sistemas de salud tienen un buen desempeño o en las que podría ser necesaria una mayor mejora.

Un panorama multidimensional de la calidad de la atención sanitaria en América Latina y el Caribe

Sobre la base del marco HCQO de la OCDE, el capítulo de datos sobre calidad de la atención de Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026 (Capítulo 7) presenta un conjunto de indicadores que cubren dimensiones clave de la calidadde la atención sanitaria en la región. Comienza con indicadores de mortalidad evitable, una medida global de la capacidad del sistema de salud para minimizar las muertes por causas que no deberían ocurrir con políticas de salud pública efectivas y una atención sanitaria oportuna, distinguiendo entre causas prevenibles que pueden reducirse mediante la prevención a nivel poblacional y causas tratables que dependen más directamente del desempeño y la calidad de los servicios de salud. En segundo lugar, el capítulo evidencia el desempeño de la prevención en salud mediante indicadores de cobertura de vacunación. Estos indicadores evalúan el alcance y la efectividad de los programas de inmunización infantil, incluida la cobertura de difteria, tétanos y tos ferina (DTP3), vacunas que contienen el componente del sarampión, y hepatitis B, que en conjunto captan componentes esenciales de la atención preventiva y la protección de la población frente a enfermedades transmisibles. Las hospitalizaciones evitables por afecciones crónicas como el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la insuficiencia cardíaca congestiva y la diabetes ofrecen información sobre la efectividad y accesibilidad de la atención primaria para prevenir complicaciones que requieren tratamiento hospitalario. Los indicadores de letalidad intrahospitalaria tras un infarto agudo de miocardio y un accidente cerebrovascular evalúan la calidad y la oportunidad de la atención hospitalaria aguda para las principales emergencias cardiovasculares. Como complemento de la evaluación del desempeño de la atención aguda, el capítulo presenta indicadores de atención del cáncer, incluida la mortalidad por cáncer tratable y la supervivencia a 5 años para los cánceres infantiles. Además, indicadores de seguridad del paciente y prescripción segura que examinan tanto las bases de política para la seguridad del paciente, incluida la alineación con el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS, como los patrones de consumo de antimicrobianos, que ofrecen señales sobre las prácticas de prescripción y los posibles riesgos relacionados con el daño asociado a los medicamentos.

Tabla 1.1 y Tabla 1.2 presentan un resumen de los indicadores de calidad de la atención comparables internacionalmente para los países de América Latina y el Caribe. Las cifras ofrecen una panorámica sintética del desempeño relativo entre países y dimensiones de la atención, lo que permite identificar patrones generales en toda la región.

Tabla 1.1. Indicadores seleccionados de calidad de la atención en países de ALC

	Mortalidad por causas **evitables**. Tasa estandarizada por edad por cada 100 000 habitantes.		DTP3 Cobertura de vacunación en niños de 1 año (%)	Cobertura de la primera inmunización con la vacuna contra el sarampión en niños de 1 año (%)	Segunda dosis de la vacuna contra el sarampión administrada antes de la edad recomendada localmente(%)	Cobertura de vacunación contra la hepatitis B en niños de 1 año (%)	Criterios del Plan de Acción Global para la Seguridad del Paciente 2021-2030 (sobre 10 puntos)
	Mortalidad por causas **tratables**	Mortalidad por causas **prevenibles**					
Antigua y Barbuda	117	16	99	97	82	99	
Argentina	108	100	75	82	46	75	4/10
Bahamas			90	86	60	90	
Barbados			94	88	76	94	
Belice	166	252	88	84	83	88	5/10
Bolivia			59	67	61	59	5/10
Brasil	111	155	91	93	68	90	4/10
Chile	62	94	95	93	73	95	4/10
Colombia	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	
República Dominicana	132	132	87	89	78	86	6/10
Ecuador	91	153	70	74	60	70	8/10
El Salvador			95	96	90	95	4/10
Granada	169	174	93	83	67	86	
Guatemala	158	207	81	90	78	81	
Guyana	232	321	98	99	97	98	2/10
Haití			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	
Nicaragua	132	143					
Panamá	87	106	72	93	82	72	4/10
Paraguay	140	183	80	90	69	80	1/10
Perú	78	121	80	89	76	80	6/10
San Cristóbal y Nieves	163	221	97	95	97	97	
Santa Lucía	115	156	99	83	67	99	
San Vicente y las Granadinas	217	216	99	99	99	99	
Surinam			69	73	52	69	
Trinidad y Tobago	150	171	92	96	89	92	4/10
Uruguay	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**	

Nota: Todos los indicadores presentan valores para 2024 o el último año disponible, excepto la mortalidad por causas evitables, cuyo último año es 2023. Las especificaciones de los indicadores, las aclaraciones y las notas para una mayor interpretación pueden encontrarse en sus respectivas secciones del Capítulo 7. Los promedios de la OCDE y de ALC son promedios simples calculados con un mínimo de 7 países disponibles. El número de países en los promedios de cada indicador puede variar. Para más especificaciones, consulte la sección correspondiente del Capítulo 7. La escala de color se construye con base en el promedio de ALC. Las celdas más grises son progresivamente peores que el promedio, mientras que las celdas más verdes son progresivamente mejores que el promedio.
Fuente: Véase el Capítulo 7.

Si bien cada uno de estos indicadores se examina en detalle en el Capítulo 7, observarlos de manera agregada permite discernir patrones y conocimientos generales. Los indicadores que reflejan los resultados de salud y la calidad de la atención aguda muestran una variación considerablemente mayor entre países. La mortalidad por causas tratables (muertes que deberían evitarse con una atención sanitaria oportuna y efectiva) varía marcadamente en toda la región, oscilando entre alrededor de 62 muertes por cada 100 000 habitantes en Chile y más de 230 por cada 100 000 en Guyana. Esta diferencia de casi cuatro veces sugiere disparidades sustanciales en la capacidad de los sistemas de salud para diagnosticar, tratar y manejar afecciones

que deberían ser susceptibles de atención médica. Dicha variación puede reflejar diferencias en el acceso a un tratamiento oportuno, la disponibilidad de servicios especializados y factores más amplios de calidad del sistema de salud, incluida la capacidad de la fuerza de trabajo, la infraestructura y la coordinación de la atención. En contraste, los servicios preventivos tienden a tener un desempeño relativamente bueno en muchos países de ALC. La cobertura promedio de los programas básicos de inmunización infantil, incluidas la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3), las vacunas que contienen el componente del sarampión (MCV1 y MCV2) y la hepatitis B, se mantiene alta en varios países, lo que refleja la prioridad de larga data otorgada a los programas de vacunación y el sólido legado de las iniciativas nacionales de inmunización en toda la región.

Los indicadores relacionados con la seguridad del paciente y la prescripción segura sugieren que muchos países de la región todavía están fortaleciendo las bases institucionales para una atención más segura. El grado en que los países cumplen los criterios de política y gobernanza establecidos en el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030 de la OMS varía considerablemente, lo que indica diferencias en la madurez de los marcos de seguridad del paciente, los sistemas de reporte y las estrategias nacionales orientadas a reducir el daño evitable en la atención sanitaria. Fortalecer la gobernanza de la seguridad del paciente, promover sistemas de salud que aprenden y mejorar el monitoreo del uso de medicamentos se reconocen cada vez más como elementos centrales de los sistemas de salud de alta calidad (WHO, 2024[10]).

Tabla 1.2. Indicadores de calidad para la atención aguda y primaria, países de ALC con datos disponibles

Tasa estandarizada por edad y sexo por cada 100 admisiones

	Mortalidad intrahospitalaria dentro de los 30 días posteriores al ingreso por infarto agudo de miocardio[1]	Mortalidad intrahospitalaria dentro de los 30 días posteriores al ingreso por accidente cerebrovascular isquémico[1]	Mortalidad intrahospitalaria dentro de los 30 días posteriores al ingreso por accidente cerebrovascular hemorrágico[1]	Ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca congestiva[2]	Ingresos hospitalarios por diabetes[2]	Ingresos hospitalarios por asma[2]	Ingresos hospitalarios por EPOC[2]
Argentina				34	57	18	25
Chile	9	9	25	61	90	14	32
Colombia	6	6		40	45	12	46
Costa Rica	7	35	25	19	54	11	17
Ecuador	11	8	17	42	5	5	5
México	23	17	31	36	149	5	20
Paraguay	24	12	26				
Perú	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 de 45 años y más. 2. Pacientes de 15 años y más.
Notas: Todos los indicadores presentan valores para 2024 o el último año disponible. Las especificaciones de los indicadores, las aclaraciones y las notas para una mayor interpretación pueden encontrarse en sus respectivas secciones del Capítulo 7. Lospromedios de la OCDE y de ALC son promedios simples calculados con un mínimo de 7 países disponibles. El número de países en los promedios de cada indicador puede variar. Para más especificaciones, consulte la sección correspondiente del Capítulo 7. La escala de color se construye con base en el promedio de ALC. Las celdas más grises son progresivamente peores que el promedio, mientras que las celdas más verdes son progresivamente mejores que el promedio.
Fuente: Véase el Capítulo 7.

Los indicadores de la atención hospitalaria aguda apuntan a marcadas diferencias en la capacidad de los sistemas de salud de la región para brindar un tratamiento oportuno y efectivo de las principales emergencias cardiovasculares (Tabla 1.2). La variación en las tasas de letalidad tras un infarto agudo de miocardio y un accidente cerebrovascular sugiere un desempeño desigual en la respuesta de emergencia, las vías clínicas y la gestión hospitalaria, incluido el acceso a un diagnóstico rápido, un tratamiento especializado y una atención coordinada. Al mismo tiempo, también pueden relacionarse con discrepancias internas en las prácticas de codificación diagnóstica. La evidencia entre países indica que un mejor desempeño en estas áreas suele asociarse con modelos organizados de prestación de servicios, como las redes integradas de atención cardíaca y del accidente cerebrovascular, las unidades especializadas y el monitoreo sistemático de la calidad, lo que pone de relieve el papel de la organización y la gobernanza del sistema en la configuración de los resultados (OECD, 2025[11]). Estas iniciativas, junto con una iniciativa para estandarizar los códigos diagnósticos, se están priorizando actualmente en países como Perú, en un esfuerzo por fortalecer las vías clínicas y los tiempos de respuesta de emergencia. Los indicadores reflejan tanto la calidad de la atención dentro de los hospitales como la organización del proceso de atención al paciente, incluyendo el reconocimiento oportuno, la derivación y el traslado al nivel de atención adecuado.

Las tasas de admisión por afecciones sensibles a la atención ambulatoria ilustran además las diferencias en la forma en que los sistemas de salud manejan las enfermedades crónicas fuera del entorno hospitalario. La amplia variación entre países refleja diferencias en la efectividad, la accesibilidad y la continuidad de la atención primaria, en particular en la prevención y el manejo

de afecciones como la insuficiencia cardíaca congestiva, la diabetes, el asma y la EPOC. Las tasas de admisión más bajas pueden señalar un mejor desempeño de la atención primaria, incluido un diagnóstico oportuno, un seguimiento regular y un tratamiento adecuado; sin embargo, también pueden reflejar una capacidad hospitalaria limitada o barreras de acceso en algunos contextos. Al analizarse junto con los resultados de atención aguda y los indicadores sistémicos más amplios, estos patrones ponen de relieve que la calidad depende tanto de la atención prestada en los centros individuales como de la continuidad asistencial a medida que los pacientes transitan entre proveedores y niveles de atención. No obstante, la interpretación debe tener en cuenta las diferencias en cuanto a acceso, capacidad hospitalaria, codificación e integridad de los datos.

La interpretación de estas medidas requiere una consideración cuidadosa de las características del sistema de salud y de la disponibilidad de datos entre países

Las diferencias observadas a menudo reflejan no solo la calidad de la atención brindada, sino también la variación en el acceso, el reporte y los sistemas de datos. Las diferencias en la codificación diagnóstica, las prácticas de admisión, las vías de referencia, la gravedad de los casos al momento de la admisión y la completitud del reporte hospitalario pueden influir en los resultados entre países. Por ejemplo, las diferencias en las tasas de letalidad pueden verse influidas no solo por la calidad dela atención clínica, sino también por los patrones de referencia, los retrasos en el acceso al tratamiento y las variaciones en la gravedad de los casos al momento de la admisión. Comprender estos factores contextuales es, por tanto, esencial al comparar los indicadores de calidad de la atención entre países y al identificar prioridades para la acción de política.

Una limitación importante sigue siendo el gran número de valores faltantes entre países e indicadores. El conjunto de países incluidos en la Tabla 1.2 representa un subconjunto de países de la región con sistemas de información en salud relativamente más sólidos y datos disponibles para la comparación internacional. En muchos países, la recopilación y el reporte rutinarios de medidas de desempeño siguen siendo incompletos o fragmentados entre los subsistemas del sistema de salud. Como resultado, los indicadores disponibles ofrecen solo una visión parcial de la calidad de la atención prestada en toda la región.

Además, interpretar los indicadores de calidad de la atención en América Latina y el Caribe requiere especial cautela, ya que el desempeño del sistema de salud suele estar configurado tanto por las restricciones de acceso como por las diferencias de calidad. Por ejemplo, las bajas tasas de admisión hospitalaria por afecciones crónicas pueden reflejar un manejo efectivo de la enfermedad en la atención primaria, pero también pueden señalar un acceso limitado a los servicios hospitalarios. Por estas razones, analizar únicamente los indicadores de resultados y de utilización de servicios puede no captar plenamente los factores subyacentes que determinan la calidad de la atención sanitaria en la región.

Para comprender mejor los patrones de estos datos, es necesario, por tanto, complementar los indicadores cuantitativos con información sobre las políticas del sistema de salud, los arreglos de gobernanza y las estrategias de mejora de la calidad. La siguiente sección se basa en los resultados de una encuesta de políticas realizada en 19 países de América Latina y el Caribe para examinar los marcos institucionales, los sistemas de monitoreo y los instrumentos de política que los países han adoptado para fortalecer la calidad de la atención. Este examen más profundo de las políticas de calidad de la atención aporta un contexto importante para interpretar los indicadores presentados anteriormente y ofrece información sobre las palancas de política disponibles para mejorar la calidad de la atención sanitaria en toda la región.

Panorama de la calidad de la atención a nivel de política e institucional

Las políticas para promover la calidad de la atención buscan asegurar que los servicios sean efectivos, seguros y centrados en la persona. La calidad sigue siendo una preocupación incluso en sistemas con amplia cobertura, dado que el acceso por sí solo no garantiza que la atención se preste de maneras que logren consistentemente los resultados deseados o cumplan con estándares aceptables. Para mejorar los resultados de salud al tiempo que se hace un mejor uso de los recursos limitados, los países necesitan estrategias nacionales claras de calidad de la atención que traduzcan la cobertura y la inversión en servicios más seguros, más efectivos y más receptivos (OECD/WHO/World Bank Group, 2018[3]).

La encuesta conjunta realizada en 2025 por el Banco Mundial, la OCDE y el Banco Interamericano de Desarrollo, descrita en el Box 1.1, ofrece un panorama actualizado de las estrategias nacionales de calidad de la atención, los arreglos institucionales y los enfoques de implementación en la región. Para ello, la encuesta examinó 23 mecanismos de política que los países utilizan para definir estándares, organizar la gobernanza de la calidad, establecer y hacer cumplir estándares, apoyar la mejora profesional y organizacional, monitorear y reportar el desempeño, fortalecer la seguridad del paciente, y promover la atención centrada en las personas e integrada. Estos mecanismos pueden agruparse en seis grandes áreas de política:

- **Gobernanza y rendición de cuentas**, que establecen el liderazgo, la supervisión y la orientación de todo el sistema para la calidad de la atención. Esto incluye la gobernanza clínica; la notificación pública de información; el financiamiento basado en el desempeño.
- **Regulación y garantía externa**, que establecen los requisitos mínimos para una atención segura y aceptable y evalúan si los proveedores los cumplen. Esto incluye la habilitación de los proveedores de atención sanitaria; la acreditación; la inspección de las instituciones para verificar los estándares mínimos de seguridad.
- **Atención basada en evidencia y gobernanza de la tecnología**, que promueven una atención más efectiva y consistente al alinear las decisiones y la práctica con la evidencia. Esto incluye el apoyo a la decisión clínica; los estándares, vías y protocolos clínicos; la evaluación de tecnologías sanitarias.

- **Capacidad de la fuerza de trabajo y mejora de los servicios**, que fortalecen la competencia profesional y apoyan la mejora de la calidad en los equipos clínicos y las organizaciones. Esto incluye la formación y la supervisión; la auditoría clínica y la retroalimentación; las revisiones de morbilidad y mortalidad; los ciclos de mejora colaborativos y basados en equipos.
- **Seguridad del paciente y práctica clínica segura**, que buscan reducir el daño prevenible e incorporar procesos de atención más seguros en la prestación rutinaria de servicios. Esto incluye la regulación de medicamentos; los protocolos de seguridad; las listas de verificación de seguridad; el reporte de eventos adversos.
- **Atención centrada en las personas e integrada**, que buscan hacer que la atención responda mejor a las necesidades, preferencias y capacidades de las personas, al tiempo que mejoran la continuidad entre entornos. Esto incluye la participación y el empoderamiento comunitarios formalizados; la alfabetización en salud; la toma de decisiones compartida; el apoyo entre pares y los grupos de pacientes expertos; la retroalimentación de los pacientes y la experiencia de la atención; las herramientas de autogestión del paciente.

Recuadro 1.1. Encuesta de Políticas de Calidad de la Atención de Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026 de la OCDE

La Encuesta de Políticas de Calidad de la Atención de Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026 de la OCDE se administró en línea entre octubre de 2025 y febrero de 2026 a funcionarios de los Ministerios de Salud que participan en Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026. Doce países respondieron directamente la encuesta: Argentina, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Granada, México, Paraguay, Perú y Santa Lucía.

La encuesta recopiló información sobre los principales arreglos institucionales y de política para apoyar la calidad de la atención. Abarcó: el marco general de política para la calidad de la atención; los arreglos legales y regulatorios; la planificación de la fuerza de trabajo y la certificación y recertificación profesional; la acreditación y otros mecanismos externos de evaluación de la calidad; las guías de práctica clínica; la evaluación de tecnologías sanitarias y la regulación de los dispositivos médicos, los hemoderivados y los productos farmacéuticos; la auditoría y la revisión del desempeño; los incentivos financieros para mejorar la calidad de la atención; la seguridad del paciente, la mala praxis médica y el control de infecciones; y los mecanismos para que los pacientes influyan en la calidad de la atención sanitaria, incluida la medición de la experiencia del paciente. Una segunda sección de la encuesta recopiló información sobre la disponibilidad de fuentes de datos e indicadores de salud seleccionados a nivel nacional o subnacional.

Se compiló información adicional para la República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Panamá. Para estos países, la información fue recopilada por la OCDE utilizando fuentes públicas y entrevistas con funcionarios nacionales, en lugar de mediante la respuesta directa a la encuesta por parte de los funcionarios de los Ministerios de Salud. Como tal, estos perfiles de país tienen un estatus diferente al de las respuestas directas a la encuesta. Reflejan, según el mejor conocimiento de la Secretaría, la información pública más reciente disponible sobre los temas abordados. La encuesta y la lista de fuentes utilizadas para los perfiles de país compilados por la OCDE se presentan en el anexo del informe.

Por último, en noviembre de 2025 se celebró un taller presencial en Buenos Aires, Argentina, que reunió a representantes de seis Ministerios de Salud de América Latina para validar las respuestas de la encuesta y discutir en profundidad su interpretación.

Figura 1.1 mapea el estado de implementación de los mecanismos de calidad de la atención en 19 países de América Latina y el Caribe. Apunta a un patrón de institucionalización relativamente sólida de las bases regulatorias y de seguridad, junto con un desarrollo más limitado de los mecanismos que apoyan una gobernanza orientada al aprendizaje y centrada en el paciente.

A lo largo de las seis áreas de política, la encuesta sugiere que la mayoría de los países de América Latina y el Caribe han logrado un progreso consistente en las funciones fundamentales de regulación y garantía externa. La habilitación de proveedores y la regulación de medicamentos se reportan como implementadas en 17 de los 19 países evaluados, lo queindica que la mayoría de los sistemas han establecido las reglas básicas necesarias para autorizar a los proveedores y regular los insumos centrales de la atención. Por el contrario, la acreditación se reporta vigente en solo 9 países, lo que evidencia una posible desconexión entre las políticas y la implementación. Un patrón similar surge en la seguridad del paciente y la práctica clínica segura. Varios países han ido más allá de la regulación básica para adoptar herramientas concretas de reducción del daño, pero la implementación sigue siendo desigual: las listas de verificación de seguridad quirúrgica se reportan como implementadas, o en proceso de implementación, en 12 de 19 países; los sistemas de reporte de eventos adversos están implementados en 11 países; y los protocolos de seguridad están vigentes en 9 países, con otros 5 que reportan que están en proceso de implementación. Esta distribución es coherente con la experiencia internacional, donde los esfuerzos nacionales de calidad suelen comenzar con controles regulatorios e instrumentos de seguridad del paciente antes de evolucionar hacia sistemas más maduros de medición, aprendizaje y mejora continua (WHO, 2017[12]).

El panorama es más heterogéneo en las áreas de política que dependen del aprendizaje institucional, el uso activo de la evidencia y una mayor participación de los pacientes. En gobernanza y rendición de cuentas, la notificación pública de información está implementada en 13 países, pero sigue planificada en cinco: Brasil, Costa Rica, Haití, Nicaragua y Santa Lucía, mientras que el

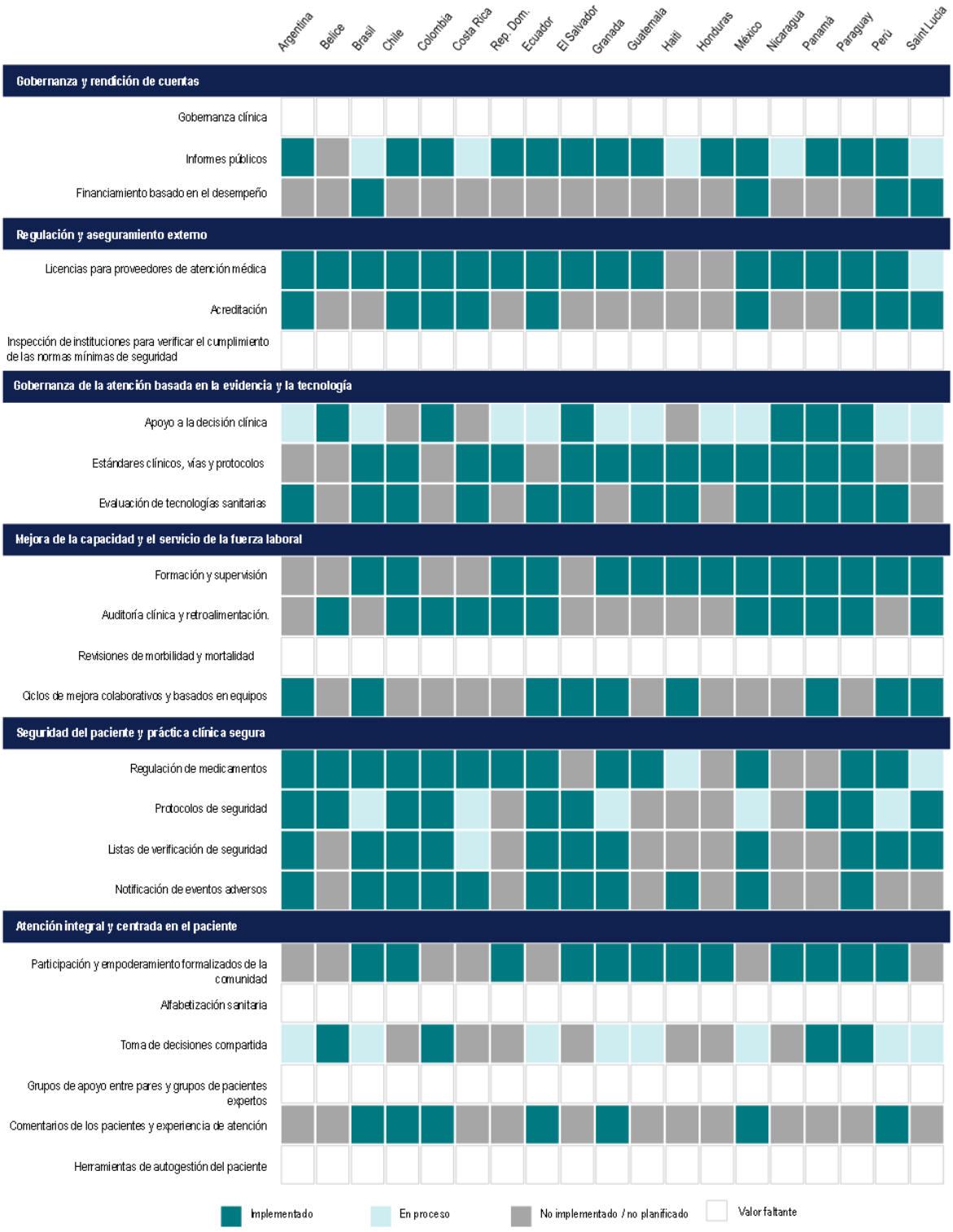
financiamiento basado en el desempeño se reporta en solo cuatro, lo que indica que el uso estratégico de los incentivos todavía dista de ser sistemático. En capacidad de la fuerza de trabajo y mejora de los servicios, la formación y la supervisión son relativamente comunes (14 de 19 países), pero los mecanismos que dependen de la reflexión y la retroalimentación rutinarias están menos consistentemente incorporados: la auditoría clínica y la retroalimentación se reportan como implementadas en 11 países, y los ciclos de mejora colaborativos en 9, lo que sugiere que muchos sistemas todavía tienen una capacidad limitada para convertir la información en mejora continua. Un gradiente similar aparece en la atención basada en evidencia y la gobernanza de la tecnología. Los estándares, vías y protocolos clínicos y la evaluación de tecnologías sanitarias se reportan cada uno en 13 países, pero el apoyo a la decisión clínica está implementado en solo 6, con otros 10 todavía en proceso, lo que apunta a una brecha importante entre establecer estándares e incorporarlos en la práctica cotidiana. El área menos desarrollada sigue siendo la atención centrada en las personas e integrada. Si bien los mecanismos de participación y empoderamiento comunitarios están presentes en 12 países, las herramientas más operativas que incorporan directamente a los pacientes en las decisiones y la mejora de la calidad siguen siendo limitadas.

Al examinar los 23 mecanismos de política que aparecen en la Figura 1.1, se obtiene una indicación sencilla de los diferentes puntos de partida de los países. Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Granada, México, Panamá, Paraguay y Perú notifican la implementación total o parcial de al menos 11 de los mecanismos evaluados, lo que sugiere una base de implementación más consolidada desde la cual se puede dirigir la atención, cada vez más, hacia una aplicación coherente, el aprendizaje y la rendición de cuentas. Belice, la República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Santa Lucía aún están consolidando un conjunto más amplio de estos mecanismos, mientras que Costa Rica, con 10 mecanismos implementados o en fase de implementación, se sitúa cerca del límite entre estos dos grandes grupos. Esta distinción resulta especialmente evidente en el caso de los mecanismos que trascienden los fundamentos básicos del sistema para avanzar hacia la garantía externa, la gestión rutinaria de la seguridad y la participación del paciente: la acreditación está vigente en 7 de los 10 países del primer grupo, frente a 1 de los 8 del segundo; los protocolos de seguridad se notifican en los 10 países del primer grupo, frente a 3 de los 8 del segundo; y los mecanismos de retroalimentación de los pacientes existen en 7 países del primer grupo, frente a ninguno del segundo. Al mismo tiempo, las variaciones internas de cada país en las distintas áreas de política, ilustradas por los mecanismos de acreditación y seguridad del paciente comparativamente consolidados de Costa Rica, refuerzan la importancia de considerar estas situaciones como puntos de partida diferentes, y no como categorías fijas de los sistemas nacionales de calidad. Entre los países con datos disponibles, la mortalidad tratable media también es menor en el primer grupo (alrededor de 106 muertes por cada 100.000 habitantes) que en el segundo (141 muertes), si bien esta asociación descriptiva no debe interpretarse como prueba de una relación causal.

El resto de este capítulo examina con mayor profundidad estas seis áreas de política, pasando de las bases de todo el sistema y las políticas nacionales de calidad a los mecanismos utilizados para mejorar la atención en la práctica y a las políticas a nivel de servicio. Comienza con la **gobernanza y la rendición de cuentas**, incluidas las políticas nacionales, los marcos legales y regulatorios, y las instituciones responsables de la calidad de la atención. Luego se ocupa de **la regulación y la garantía externa**, abarcando la garantía de calidad de los profesionales de la salud y de los servicios de salud, así como la acreditación y los mecanismos de evaluación externa relacionados. A continuación, el capítulo examina la **atención basada en evidencia y la gobernanza de la tecnología**, incluidas las guías de práctica clínica, la evaluación de tecnologías sanitarias y la garantía de seguridad de los productos farmacéuticos, los hemoderivados y los dispositivos médicos, antes de abordar la **capacidad de la fuerza de trabajo** y la mejora de los servicios mediante indicadores, auditoría, notificación pública de información y otros mecanismos de revisión del desempeño. Esta área de política se complementa también con **incentivos financieros y reformas de compra** para apoyar una mejor atención, un área que sigue siendo menos desarrollada en muchos países de la región pero que es cada vez más importante para los sistemas de calidad maduros. A continuación, el capítulo profundiza en las políticas de seguridad del paciente y de mala praxis médica, y finaliza con la atención centrada en las personas e integrada. En conjunto, estas secciones trazan la vía que va de la política a la implementación para avanzar hacia una atención que sea segura, efectiva y centrada en las personas.

Figura 1.1. Estado de implementación de los mecanismos de calidad de la atención en 19 países de América Latina y el Caribe

Estado de implementación de los mecanismos de política



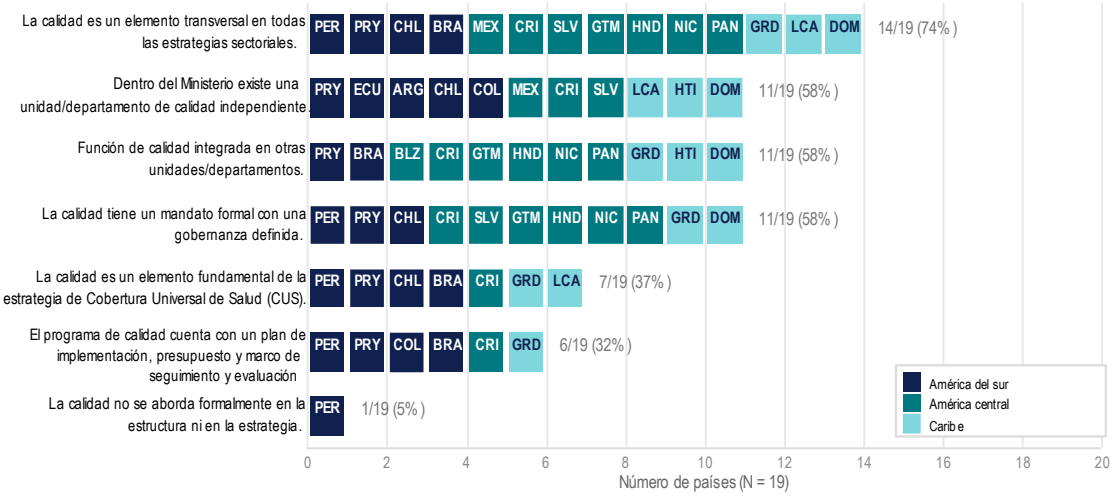
Fuente: Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026: Encuesta de políticas de calidad de la atención.

Políticas, marcos legales y regulatorios, y organizaciones clave que promueven la calidad de la atención

En los 19 países evaluados, la calidad de la atención se incorpora cada vez más en la arquitectura general de la política de salud, aunque muchos países todavía están en proceso de traducir ese reconocimiento en arreglos formales de gobernanza, planes de implementación y una capacidad institucional sostenida.

El balance indica que la mayoría de los países tienen políticas o estrategias nacionales de calidad de la atención en distintas etapas de desarrollo, pero estas difieren marcadamente en alcance y madurez (Figura 1.2). La calidad se trata como un elemento transversal en las estrategias sectoriales en la mayoría de los países encuestados (14 de 19), incluidos Perú, Paraguay, México, Granada, Santa Lucía, Chile, Costa Rica, Brasil, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá yla República Dominicana. Dentro de este grupo, solo un número menor parece haber avanzado hacia un modelo más operativo, lo que evidencia deficiencias en las estructuras institucionales: Perú y Chile cuentan con planes de implementación plenamente presupuestados con marcos de monitoreo, mientras que Granada tiene mandatos formales sin presupuestos dedicados ni planes presupuestados. En los países restantes; Ecuador, Argentina, Belice y Haití, la calidad se aborda mediante políticas temáticas, como la seguridad del paciente, la seguridad quirúrgica, la seguridad de los medicamentos y la acreditación hospitalaria en lugar de un único plan nacional general. Colombia ocupa una posición algo diferente: si bien las políticas relacionadas con la calidad suelen organizarse en torno a áreas temáticas, estas se sitúan dentro de una arquitectura regulatoria de calidad más amplia, en particular el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Figura 1.2. Posicionamiento de la calidad de la atención dentro de la estrategia general del sistema de salud en 19 países de América Latina y el Caribe



Nota: Respuesta a la pregunta: ¿Cómo se posicionan el departamento de calidad y la estrategia de calidad dentro de su ministerio de Salud?
Fuente: Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026: Encuesta de políticas de calidad de la atención.

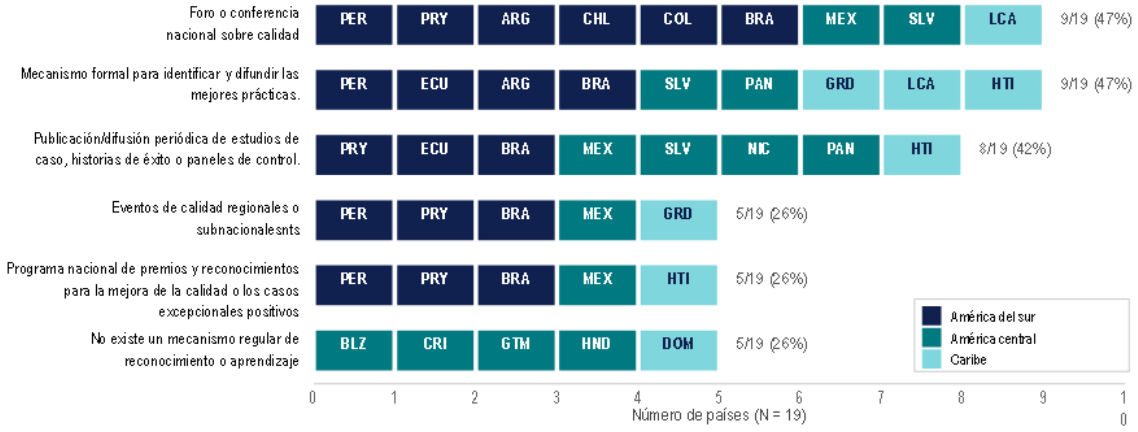
El panorama regulatorio de la calidad de la atención en América Latina y el Caribe sigue centrado en las funciones tradicionales de rectoría del sistema de salud: la regulación de los servicios y los proveedores de salud, el establecimiento de estándares mínimos mediante la acreditación y la creación de mecanismos de garantía externa como la habilitación, y los mecanismos de gobernanza clínica.

En toda la región, la mayoría de los países reportan haber implementado políticas básicas de calidad de la atención, incluidas la acreditación de establecimientos, las guías clínicas, la prevención y el control de infecciones, y la seguridad quirúrgica, lo que indica que la arquitectura básica para asegurar estándares aceptables de atención está vigente en la mayoría de los sistemas. Sin embargo, los dominios más especializados asociados con sistemas de salud con capacidad de aprendizaje (Institute of Medicine, 2013[13]) siguen estando menos consistentemente desarrollados, como los sistemas de reporte de incidentes de seguridad del paciente, los estándares de calidad de la salud digital y la notificación pública del desempeño. Los sistemas de reporte de incidentes de seguridad del paciente, que son esenciales para pasar de una cultura de cumplimiento a una de aprendizaje y prevención, están implementados en Paraguay, Ecuador, Santa Lucía, Chile, Belice, Colombia y El Salvador, pero siguen parciales o en planificación en Perú, México, Granada, Costa Rica, Brasil y Panamá, y están ausentes en varios países. Un patrón similar se observa en los estándares de calidad de la salud digital, que están implementados en Perú, Paraguay, México, SantaLucía, Belice, Colombia, Costa Rica, Brasil, El Salvador, Nicaragua y Panamá, pero siguen planificados en Ecuador, Granada, Chile, Guatemala, Honduras y la República Dominicana. Estos dos aspectos a veces están directamente vinculados, como puede observarse en los planes de Perú para implementar un sistema interoperable de registro digital de salud que incluya la documentación de los eventos de seguridad.

Los ministerios de Salud son los principales actores nacionales

Por lo general operan a través de unidades de calidad dedicadas (p. ej. la *Dirección General de Calidad y Educación en Salud* de México) o departamentos especializados (Ecuador, Argentina, Santa Lucía, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Haití y la República Dominicana). Paraguay, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá no reportan unidades de calidad dedicadas dentro del Ministerio de Salud, pero abordan la calidad a través de otras estructuras ministeriales. Estas estructuras coordinan los programas y las prioridades del ministerio nacional, con el apoyo de otros organismos nacionales, incluidos los institutos de salud pública (Perú, México), las agencias o superintendencias de calidad independientes (Colombia, Ecuador) y los pagadores de la seguridad social (Perú, Colombia), que ejercen una influencia significativa. Los consejos profesionales, como los colegios de médicos y de enfermería, también contribuyen al panorama regulatorio, en particular en Granada y Chile. Esta diversidad institucional refleja la organización de los sistemas de salud en la región, pero también pone de relieve un desafío común: la mejora de la calidad requiere no solo una institución líder nominal, sino también una coordinación efectiva entre reguladores, compradores, proveedores y organismos profesionales para que la política se traduzca en mejoras más consistentes en la atención.

Figura 1.3. Mecanismos institucionales para aprender del éxito en la calidad de la atención en 19 países de América Latina y el Caribe



Nota: Respuesta a la pregunta: «¿Cuenta su país con mecanismos regulares e institucionalizados para reconocer y difundir los éxitos en la mejora de la calidad de la atención sanitaria, incluida la identificación de buenas prácticas y de los casos atípicos positivos de alto desempeño?»
Fuente: Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026: Encuesta de políticas de calidad de la atención.

Una dimensión importante de la función de rectoría es su alcance tanto en la provisión pública como en la privada. En América Latina y el Caribe, los servicios de salud suelen prestarse mediante una combinación de proveedores públicos, de seguridad social y privados; sin embargo, los mecanismos nacionales de calidad no siempre se aplican de manera uniforme en todos estos sectores. Como ilustran las secciones siguientes, las brechas son especialmente evidentes en la planificación de la fuerza laboral y en la seguridad del paciente. Por consiguiente, una gobernanza nacional de calidad eficaz requiere normas, información y mecanismos de supervisión aplicables a todos los proveedores, reconociendo al mismo tiempo las diferencias en la forma en que se financian, regulan y organizan los servicios públicos y privados.

Existen mecanismos para identificar un buen desempeño, pero aprender sistemáticamente del éxito sigue siendo un desafío

Figura 1.3 sugiere que, más allá de establecer reglas y estándares para la calidad, relativamente pocos países de la región han institucionalizado mecanismos para aprender sistemáticamente del éxito. Si bien varios países reportan actividades para mostrar buenas prácticas, como foros o conferencias nacionales de calidad, estas son más comunes que los sistemas formales para identificar, documentar y difundir enfoques efectivos en todo el sistema de salud. Se reportan foros o conferencias nacionales de calidad en 9 países: Perú, Paraguay, México, Argentina, Santa Lucía, Chile, Colombia, Brasil y El Salvador. Asimismo, 9 países; Perú, Ecuador, Argentina, Granada, Santa Lucía, Brasil, El Salvador, Haití y Panamá, reportan mecanismos formales para identificar casos atípicos positivos o equipos de alto desempeño. Sin embargo, menos países parecen tener arreglos más rutinarios de intercambio de conocimiento: la publicación regular de estudios de caso de mejora de la calidad se reporta en 8 países: Paraguay, México, Ecuador, Brasil, El Salvador, Haití, Nicaragua y Panamá. En conjunto, estos hallazgos sugieren que, aunque algunos países han comenzado a reconocer y promover los esfuerzos exitosos de mejora de la calidad, la difusión y el escalamiento sistemáticos de las buenas prácticas siguen siendo desiguales. Esto es relevante porque los sistemas de calidad maduros dependen no solo de detectar el desempeño deficiente, sino también de identificar lo que funciona, recompensar la mejora y permitir que las prácticas efectivas se difundan entre organizaciones y niveles de atención.

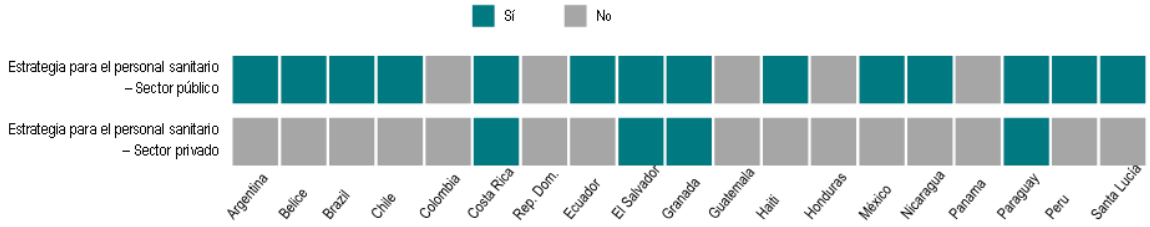
Desde las políticas de calidad hasta la implementación y el aprendizaje

Al considerar tanto la posición que ocupa la calidad de la atención dentro de las estrategias generales de los sistemas de salud como los mecanismos institucionales disponibles para aprender de los éxitos, se observa que los países parten de situaciones diferentes en cuanto a la gobernanza de la calidad de la atención. Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, México, Perú y Santa Lucía combinan estructuras nacionales de calidad relativamente consolidadas con mecanismos institucionales de implementación, coordinación o aprendizaje; esto sugiere que la atención puede centrarse cada vez más en fortalecer la rendición de cuentas, garantizar una implementación coherente y difundir prácticas eficaces en todo el sistema de salud. Belice, Costa Rica, la República Dominicana, Granada, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá y Paraguay cuentan con elementos importantes de esta arquitectura, pero aún están consolidando los vínculos entre los compromisos políticos, las responsabilidades institucionales, la capacidad de implementación y el aprendizaje sistemático. Por tanto, la distinción clave no radica tanto en si los países han adoptado políticas de calidad, sino en el grado de desarrollo de todo el proceso: desde la política y la responsabilidad institucional hasta la implementación, el aprendizaje y la difusión de prácticas eficaces. Estas diferencias no son absolutas, ya que varios países del segundo grupo ya disponen de mecanismos establecidos en ámbitos específicos.

La planificación estratégica de la fuerza de trabajo en salud como paso crucial para asegurar la calidad profesional

La calidad de la atención que un sistema de salud puede prestar depende en gran medida de cómo desarrolla y gobierna su fuerza de trabajo en salud. Los países necesitan no solo suficientes profesionales de la salud, sino una fuerza de trabajo cuya formación se corresponda con las necesidades de la población y cuya competencia se mantenga a lo largo de la vida profesional. Asegurar la calidad profesional no es, por tanto, simplemente una cuestión de controlar el ingreso a la práctica; requiere un enfoque de política más amplio que vincule la planificación de la fuerza de trabajo, la regulación profesional y el desarrollo continuo de competencias con la prestación de una atención segura, efectiva y centrada en las personas.

Figura 1.4. Implementación de una Estrategia Nacional de Fuerza de Trabajo en Salud por sector en 19 países de América Latina y el Caribe



Nota: Respuesta a la pregunta: «¿Cuenta su país con una estrategia nacional integral de fuerza de trabajo en salud que aborde las brechas en el número, la distribución y la retención de médicos y enfermeras tanto a corto como a largo plazo?»
Fuente: Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026: Encuesta de políticas de calidad de la atención.

En varios países de la región, estas prioridades se reflejan ahora en documentos formales de política. La *Estrategia Nacional de Salud 2021-2030* de Chile sitúa los temas de fuerza de trabajo dentro de una agenda más amplia de gestión, calidad e innovación, mientras que la Política Pública del Talento Humano en Salud 2025-2035 de Colombia establece un marco de largo plazo para fortalecer la capacidad profesional, el desarrollo continuo y la capacidad territorial en la prestación de servicios. Sin embargo, como muestra la Figura 1.4, este compromiso estratégico no se corresponde con una planificación igualmenteintegral de la fuerza de trabajo en salud. En muchos países, las estrategias de fuerza de trabajo no cubren de manera consistente tanto a médicos como a enfermeras, y la cobertura es aún menos completa para otros grupos profesionales. Las brechas también son más pronunciadas cuando se consideran conjuntamente los sectores público y privado. Esto es relevante no solo para la preparación en períodos de tensión del sistema, como se puso de relieve durante la pandemia de COVID-19, sino también porque la atención sanitaria en América Latina y el Caribe a menudo se presta mediante una combinación de proveedores públicos y privados. En la práctica, esto significa que las políticas de fuerza de trabajo enfocadas de manera demasiado estrecha en una parte del sistema pueden dejar brechas importantes en la garantía de calidad, la continuidad de la atención y la capacidad efectiva de los servicios.

Perú, Paraguay, Ecuador, Granada, Santa Lucía, Chile, Belice, Brasil y Haití reportan planes que abordan la distribución y el número de trabajadores de la salud en el sector público. Sin embargo, solo Granada, Belice y Costa Rica reportan un enfoque igualmente integral para el sector privado. Un segundo grupo ha establecido mecanismos de proyección y planificación, pero con una cobertura sectorial más limitada. Las políticas de proyección y planificación de la fuerza de trabajo en el sector público se reportan en Perú, Paraguay, México, Ecuador, Santa Lucía, Chile, Belice, Colombia, Brasil, Haití, Nicaragua y Panamá, mientras que solo México y Granada reportan tales mecanismos tanto para el sector público como para el privado. Por el contrario,

Argentina, El Salvador, Guatemala, Honduras y la República Dominicana no reportan políticas de proyección y planificación de la fuerza de trabajo (OECD/IDB/The World Bank, 2026[14]). Dada la naturaleza mixta de los sistemas de salud en la región, las brechas entre las estrategias de fuerza de trabajo pública y privada demuestran además la necesidad de un modelo de rectoría integral e integrado para asegurar un acceso equitativo a servicios de salud de calidad tanto en el sector público como en el privado.

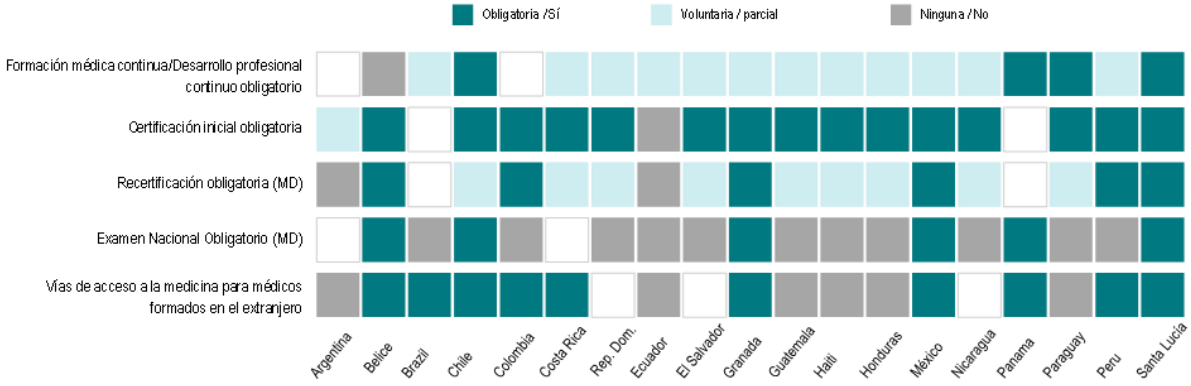
La certificación, la recertificación y el desarrollo profesional continuo en el centro del enfoque regulatorio de los países para la garantía de calidad de la fuerza de trabajo en salud

La actualización continua de conocimientos y habilidades es esencial para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente, y debe desempeñar un papel vital en el mantenimiento de la licencia. La *certificación* es el proceso formal mediante el cual una autoridad competente confirma que un profesional ha cumplido los requisitos de educación, formación y evaluación necesarios para ingresar a la práctica. La *recertificación* es el proceso periódico mediante el cual esa autoridad confirma que el profesional continúa cumpliendo los estándares requeridos para la práctica, normalmente a través del desarrollo profesional continuo y, en algunos sistemas, de una evaluación adicional. A su vez, la *educación médica continua (EMC) y el desarrollo profesional continuo (DPC),* junto con la formación en mejora de la calidad, son esenciales y pueden integrarse en los planes de estudio de formación previa al servicio o impartirse mediante formación en servicio y requisitos de recertificación.

En América Latina, los enfoques regulatorios de la certificación y el desarrollo profesional varían (Figura 1.5):

- **Certificación y recertificación:** La certificación inicial para médicos es obligatoria en la mayoría de los países. La recertificación obligatoria para médicos se exige en Perú (cada 5 años), México (cada 5 años), Granada (cada 5 años), Panamá (cada 5 años), Santa Lucía (cada 2 años), Belice (anualmente) y Colombia. En varios países; Paraguay, Chile, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y la República Dominicana, solo se requiere la certificación inicial, sin recertificación obligatoria. Argentina mantiene un sistema de recertificación voluntario. Ecuador no reporta ningún requisito formal de certificación para los médicos.
- **Exámenes nacionales de certificación:** Los requisitos varían ampliamente. México, Granada, Santa Lucía, Belice y Panamá exigen exámenes nacionales de certificación tanto para la práctica pública como privada. Perú, Paraguay, Ecuador, Colombia, Brasil, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y la República Dominicana no cuentan con un examen nacional estandarizado para la certificación inicial. A pesar de estas diferencias, se reportan vías de certificación para médicos formados en el extranjero en Perú, México, Granada, Santa Lucía, Chile, Belice, Colombia, Costa Rica, Brasil y Panamá.
- **Desarrollo profesional continuo (EMC/DPC):** La EMC/DPC plenamente obligatoria, con formación en mejora de la calidad integrada en los planes de estudio, existe en Paraguay, Santa Lucía y Chile. Panamá exige EMC/DPC obligatoria, pero sin integración de la mejora de la calidad. En la mayoría de los demás países, incluidos Perú, México, Ecuador, Granada, Costa Rica, Brasil, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y la República Dominicana, la EMC/DPC se fomenta, pero no se exige legalmente para continuar ejerciendo. Belice exige únicamente EMC.

Figura 1.5. EMC/DPC obligatoria, certificación, recertificación y exámenes nacionales en 19 países de América Latina y el Caribe



Nota: Respuesta a las preguntas: «¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor las políticas para certificar y recertificar a médicos y enfermeras en su país?» y. «¿Existen políticas nacionales que exijan educación profesional continua (EMC/DPC) y formación en mejora de la calidad para médicos y enfermeras, y están integradas en los planes de estudio de formación?»
Fuente: Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026: Encuesta de políticas de calidad de la atención.

Estos hallazgos sugieren que todavía se pone mayor énfasis en controlar el acceso al ejercicio de la medicina que en garantizar la competencia profesional a lo largo del tiempo; sin embargo, también revelan diferentes puntos de partida en el desarrollo de sistemas de garantía de calidad profesional. Belice, Chile, Colombia, Costa Rica, Granada, México, Panamá, Paraguay, Perú y Santa Lucía cuentan con mecanismos relativamente más consolidados, que combinan requisitos de acceso obligatorios con otros instrumentos adicionales, tales como la recertificación, la educación médica continua o el desarrollo profesional continuo (EMC/DPC), los exámenes nacionales o las vías de habilitación para médicos formados en el extranjero. Por su parte, Argentina, Brasil, la República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras y Nicaragua aún se encuentran consolidando esta arquitectura más amplia, en la que la garantía de la competencia profesional depende en mayor medida de la certificación inicial y de mecanismos voluntarios o más limitados para mantener dicha competencia a lo largo del tiempo. Por consiguiente, la distinción no radica simplemente en la existencia de la certificación, sino en el grado de avance de los países desde un control único de acceso a la práctica profesional hacia un marco más integral que abarque el acceso, la competencia continua y la movilidad profesional. Para los países con sistemas más consolidados, el desafío consiste cada vez más en asegurar que estos mecanismos se traduzcan en una actualización efectiva de las competencias y en mejoras de la práctica clínica; para aquellos que aún están consolidando las bases, fortalecer el alcance y la exigibilidad de los mecanismos de garantía de calidad profesional sigue siendo una prioridad importante.

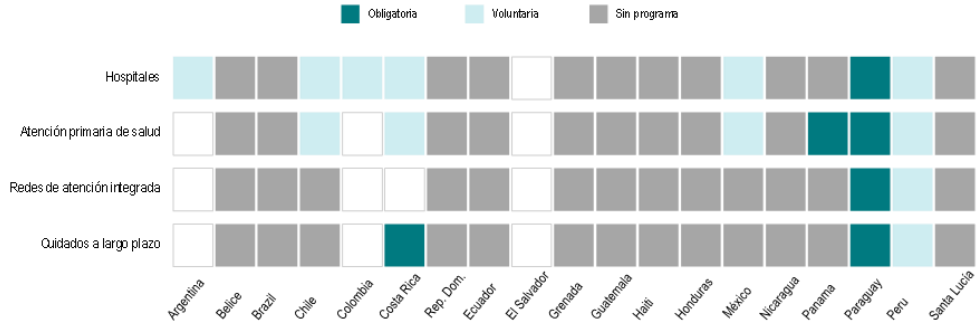
Acreditación y garantía de calidad de los servicios de salud

La acreditación es un proceso estructurado de evaluación externa de la calidad mediante el cual las organizaciones de atención sanitaria son evaluadas frente a estándares definidos de calidad y seguridad y reconocidas formalmente cuando esos estándares se cumplen. Surgida en gran medida como un mecanismo liderado por la profesión, la acreditación ha evolucionado con una mayor participación gubernamental, aunque en general sigue rindiendo cuentas a organismos rectores independientes. En la práctica, se basa en estándares específicos de la atención sanitaria y combina la autoevaluación, la revisión por pares y el reporte externo para promover la mejora continua. Su principal contribución es fortalecer las condiciones para una mejor atención al facilitar la aplicación de los estándares de calidad definidos a nivel nacional: aclara los estándares esperados, refuerza la gobernanza interna y la cultura de seguridad, y alienta a las organizaciones a monitorear el desempeño y abordar las brechas de manera sistemática. La evidencia sugiere asociaciones positivas entre la acreditación hospitalaria y la cultura de seguridad, así como con medidas de proceso y eficiencia como una menor duración de la estancia, si bien se encontró evidencia mixta para otras medidas de calidad de la atención. En general, la acreditación parece mejorar de manera más consistente los procesos organizacionales y la adherencia a los estándares. Sin embargo, los mejores resultados para los pacientes no se siguen automáticamente: estos dependen de si la acreditación se combina con una mejora efectiva de la calidad, sistemas robustos de medición y un apoyo organizacional sostenido para convertir el cumplimiento en una mejor práctica clínica (Hussein et al., 2021[15]).

En ALC, los procesos de acreditación están liderados en gran medida por los gobiernos

Los ministerios de Salud o unidades especializadas son las únicas autoridades responsables de la acreditación hospitalaria en Perú, Paraguay, Ecuador y Santa Lucía. En contraste, México, Colombia y Brasil utilizan modelos híbridos que involucran a organizaciones gubernamentales y privadas. Cabe destacar que las organizaciones privadas lideran exclusivamente el proceso en algunas provincias de Argentina (Misiones, Chubut y Mendoza), mientras que Chile y Costa Rica utilizan entidades privadas especializadas o de la seguridad social para una supervisión específica. Entre el conjunto más amplio de países encuestados, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana no cuentan con programas formales de acreditación hospitalaria.

Figura 1.6. Estado de la acreditación por entorno de atención en 19 países de América Latina y el Caribe



Nota: Respuesta a las preguntas: «¿Existen estándares nacionales utilizados en el proceso de acreditación, y estos programas son voluntarios u obligatorios?»
Fuente: Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026: Encuesta de políticas de calidad de la atención.

Los estándares de acreditación en la región son integrales; sin embargo, la intensidad regulatoria de la acreditación entre los entornos de atención es en su mayoría inexistente o voluntaria

Perú, Paraguay, México, Ecuador y Chile evalúan la gestión clínica, la seguridad del paciente, la infraestructura, el equipamiento y los procesos administrativos. La satisfacción del paciente y la competencia del personal también son altas prioridades. Áreas emergentes como el uso de las Tecnologías de la Información (TI) están integradas en los estándares de casi todos los países, excepto Chile y Belice.

No obstante, la intensidad regulatoria de la acreditación entre los entornos de atención es en su mayoría inexistente o voluntaria (Figura 1.6). Para los hospitales solo es obligatoria en Paraguay; y voluntaria en Perú, México, Argentina, Chile, Colombia y Costa Rica; no se reporta ningún programa nacional formal en Ecuador, Granada, Santa Lucía, Brasil, Belice, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana. En la atención primaria de salud, la acreditación es obligatoria en Paraguay y Panamá, mientras que es voluntaria en Perú, México y Chile; la mayoría de los demás países no reportan ningún programa formal. La atención de largo plazo sigue siendo el entorno menos regulado en términos de acreditación, con Colombia reportando requisitos obligatorios y la mayoría de los demás países sin ningún programa formal. La atención a largo plazo sigue siendo el sector menos regulado en términos de acreditación: Colombia informó de la existencia de requisitos obligatorios, mientras que la mayoría de los demás países afirmaron no tener un programa formal.

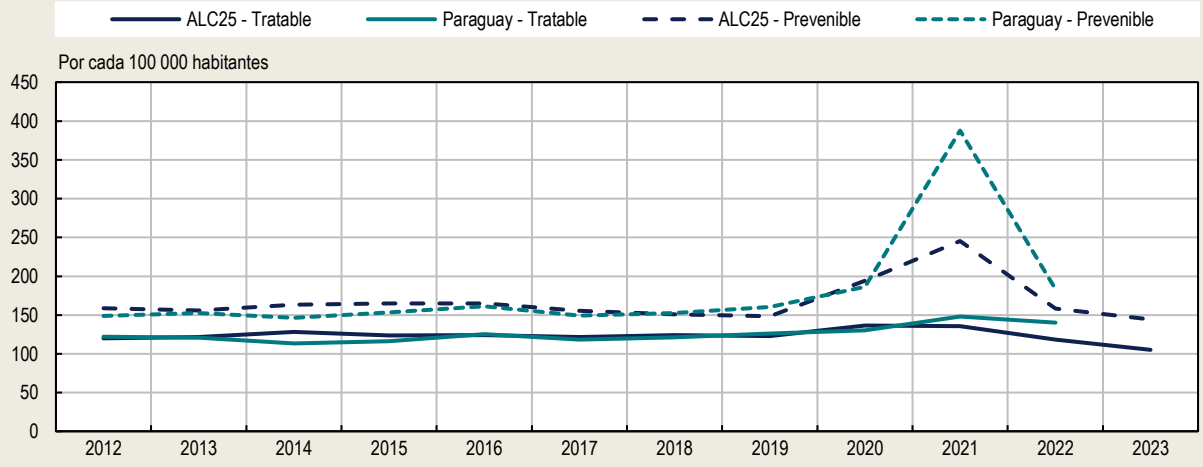
Recuadro 1.2. Acreditación obligatoria en Paraguay y resultados de calidad asistencial

En Paraguay, la base legal de los requisitos relacionados con la acreditación se remonta a la Ley N.º 1032/1996, que creó el Sistema Nacional de Salud y estableció la acreditación y el control de calidad como parte de la organización de los servicios. Sin embargo, el impulso de política más sólido a nivel de todo el sistema llegó más tarde con la Política Nacional de Calidad en Salud 2017-2030, que hizo obligatoria la política para todo el Sistema Nacional de Salud, y con su posterior puesta en marcha a través de la Estrategia Nacional de Gestión de la Calidad en Salud de 2021. La Resolución S.G. N.º 117/2021 asignó las responsabilidades de implementación, monitoreo y evaluación, y estableció una estructura de gobernanza más explícita para la gestión de la calidad a nivel nacional, regional y hospitalario.

Este sólido marco institucional contrasta con el desempeño más dispar del país en los indicadores de resultados de calidad de la atención. Paraguay se mantiene en el cuartil de peor desempeño de la región en mortalidad evitable en 2022 y también registra una alta letalidad intrahospitalaria dentro de los 30 días posteriores a la admisión por infarto agudo de miocardio y por accidente cerebrovascular hemorrágico. Al mismo tiempo, este contraste debe interpretarse con cautela: ha habido una mejora en la mortalidad tratable desde 2021, cuando era la tasa más alta de la región. Además, la Política Nacional de Calidad en Salud solo entró en vigor a partir de 2021, lo que significa que sus posibles efectos sobre el desempeño del sistema podrían no ser todavía plenamente visibles.

Figura 1.7. La mortalidad tratable y prevenible en Paraguay ha vuelto a los niveles promedio de la región

Evolución de la mortalidad tratable y prevenible en Paraguay y promedio ALC



Fuente: WHO mortality database (2026).

Distintas interpretaciones de los requisitos de acreditación

La actual Superintendencia de Salud define la acreditación como un proceso voluntario y periódico destinado a verificar el cumplimiento de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios. Esto ayuda a explicar por qué Paraguay puede parecer que tiene un enfoque de acreditación "obligatorio" en algunos mapeos de política, mientras que la propia

descripción pública del regulador presenta la acreditación como voluntaria. En la práctica, el sistema parece distinguir entre la categorización obligatoria y los requisitos básicos de funcionamiento, por un lado, y la acreditación voluntaria hacia estándares de calidad más altos, por el otro. Esta distinción también se refleja en las directrices de la Superintendencia, donde la categorización es obligatoria mientras que la acreditación es voluntaria. El caso de Paraguay ilustra que las políticas formales de calidad y los requisitos de acreditación no garantizan por sí solos mejores resultados. La capacidad de implementación, los desfases temporales y el uso eficaz de la información sobre calidad también son factores relevantes, por lo que los indicadores de resultados deben interpretarse teniendo en cuenta estas limitaciones.

Fuente: 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/.

La región depende en gran medida de modelos de inspección para establecer una seguridad de base

En contraste con la evaluación externa e independiente frente a estándares voluntarios que abarca la acreditación, las inspecciones hacen cumplir los requisitos legales y regulatorios obligatorios. Actuando como un organismo de supervisión con mandato gubernamental, su función principal es hacer cumplir los requisitos mínimos. En este balance, 15 de los 19 países confirmaron el uso de un modelo de inspección para hacer cumplir los estándares mínimos obligatorios: Perú, Paraguay, México, Ecuador, Argentina, Granada, Chile, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana.

La acreditación marca la transición del cumplimiento normativo mínimo al aseguramiento externo y continuo de la calidad

Los países de la región parten de situaciones diferentes en materia de aseguramiento externo de la calidad. Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Panamá, Paraguay y Perú han superado la etapa de inspección básica al establecer mecanismos formales de acreditación en al menos un ámbito asistencial, si bien estos difieren en cuanto a su alcance y a si la participación es obligatoria o voluntaria. En estos países, el desafío de política pública radica cada vez más en extender la acreditación a diversos ámbitos asistenciales y en garantizar que la evaluación externa impulse la mejora continua, en lugar de limitarse al mero cumplimiento de normas. Por su parte, Belice, Brasil, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Santa Lucía dependen todavía en mayor medida de los sistemas de inspección y de las normas reglamentarias mínimas, por lo que el desarrollo o la consolidación de mecanismos formales de acreditación constituye para ellos una prioridad más inmediata. La distinción radica, por tanto, entre los sistemas centrados principalmente en garantizar unos estándares mínimos y aquellos que comienzan a incorporar el aseguramiento externo y continuo de la calidad sobre dichas bases.

Garantizar la seguridad y la calidad de las tecnologías

La institucionalización de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) es fundamental para la calidad del sistema de salud. Cuando se integra en la toma de decisiones nacional, la ETS prioriza las intervenciones de alto valor y establece las condiciones para una adopción segura y apropiada. Tras la autorización de comercialización, se requiere una vigilancia poscomercialización robusta para asegurar el uso seguro y continuo de los productos farmacéuticos y las tecnologías. En los últimos años, la vigilancia se ha ampliado para incluir productos herbales, medicinas tradicionales y complementarias, hemoderivados, productos biológicos, dispositivos médicos y vacunas (WHO, 2002[19]).

En ALC, la responsabilidad de la ETS está en gran medida centralizada dentro del gobierno

Agencias gubernamentales dedicadas realizan evaluaciones para informar las decisiones de cobertura en 13 países: Perú, Paraguay, México, Ecuador, Argentina, Chile, Costa Rica, Brasil, El Salvador, Guatemala, Haití, Nicaragua y Panamá. Argentina tiene un modelo mixto en el que algunas provincias han incorporado el uso de la ETS a través de agenciasdedicadas y otras, como Santiago del Estero y Buenos Aires, no cuentan con agencias formales dedicadas. La ETS no está organizada formalmente en Granada, Santa Lucía, Belice, Honduras y la República Dominicana, lo que indica un área clave para el desarrollo institucional.

Recuadro 1.3. La ETS fortalece la calidad de la atención sanitaria: experiencias de países seleccionados de la OCDE

La ETS ayuda a determinar no solo si una tecnología es segura y efectiva, sino también si mejora la atención en relación con la práctica existente, si es asequible y si puede integrarse en la prestación rutinaria de servicios.

- **Alemania** combina la regulación federal con la autogestión del seguro de salud obligatorio. BfArM, la autoridad federal dependiente del Ministerio de Salud, supervisa la regulación y la vigilancia poscomercialización de los medicamentos y los dispositivos médicos, incluidos el reporte de farmacovigilancia y seguridad. IQWiG, un instituto científico independiente encargado por el Ministerio o por el Comité Federal Conjunto, apoya la evaluación de la evidencia para las decisiones de reembolso. Esto vincula la ETS directamente con las normas nacionales de cobertura y de fijación de precios, lo que ayuda a asegurar que la adopción esté impulsada por la evidencia. En el caso de las aplicaciones de salud digital, la evaluación también abarca la usabilidad y la accesibilidad, incluido el apoyo a las personas con discapacidad. La vía de los medicamentos considera el beneficio para distintos grupos de pacientes, aunque las consideraciones de equidad más amplias son menos explícitas.
- El modelo de ETS de **Corea** está integrado verticalmente. El Ministerio de Seguridad de Alimentos y Medicamentos (MFDS) regula tanto los medicamentos como los dispositivos médicos y supervisa la autorización de comercialización, el control de calidad y seguridad, el cumplimiento en el mercado, y la vigilancia y farmacovigilancia poscomercialización. La Agencia Nacional de Colaboración en Atención Sanitaria Basada en Evidencia, fundada por el Gobierno de Corea como una agencia independiente que colabora con el Ministerio de Salud y Bienestar, lidera la ETS, mientras que el Servicio de Revisión y Evaluación del Seguro de Salud, dependiente del ministerio, revisa las reclamaciones, gestiona los estándares de prestaciones y realiza la evaluación de la calidad. La ETS está vinculada a las decisiones nacionales de cobertura y reembolso, lo que ayuda a orientar la adopción mediante una revisión a nivel de todo el sistema. Las guías oficiales no son explícitas en cuanto a un requisito formal de evaluar los efectos diferenciales sobre los grupos vulnerables.
- El modelo de ETS de **España** se basa en una red, en lugar de centrarse en una única agencia nacional. RedETS (Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud) reúne a siete agencias regionales y una agencia estatal bajo la coordinación del Ministerio de Sanidad, con una secretaría técnica permanente y una metodología común para apoyar las decisiones sobre la incorporación, la desinversión y el uso apropiado de las tecnologías médicas en el Sistema Nacional de Salud. La unidad de ETS a nivel estatal es la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias dentro del Instituto de Salud Carlos III. La vigilancia poscomercialización se sitúa principalmente fuera de la ETS y está liderada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, que es responsable de la evaluación, la autorización y el monitoreo continuo de los medicamentos, así como del control y la vigilancia de los dispositivos médicos. En materia de equidad, el marco estratégico de RedETS apoya decisiones que promuevan la equidad, la cohesión y la sostenibilidad.

Aunque sus modelos institucionales difieren, los tres países utilizan la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) para hacer que la adopción de tecnologías sea más sistemática, transparente y basada en la evidencia. Estos mecanismos ilustran el valor de vincular la evaluación con las decisiones sobre si se adoptan, cubren o reembolsan las tecnologías, y bajo qué condiciones. Asimismo, incorporan en diversa medida consideraciones de equidad y el aprendizaje posterior a la comercialización.

Fuente: 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*, 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.

La vigilancia poscomercialización está estandarizada para productos farmacéuticos y dispositivos médicos, pero varía para los hemoderivados

Perú, Paraguay, México, Ecuador, Argentina, Chile, Costa Rica, Brasil, Guatemala y Panamá evalúan de manera consistente los productos farmacéuticos; las evaluaciones de dispositivos médicos se realizan en Perú, Paraguay, México, Ecuador, Chile, Costa Rica, Brasil, Guatemala y Panamá. Las evaluaciones de hemoderivados son menos comunes, reportadas en Perú, México, Argentina, Costa Rica, Guatemala y Panamá. Casi todos los países que realizan evaluaciones cuentan con normas formales para evaluar el cumplimiento, asegurando que las tecnologías cumplan los requisitos de seguridad en su uso. Los vínculos directos entre los hallazgos de la ETS y las decisiones de reembolso son menos comunes.

Perú es el único país que reporta que los resultados de la ETS están vinculados a las decisiones de reembolso en tres dominios: dispositivos médicos, productos farmacéuticos y hemoderivados. Chile y Paraguay conectan la ETS con el reembolso solo para los productos farmacéuticos, mientras que todos los demás países que respondieron reportan no tener ningún vínculo.

Perú y Paraguay exigen sistemáticamente consideraciones de equidad en la ETS

Un componente clave de la ETS moderna es determinar si se considera el impacto diferencial sobre las poblaciones vulnerables durante el proceso de evaluación. Perú y Paraguay exigen sistemáticamente consideraciones de equidad, mientras que México, Ecuador, Argentina, Granada, Chile y Brasil las consideran solo ocasionalmente. Santa Lucía, Belice, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Panamá reportan que la equidad aún no está integrada en los procesos formales de ETS.

Desde el establecimiento de la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) hasta la integración de la evaluación, la vigilancia y el reembolso

Los países también presentan puntos de partida diferentes en cuanto a la gobernanza de las tecnologías sanitarias. Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay y Perú combinan una función institucionalizada de ETS con la evaluación sistemática de productos farmacéuticos y, en la mayoría de los casos, de dispositivos médicos tras su comercialización, lo que proporciona una base más sólida para garantizar la calidad de las tecnologías. Belice, la República Dominicana, El Salvador, Granada, Haití, Honduras, Nicaragua y Santa Lucía aún se encuentran consolidando uno o ambos pilares. Para los países con sistemas más consolidados, el siguiente desafío consiste cada vez más en vincular de manera más sistemática la evaluación y la vigilancia con el reembolso, el uso adecuado y las consideraciones de equidad; Perú, y en menor medida Chile y Paraguay, ejemplifican los avances en esta dirección.

Indicadores de calidad, estudios de auditoría nacionales y guías de práctica

Estudios de auditoría nacionales

Los estudios de auditoría nacionales son una herramienta crítica para examinar la calidad de la atención en áreas de alto riesgo donde es más probable que ocurran errores clínicos o eventos adversos. Al revisar sistemáticamente los procesos de atención, los resultados y los registros médicos, pueden revelar el daño prevenible, identificar desviaciones de la práctica recomendada y apoyar la acción correctiva a nivel de proveedor, establecimiento y sistema. Son particularmente valiosos para el seguimiento de las principales complicaciones quirúrgicas, la mortalidad relacionada con la anestesia y las muertes maternas. La revisión sistemática de los registros médicos permite a los sistemas de salud identificar el daño prevenible e implementar acciones correctivas (OECD/WHO/World Bank Group, 2018[3]).

> *En toda América Latina y el Caribe, los países están construyendo las bases de una infraestructura nacional de medición de la calidad, pero pocos han incorporado estas medidas en la rendición de cuentas y la gobernanza rutinarias*

Se utilizan indicadores nacionales de calidad estandarizados en toda la región para hacer seguimiento de la estructura, el proceso y los resultados. Seis países; México, Santa Lucía, Colombia, Haití, Nicaragua y Panamá, reportan conjuntos integrales de indicadores nacionales, mientras que la mayoría de los demás, incluidos Perú, Paraguay, Ecuador, Argentina, Granada, Chile, Costa Rica, Brasil, El Salvador, Guatemala, Honduras y la República Dominicana, describen los suyos como parciales o todavía en desarrollo. Belice no reporta ningún conjunto nacional de indicadores de calidad. La amplitud de los conjuntos de indicadores nacionales no debe interpretarse, por sí sola, como una medida de la madurez del sistema de medición. Los países pueden diferir en la forma en que evalúan si sus marcos son exhaustivos, y los sistemas con conjuntos de indicadores más reducidos pueden, aun así, utilizarlos eficazmente para la presentación de informes, la evaluación comparativa o la rendición de cuentas. Lo que importa no es solo el alcance de la medición, sino también la calidad de los datos, la cobertura y su uso sistemático para la mejora.

La notificación pública del desempeño de los proveedores está plenamente implementada en Perú, Chile y Colombia, y parcialmente implementada en Paraguay, Ecuador, Granada, Brasil, El Salvador, Panamá y la República Dominicana. Se publican informes nacionales regulares de desempeño de calidad en Perú, México, Chile, El Salvador, Haití y Panamá. Los mecanismos que convierten los indicadores en acción siguen siendo desiguales: ocho países; Paraguay, Ecuador, Granada, Colombia, Brasil, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana, utilizan los indicadores para la auditoría rutinaria y la retroalimentación a los proveedores; seis —Paraguay, Granada, Chile, Haití, Honduras y Panamá— los utilizan para la comparación entre establecimientos; y solo Perú y Paraguay los vinculan al pago por desempeño. El uso más común, reportado por seis países (Paraguay, México, Ecuador, Argentina, Costa Rica y Brasil), es alimentar con los indicadores las colaboraciones de aprendizaje, un enfoque menos prescriptivo que se basa en la participación voluntaria. En conjunto, muchos países en la región tienen los componentes básicos para la medición y control de calidad, pero la medición todavía no está consistentemente vinculada a la contratación, la supervisión, la presupuestación o los incentivos financieros.

Para impulsar la mejora clínica, varios países miden el impacto de las guías de práctica en los resultados de los pacientes. Once países; Paraguay, México, Argentina, Chile, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana, mantienen sistemas nacionales de monitoreo para este fin; Perú y Granada utilizan un seguimiento local o regional. Ecuador, Santa Lucía, Belice, Costa Rica y Brasil no reportan sistemas formales de monitoreo. A pesar de estos esfuerzos, las barreras para una implementación efectiva de las guías incluyen recursos limitados (reportado por 16 países), mecanismos de

difusión inadecuados (15 países), resistencia al cambio en la práctica clínica (11 países), falta de conocimiento (11 países) e incentivos insuficientes (13 países). Para fomentar el cumplimiento, los países están implementando sistemas de seguimiento y evaluación; no obstante, la cobertura nacional sigue siendo desigual y algunos dependen de acuerdos locales o regionales. Entre las barreras habituales figuran la escasez de recursos e infraestructura, la difusión deficiente, la resistencia a los cambios en la práctica clínica, la falta de concienciación y los incentivos insuficientes.

Guías de práctica basadas en evidencia

Las guías de práctica clínica basadas en evidencia son fundamentales para fortalecer la calidad y reducir los eventos adversos. Apoyándose en la mejor investigación disponible, ayudan a los clínicos y a los pacientes a tomar decisiones de atención apropiadas y efectivas, y estandarizan las intervenciones de alto valor para reducir la inercia clínica y la variación injustificada de la atención.

En ALC, el desarrollo y la implementación de las guías están en gran medida institucionalizados a través de grupos de expertos bajo la coordinación directa del gobierno

En Perú, Paraguay, México, Ecuador, Argentina, Costa Rica, Chile, Colombia, Belice y Brasil, los ministerios de Salud o las autoridades nacionales delegadas lideran los grupos técnicos que redactan y actualizan los estándares, alineando las guíascon las prioridades nacionales y las políticas de cobertura.

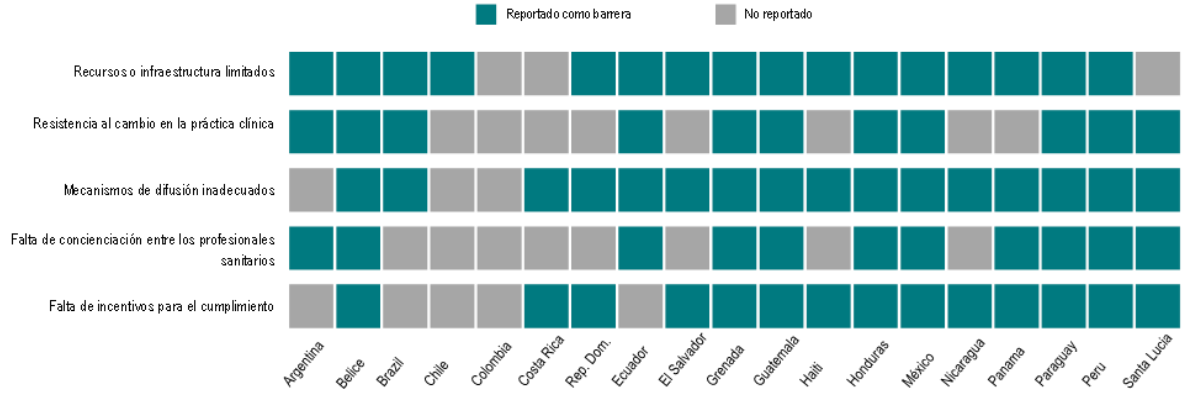
La mayoría de los países integran consideraciones de equidad en el diseño de las guías. Ocho países; Perú, Paraguay, México, Ecuador, Argentina, Santa Lucía, Costa Rica y Brasil, incluyen sistemáticamente recomendaciones para abordar las disparidades en el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los grupos desfavorecidos. Nueve países; Granada, Chile, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana, incluyen ocasionalmente tales consideraciones. Belice reporta que la equidad no se incluye en el diseño de las guías.

Los ciclos de actualización para las principales afecciones, incluidos el cáncer y la enfermedad cardiovascular (ECV), varían en frecuencia. Paraguay reporta actualizaciones sistemáticas de las guías de práctica clínica cada 2 a 3 años tanto para el cáncer como para la ECV; Chile actualiza las guías de cáncer cada 2 a 3 años, pero no actualiza regularmente las guías de ECV. Perú, México, Argentina y Colombia actualizan las guías aproximadamente cada 4 a 5 años. Ecuador, Costa Rica, Brasil y la República Dominicana reportan que las guías no se actualizan regularmente. El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá actualizan las guías solo cuando surge nueva evidencia significativa. Granada sigue un enfoque similar basado en la evidencia. El alcance de las guías de práctica clínica varía entre países. Para el cáncer, Perú, Ecuador, Argentina, Santa Lucía,El Salvador, Guatemala, Haití, Nicaragua y la República Dominicana reportan guías que incorporan una perspectiva de la trayectoria del paciente, abordando la coordinación y la integración de la atención entre establecimientos y niveles del sistema de salud. Paraguay, México, Granada, Chile, Honduras y Panamá reportan guías de cáncer que se limitan principalmente a especificaciones clínicas a nivel de establecimiento. Belice, Costa Rica y Brasil se centran de manera similar en aspectos clínicos a nivel de establecimiento. Para la enfermedad cardiovascular, la perspectiva de la trayectoria del paciente está más extendida: Perú, Paraguay, Ecuador, Argentina, Granada, Santa Lucía, El Salvador, Guatemala, Haití, Nicaragua y la RepúblicaDominicana la incorporan, mientras que México, Chile, Honduras, Panamá, Belice, Costa Rica y Brasil se centran en especificaciones a nivel de establecimiento.

A pesar de las guías de alta calidad, la implementación enfrenta barreras. Para fomentar la adherencia, los países están implementando sistemas de monitoreo y evaluación

Los recursos y la infraestructura limitados, la resistencia a los cambios en la práctica clínica y la difusión inadecuada son las barreras más comunes para la implementación de las guías (Figura 1.8). Para fomentar la adherencia, los países están implementando sistemas de monitoreo y evaluación: Paraguay, México, Argentina y Chile han establecido sistemas nacionales para hacer seguimiento del impacto de las guías de práctica en los resultados de los pacientes. Otros, como Perú y Granada, se apoyan en el monitoreo local o regional. Estos sistemas ayudan a identificar las brechas en el cumplimiento y a impulsar formación o asignación de recursos focalizadas.

Figura 1.8. Barreras reportadas para la implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia en 19 países de América Latina y el Caribe



Nota: Respuesta a las preguntas: «¿Cuáles son las principales barreras para la implementación de las guías de práctica en su país?» Fuente: Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026: Encuesta de políticas de calidad de la atención.

Importancia de los datos de salud y la infraestructura digital

Los datos de salud y la infraestructura digital son habilitadores esenciales de la mejora de la calidad, pero su contribución depende no solo de la disponibilidad de datos, sino también de la interoperabilidad, la capacidad de enlace, el uso rutinario para la evaluación del desempeño y el acceso significativo para los pacientes. Como se muestra en el Capítulo 5, muchos países de América Latina y el Caribe han establecido sistemas digitales de datos de salud y cierta capacidad de gobernanza y monitoreo, pero persisten brechas importantes en la integración de datos entre los entornos de atención, en el uso rutinario de los datos para la mejora de la calidad y en el acceso de los pacientes a su propia información. Estas limitaciones debilitan la continuidad de la atención, restringen la medición del desempeño y reducen la capacidad de los sistemas de salud para apoyaruna atención más segura, más eficiente y más centrada en las personas. Más detalles se presentan en el Capítulo 5, en las secciones sobre Disponibilidad de datos de salud y Uso y capacidades de datos de salud.

Incentivos financieros para aumentar la calidad de la atención sanitaria

Los incentivos financieros y las reformas del pago a proveedores pueden mejorar la calidad de la atención y fomentar la integración entre niveles de atención cuando se integran en sistemas de financiamiento coherentes, habilitados por datos y de compra estratégica. Los métodos de pago configuran el comportamiento de los proveedores al influir en lo que se recompensa en la práctica: pueden alentar una mejor coordinación, prevención y continuidad de la atención, pero también pueden reforzar el volumen y la fragmentación si están mal diseñados. El trabajo de la OCDE ha enfatizado que los arreglos de compra son más efectivos cuando los incentivos financieros se vinculan a objetivos de calidad claros, a una medición confiable y a mecanismos de rendición de cuentas, de modo que el pago apoye mejores resultados y una mejor experiencia del paciente, enlugar de solo la actividad (OECD/WHO, 2023[24]).

El grado en que la calidad se integra en los sistemas de pago varía significativamente en la región

Perú y Chile ponderan la calidad por encima del 10 % de los pagos por servicios hospitalarios; Perú lo extiende a las redes integradas de atención. Santa Lucía, Chile y Brasil aplican pagos importantes vinculados a la calidad principalmente dentro de la atención primaria de salud (APS). Paraguay, México y Argentina ponderan la calidad por debajo del 10 % de los pagos en el reembolso hospitalario y de la APS. Los 12 países restantes, incluidos Colombia, Ecuador, Granada, Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana, no reportan la implementación de reformas de pago vinculadas a la calidad a nivel nacional, aunque esto no excluye su uso a nivel del pagador o subnacional[1]. En Colombia, por ejemplo, se sabe que las entidades promotoras de salud (EPS) aplican la contratación basada en el desempeño y modalidades de pago vinculadas a la calidad de manera desigual en sus redes de proveedores, incluso en ausencia de una política estandarizada a nivel nacional.

Los países despliegan varios mecanismos para impulsar el desempeño. El pago por desempeño (P4P) se utiliza en Perú, México, Santa Lucía, Chile (APS) y Brasil, vinculando las recompensas a metas de calidad. El financiamiento basado en resultados (FBR) se utiliza en Paraguay, Argentina y Brasil, atando el financiamiento a productos y resultados verificados. Los modelos mixtos incluyen los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) y las contribuciones obligatorias de Chile, y las subvenciones en bloque y el financiamiento basado en la adquisición de Granada. Cabe señalar que varios de estos mecanismos también pueden operar por debajo del nivel nacional a través de aseguradores individuales, gobiernos subnacionales o iniciativas programáticas específicas, de maneras que no son captadas por un instrumento de encuesta enfocado en la política nacional.

La experiencia internacional sugiere que la reforma del pago es más efectiva cuando los incentivos vinculados a la calidad se introducen como parte de un paquete más amplio en lugar de como una palanca aislada. Los incentivos financieros por sí solos fueron en general insuficientes para producir grandes cambios en el comportamiento de los proveedores. Los resultados más prometedores se asociaron con medidas complementarias como la formación, los incentivos no financieros, un mejor ajuste por riesgo, métricas de calidad más claras y una mayor certeza sobre los niveles de pago. Esto refuerza el mensaje de que la compra orientada a la calidad depende tanto del diseño y de la capacidad de implementación como de la existencia misma de los incentivos (Barber et al., 2025[25]).

Para determinar estos pagos, los sistemas de salud hacen seguimiento de una variedad de métricas e indicadores de desempeño

Los resultados de salud, como las tasas de mortalidad o de readmisión, se utilizan en Paraguay, México, Santa Lucía, Chile, Costa Rica y Brasil para determinar las asignaciones financieras. El éxito en las medidas de atención preventiva es una prioridad para Paraguay, Granada, Santa Lucía, Chile y Brasil. Además, la adherencia a las guías de práctica clínica basadas en evidencia sirve como un indicador formal de pago en Paraguay, Chile y Brasil, asegurando que los protocolos estandarizados se sigan en la práctica. Si bien es menos común, las medidas de experiencia y satisfacción del paciente se incorporan en los procesos de pago en Paraguay, Chile y Panamá.

Estos patrones señalan distintos puntos de partida en materia de compras vinculadas a la calidad. Argentina, Brasil, Chile, México, Paraguay, Perú y Santa Lucía han implementado mecanismos de pago vinculados a la calidad a nivel nacional, desplazando el desafío de política hacia la mejora de su diseño, medición y alineación con los objetivos de calidad. En los países restantes, donde aún no se han aplicado reformas nacionales de pago vinculado a la calidad, fortalecer las bases de medición y de compra estratégica necesarias para introducir tales incentivos sigue siendo una prioridad más inmediata.

Recuadro 1.4. Cómo algunos países de ALC incorporan la calidad en las reformas de pago a proveedores

Los siguientes ejemplos muestran cómo los indicadores de calidad pueden incorporarse a las decisiones de compra y pago, en lugar de recopilarse por separado.

- Paraguay ha introducido el financiamiento basado en resultados en siete regiones sanitarias, estableciendo metas claras y vinculando los recursos al cumplimiento de indicadores de calidad en las áreas de salud materno-infantil, hipertensión, diabetes, cánceres de la mujer, VIH/ITS y tuberculosis.
- Chile emplea un sistema híbrido que integra los grupos relacionados con el diagnóstico con elementos de desempeño, aprovechando el cumplimiento de las guías clínicas y los datos de resultados para impulsar el desempeño hospitalario. Chile también opera un esquema de pago por desempeño (P4P) en la atención primaria que recompensa a los equipos de APS con bonificaciones por alcanzar metas predefinidas en los indicadores de calidad de la atención.
- Perú aplica una ponderación sustancial de la calidad en hospitales y redes integradas mediante el presupuesto basado en resultados, esquemas piloto de pago por desempeño dirigidos a afecciones específicas, y la contratación por capitación en el nivel de atención primaria, lo que refleja una incorporación progresiva de los incentivos financieros en lugar de un sistema nacional consolidado.
- Brasil concentra las reformas de pago en la atención primaria, utilizando el financiamiento basado en resultados para promover la atención preventiva y los resultados de salud comunitaria.

Fuente: Encuesta de Políticas de Calidad de la Atención de Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026 de la OCDE.

Seguridad del paciente y mala praxis médica

La seguridad del paciente es un principio central de la atención sanitaria. Si bien las complicaciones no pueden eliminarse por completo dada la complejidad clínica, las medidas sistemáticas de seguridad pueden reducir sustancialmente el daño. Los sistemas de alta calidad adoptan un «enfoque sistémico», tratando los errores como oportunidades para abordar las fallas latentes en los procesos, los protocolos y el diseño organizacional (McNab et al., 2020[26]). Al priorizar la prevención del daño evitable, los errores de medicación, las complicaciones quirúrgicas y las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS), los sistemas protegen a los pacientes y al personal y reducen las cargas financieras y psicológicas de una atención insegura (WHO, 2024[10]).

La mayoría de los países han establecido un liderazgo nacional en seguridad del paciente, pero los programas formales siguen siendo desiguales

Los ministerios de Salud lideran la seguridad del paciente en 18 de 19 países, con autoridades sanitarias regionales y locales que desempeñan un papel de apoyo en 13. Solo Panamá reporta una agencia nacional dedicada a la seguridad del paciente;

todos los demás países carecen de esta capa institucional, lo que puede limitar la autoridad y la profundidad técnica disponibles para una mejora sostenida de la seguridad.

Los programas nacionales de seguridad del paciente están presentes en 12 de 19 países. Siete países; Argentina, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Panamá, no reportan ningún programa formal. Entre los países con programas, los elementos más ampliamente adoptados son la prevención y el control de infecciones, y el uso seguro de dispositivos médicos (reportados cada uno por 12 países), seguidos de la seguridad quirúrgica (11), la seguridad de los medicamentos y la transfusión segura de sangre (11 cada uno), y el reporte y aprendizaje de los eventos adversos y la identificación del paciente (10 cada uno). La prevención de caídas, aunque menos común, es abordada por 8 países.

El reporte de eventos adversos es más sólido en el sector público, pero todavía no se utiliza sistemáticamente para el aprendizaje

El reporte de eventos adversos y errores médicos es un indicador clave de una cultura de seguridad cada vez más consolidada, aunque la implementación difiere marcadamente entre sectores. En el sector público, seis países mantienen sistemas de reporte obligatorio (Paraguay, Ecuador, Colombia, Brasil, El Salvador y Haití), mientras que ocho operan sistemas voluntarios (México, Ecuador, Granada, Santa Lucía, Chile, Belice, Costa Rica y Brasil, con Ecuador y Brasil operando tanto canales obligatorios como voluntarios). Seis países no reportan ningún procedimiento nacional de reporte en el sector público: Argentina, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana.

En el sector privado, el panorama es más débil: solo Ecuador y El Salvador exigen el reporte de eventos adversos a los proveedores privados, y cinco países ofrecen sistemas voluntarios (Paraguay, México, Ecuador, Belice y Costa Rica). Siete países no reportan ningún procedimiento nacional de reporte para el sector privado: Perú, Santa Lucía, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana. Sin embargo, pueden existir estándares subnacionales dentro de las capacidades de supervisión de las agencias regulatorias. Cuando se recopilan datos de eventos adversos, su uso más común es informar las iniciativas de mejora de la calidad (9 países: Perú, Paraguay, México, Ecuador, Granada, Chile, Colombia, Brasil y El Salvador), seguido de la educación profesional (5). Sin embargo, solo cuatro países utilizan los datos reportados para la notificación pública (Paraguay, Chile, Colombia y Brasil), y solo Paraguay y Haití aplican medidas regulatorias o sanciones con base en los eventos reportados. Tres países, Paraguay, Belice y Costa Rica, reportan que los datos recopilados no se utilizan sistemáticamente. En un sentido más amplio, el uso de la información sobre eventos adversos para el aprendizaje, la notificación pública y la adopción de medidas regulatorias sigue siendo desigual.

La mayoría de los países han construido programas de prevención y control de infecciones, pero persisten brechas en la notificación pública

Los programas robustos de prevención y control de infecciones (PCI) son críticos para reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) y se priorizan en toda la región. En el sector público, 18 de 19 países reportan contar con guías de PCI (Argentina es la excepción debido a datos faltantes); hay especialistas dedicados al control de infecciones en 16, sistemas de vigilancia de infecciones intrahospitalarias en 15, comités obligatorios de control de infecciones en 16, y formación regular del personal en 17. El sector privado va modestamente a la zaga: las guías de PCI están vigentes en 13 países, la vigilancia en12, y los especialistas en control de infecciones en 10, aunque dos países (Granada y Panamá) no reportan políticas formales de PCI para los establecimientos privados.

El uso de indicadores estandarizados de IAAS a nivel hospitalario está ampliamente extendido en el sector público. Las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) son objeto de seguimiento en 14 países, mientras que las infecciones urinarias asociadas a catéter (IUAC) son monitoreadas por 11. Las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a vía central (ITSAVC) y la neumonía asociada a ventilador (NAV) son monitoreadas cada una por 12 países. Las tasas de cumplimiento de la higiene de manos son objeto de seguimiento por 11 países, y los indicadores de uso racional de antibióticos por 8, aunque esto sigue siendo una brecha que vale la pena señalar dada la creciente resistencia a los antimicrobianos en la región. La transparencia pública de estos datos varía en la región: siete países reportan que los datos de IAAS en el sector público están estandarizados a nivel nacional y se divulgan públicamente (Paraguay, México, Ecuador, Santa Lucía, Chile, Colombia y Brasil). Cinco países; Perú, Granada, Costa Rica, El Salvador y la República Dominicana, mantienen datos estandarizados a nivel nacional, pero no los divulgan públicamente. Cinco países no reportan ningún dato estandarizado de IAAS en el sector público (Belice, Guatemala, Haití, Nicaragua y Panamá). En el sector privado, la notificación pública es menos común: cinco países publican datos estandarizados a nivel nacional (Paraguay, México, Ecuador, Colombia y Brasil), mientras que cuatro mantienen datos estandarizados a nivel nacional pero no públicos (Chile, Costa Rica, El Salvador y la República Dominicana). Seis países no reportan ningún dato estandarizado de IAAS del sector privado (Granada, Belice, Guatemala, Haití, Nicaragua yPanamá).

Solo cuatro países reportan contar con un sistema de codificación estandarizado para los incidentes de seguridad y los cuasi accidentes

Solo cuatro países (Perú, Argentina, Santa Lucía y Belice) reportan contar con un sistema de codificación estandarizado para los incidentes de seguridad y los cuasi accidentes, como SNOMED-CT o la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la OMS. Perú señala que sus Comités de Seguridad del Paciente utilizan actualmente un marco nacional para la notificación y el análisis de eventos adversos, con SNOMED-CT previsto para la siguiente fase. La adopción limitada de la codificación

estandarizada para los cuasi accidentes es significativa: captar los eventos que casi causaron daño (pero no lo hicieron) es ampliamente reconocido como una de las herramientas más efectivas para la gestión proactiva del riesgo, y su ausencia en la mayoría de los países de ALC sugiere que los sistemas de seguridad siguen orientados hacia la investigación reactiva en lugar del aprendizaje prospectivo (Alfayez et al., 2025[27]).

Atención centrada en las personas e integrada

La atención centrada en las personas es un rasgo distintivo de los sistemas de salud de alta calidad; supone pasar del paternalismo a la colaboración y ofrecer una atención que respeta y responde a las preferencias, necesidades y valores individuales. Este enfoque empodera a los pacientes para participar en las decisiones de atención, fortalecido por la alfabetización en salud para permitir elecciones informadas y mejorar la seguridad. Más allá de los encuentros clínicos, los sistemas bien diseñados crean oportunidades para la participación del paciente en la formulación de políticas y solicitan sistemáticamente la retroalimentación de los usuarios, aumentando la rendición de cuentas y revelando brechas sistémicas. La literatura nos dice que los elementos de la OCDE de los sistemas de salud centrados en las personas mejoran la rendición de cuentas, revelan las brechas que importan a los usuarios y ayudan a alinear los servicios más estrechamente con lo que las personas necesitan (OECD, 2021[28]). La evidencia reciente de la encuesta PaRIS de la OCDE también muestra que una atención más centrada en las personas se asocia con mejores resultados y experiencias reportados por los pacientes, en particular para las personas que viven con afecciones crónicas, lo que subraya que la colaboración con los pacientes no es solo una cuestión de receptividad, sino también un contribuyente importante a una mejor atención (OECD, 2025[29]).

Las encuestas nacionales de satisfacción están implementadas en 10 de 19 países

Los países de ALC emplean diversos mecanismos para captar la voz del paciente, con distintos niveles de institucionalización. Las encuestas nacionales de satisfacción están implementadas en 10 de 19 países (Paraguay, México, Ecuador, Granada, Santa Lucía, Chile, Belice, Colombia, Costa Rica y Brasil). La transformación digital ha facilitado el surgimiento de plataformas en línea o líneas telefónicas para quejas y sugerencias en 15 países, lo que proporciona un canal directo para la retroalimentación de los usuarios. Las estructuras más formales, como los consejos o comités consultivos de pacientes, son menos comunes, pero están activas en Paraguay, México, Chile, Brasil y Haití. Chile presenta un modelo particularmente robusto a través de la Ley 20.500, que exige Consejos de la Sociedad Civil y Consejos Consultivos de Usuarios en los hospitales y Consejos de Desarrollo Local en la atención primaria. Por el contrario, Argentina, Santa Lucía, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y la República Dominicana reportan mecanismos nacionales de encuestas de satisfacción limitados o inexistentes, lo que indica brechas en la forma en que las opiniones de los pacientes influyen en la política.

Las organizaciones de pacientes son defensoras esenciales, aunque sus roles varían. En todos los países encuestados, excepto Belice, existen grupos que se centran en la promoción de afecciones específicas. Las organizaciones generales de defensa de los pacientes son más prominentes en México, Colombia y Brasil. Su influencia en la calidad de la atención es más fuerte donde están integradas en ciclos formales de monitoreo o de política. Por ejemplo, las organizaciones en Paraguay, Chile, Colombia y Costa Rica participan en el monitoreo y la evaluación de los servicios; los grupos en Paraguay, Ecuador, Argentina, Chile, Costa Rica, Brasil y Panamá contribuyen directamente a la formulación de políticas. Belice no reporta organizaciones formales de pacientes, lo que limita la representación estructurada de los intereses de los pacientes.

La medición sistemática de la experiencia del paciente sigue siendo un desafío

La medición estandarizada a nivel nacional se reporta en Ecuador, Chile y Colombia. En México, Granada y Brasil, las mediciones están actualmente restringidas a regiones o establecimientos de salud específicos, en lugar de ser un requisito nacional universal. Nueve países; Paraguay, Argentina, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana, reportan que la medición no está estandarizada, y Santa Lucía y Costa Rica reportan que la experiencia del paciente no se mide en absoluto. Perú emplea la metodología SERVQUAL para evaluar la satisfacción de los usuarios, centrándose en la alineación entre las expectativas y las percepciones de los pacientes.

La recopilación de datos está liderada principalmente por los ministerios de Salud (9 países) y por los proveedores individuales de servicios de salud (9 países). En algunos contextos, organismos especializados como SUSALUD en Perú o la Agencia de Aseguramiento de la Calidad en Ecuador toman la iniciativa. Las organizaciones de investigación independientes y los grupos de pacientes rara vez recopilan o reportan datos de experiencia; Paraguay es el único país que identifica a los investigadores independientes como partes interesadas clave en este proceso.

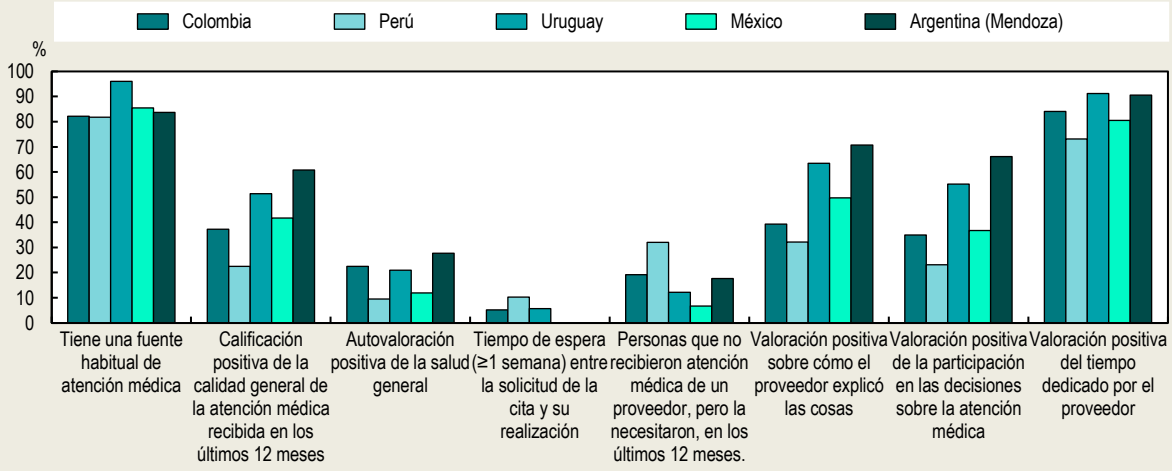
Recuadro 1.5. Experiencias reportadas por los pacientes: un elemento clave en la evaluación del desempeño de la calidad de la atención

Los datos aportados por los pacientes complementan los indicadores convencionales al mostrar cómo las personas viven la atención sanitaria y cómo los sistemas de salud responden a sus necesidades. Sin embargo, su uso rutinario y estandarizado sigue siendo limitado en gran parte de la región. En América Latina, cinco países participan en la Red «Quality Evidence for Health Systems Transformation» (QuEST), una alianza mundial que promueve sistemas de salud de alta calidad, centrados en las personas y equitativos mediante una mejor medición y prácticas basadas en la evidencia. Un componente fundamental de esta iniciativa es la Encuesta «People's Voice Survey» (PVS), una encuesta poblacional de modalidad mixta que recoge lo que las personas valoran y experimentan en los sistemas de salud.

Los resultados de 2025 en Argentina, Colombia, México, Perú y Uruguay muestran que, si bien el contacto con los servicios de salud es habitual, el acceso a una atención primaria de alta calidad sigue siendo limitado. Solo entre el 30 % y el 35 % de los adultos afirma tener un punto de atención habitual que cumpla los criterios básicos de calidad, y menos de la mitad cree firmemente que recibiría una atención de alta calidad o asequible si enfermara gravemente. Aproximadamente dos tercios recibieron algún tipo de atención preventiva durante el último año, pero la prestación de atención a los grupos de riesgo se queda rezagada: solo alrededor del 42 % de los adultos de 50 años o más afirma haberse sometido a pruebas de detección de riesgo cardiovascular. Los resultados también señalan problemas con los tiempos de espera y la continuidad, mientras que la atención de la salud mental destaca como una importante deficiencia, ya que solo alrededor de una cuarta parte de quienes informaron necesitarla recibieron la atención adecuada.

Las encuestas de la OCDE sobre indicadores comunicados por los pacientes (PaRIS) ofrecen una perspectiva diferente y más detallada. PaRIS se centra en los usuarios de la atención primaria, especialmente en las personas que padecen enfermedades crónicas, y relaciona las respuestas de los pacientes con la información procedente de sus centros de atención primaria. En los países que participan en PaRIS, el 87 % de los encuestados declaró haber tenido una experiencia positiva con la atención sanitaria y el 66 % afirmó gozar de buena salud general.

Figura 1.9. Encuesta "People's Voice Survey": Indicadores seleccionados de calidad de la atención en países de América Latina y el Caribe, 2025



Nota: Estimaciones ponderadas. Argentina (Mendoza) N = 1 190, Colombia N = 1 237, México N = 1 002, Perú N = 1 255; Uruguay N = 1 237.
Fuente: Encuesta «People's Voice Survey» de Quest Network 2025.

E-cohorts: ampliar la voz de la ciudadanía mediante el seguimiento longitudinal

Las cohortes electrónicas complementan la encuesta transversal «People's Voice Survey» al realizar un seguimiento de las experiencias, las trayectorias asistenciales y los resultados a lo largo del tiempo. Implementadas en Perú y Uruguay, combinan seguimientos repetidos con datos clínicos y aportados por los pacientes para evaluar la continuidad, la capacidad de respuesta y la eficacia de la atención sanitaria. En Perú, los resultados muestran que este enfoque es viable, con una tasa de retención superior al 95 %, y que puede mejorar el control de la presión arterial, al tiempo que pone de manifiesto deficiencias persistentes en la continuidad de la atención.

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

Atención integrada

La atención integrada es central para mejorar la calidad en ALC. Organiza los servicios en un continuo; desde la prevención y la promoción de la salud hasta el tratamiento, la rehabilitación y la atención paliativa, en todos los niveles y entornos. Como estrategia para elevar la calidad, la atención integrada reduce la fragmentación, fortalece la coordinación y la cooperación entre proveedores, y alinea los servicios con las necesidades y preferencias de los pacientes, tendiendo puentes entre la atención primaria, secundaria y terciaria para evitar una prestación en silos y asegurar transiciones fluidas. La OPS ha enmarcado durante mucho tiempo las redes integradas de servicios de salud (RISS) como una expresión operativa clave de la atención primaria de salud, diseñadas para mejorar el acceso, la eficiencia y la calidad (PAHO, 2026[30]). Los indicadores de resultados presentados anteriormente son coherentes con esta preocupación: los servicios preventivos suelen arrojar resultados comparativamente buenos, mientras que los indicadores relativos a la atención de afecciones agudas y crónicas, ámbitos en los que la coordinación puede resultar importante, presentan grandes variaciones entre países. Estos patrones deben interpretarse con cautela debido a las diferencias en el acceso y en la integridad de los datos.

La transición hacia la atención integrada en ALC enfrenta profundas barreras sistémicas en los entornos hospitalario, de atención primaria de salud y de atención de largo plazo. El obstáculo más significativo y extendido es la infraestructura de datos de salud poco desarrollada, que limita el intercambio en tiempo real de la información del paciente, reportado por 17 países para la APS y 18 para los hospitales. Existe una falta generalizada de monitoreo sistemático del impacto de la integración en la calidad y los resultados (señalada en 15 países en la APS; 14 en los hospitales). Las restricciones financieras son significativas, con 16 países en la APS y 15 en los entornos hospitalarios que citan un financiamiento y unos incentivos insuficientes para la colaboración. Más allá de estos problemas estructurales, México destaca una brecha específica en el desarrollo de habilidades de gestión para los líderes de unidades médicas, mientras que Granada apunta a la fragmentación entre los sectores público y privado y a la limitada integración de los servicios de salud mental y sociales como impedimentos importantes para un continuo de atención sostenible.

A pesar de estos obstáculos, los países están avanzando en políticas para fortalecer la coordinación de la atención. Los equipos multidisciplinarios se utilizan en 15 de 19 países: Paraguay, México, Granada, Santa Lucía, Chile, Colombia, Costa Rica, Brasil, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana. Once países; Paraguay, México, Granada, Chile, Costa Rica, Brasil, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras y la República Dominicana cuentan con estrategias formales y protocolos de atención integrada. Los registros electrónicos de salud (RES) compartidos entre proveedores operan en Paraguay, México, Costa Rica, Brasil y Panamá. Los incentivos financieros y los sistemas de monitoreo regular para promover y evaluar la coordinación están vigentes en Peru, Paraguay, México, Chile y Brasil, con sistemas de monitoreo también reportados en El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Panamá y la República Dominicana. Chile y Brasil también emplean programas de navegación del paciente para apoyar las transiciones entre niveles de atención.

Los países parten de situaciones diferentes en la transición de la coordinación de la atención a la integración a nivel del sistema. Paraguay, México, Chile, Costa Rica, Brasil y Panamá han comenzado a complementar los mecanismos organizativos con elementos facilitadores estructurales, tales como historias clínicas electrónicas compartidas e incentivos financieros para la coordinación. En estos países, el desafío radica cada vez más en extender estas medidas a los distintos proveedores y entornos asistenciales, así como en evaluar si mejoran la continuidad y los resultados. En otros lugares, los equipos multidisciplinarios, los protocolos y el seguimiento constituyen bases importantes, pero el fortalecimiento de la infraestructura de información y financiación necesaria para respaldar la integración en todo el sistema sigue siendo una prioridad más inmediata.

Observaciones finales y recomendaciones accionables para la Región

La región de América Latina y el Caribe se encuentra en una coyuntura crítica. Como ha detallado este capítulo, está surgiendo una infraestructura fundamental para la calidad de la atención, y la mayoría de los países han establecido marcos regulatorios básicos y políticas de calidad. Sin embargo, el camino desde el establecimiento de estructuras hasta el logro de resultados de alta calidad está lejos de completarse.

La política de calidad de la atención en América Latina y el Caribe ha ido más allá de las iniciativas aisladas y ahora se asienta sobre una base institucional reconocible, pero la transición de la garantía básica de calidad hacia sistemas de calidad plenamente operativos, que aprenden y están centrados en las personas sigue siendo incompleta. Es importante señalar que los países no parten del mismo punto ni ocupan una posición única en todas las dimensiones de la calidad. Un país puede contar con mecanismos de acreditación o de gobernanza tecnológica relativamente consolidados y, al mismo tiempo, estar aun consolidando la medición, la atención integrada o la compra vinculada a la calidad. La siguiente fase es más exigente. Requiere un mayor uso de datos, una retroalimentación y una transparencia más sistemáticas, un aprendizaje organizacional más profundo y una mejor alineación entre la regulación, el financiamiento y la prestación de la atención en los distintos entornos y esquemas de atención. Esto también exige abordar la calidad no solo en los centros individuales, sino a lo largo de todo el recorrido del paciente, donde la continuidad, las derivaciones, el intercambio de información y la rendición de cuentas entre los proveedores determinan cada vez más si realmente se presta una atención de alta calidad. No obstante, la manera en que los países lleven a cabo estos cambios dependerá de los cimientos ya existentes en cada ámbito de las políticas.

Los desafíos transversales de la inequidad y la debilidad de la infraestructura digital requieren una atención prioritaria. Invertir en sistemas de datos interoperables no es un aspecto técnico secundario, sino el elemento fundamental para focalizar eficazmente las intervenciones, identificar disparidades ocultas e incorporar de forma sistemática las medidas reportadas por los pacientes.

Cerrar las brechas de calidad en América Latina y el Caribe depende de articular una gobernanza sólida, sistemas de datos e incentivos estratégicos, al tiempo que se asume un compromiso con la equidad tanto en el sector público como en el privado. Este enfoque es coherente con la evidencia internacional sobre sistemas de salud de alto desempeño y ofrece el marco más claro para interpretar tanto los avances logrados como las brechas pendientes.

Las grandes brechas de desempeño apuntan a una atención organizada de manera desigual

El perfil de calidad de la región no es uniformemente débil, sino desigual: algunos indicadores muestran un desempeño sólido, mientras que otros revelan brechas muy grandes en la prestación de una atención oportuna y efectiva.

- Las diferencias entre países son mayores en los indicadores que dependen de vías de tratamiento organizadas y de un manejo clínico oportuno, con brechas de casi cuatro veces tanto en la mortalidad tratable como en la letalidad intrahospitalaria a 30 días tras un infarto agudo de miocardio.
- Los servicios preventivos, en particular la inmunización infantil, tienden a tener un desempeño más sólido que las vías de atención aguda y crónica.
- Estos indicadores siguen siendo esenciales para la comparación, pero no miden la calidad de forma aislada: las diferencias en el acceso, la capacidad hospitalaria, la codificación, las referencias y la completitud de los datos también configuran los resultados observados.

Los hallazgos institucionales ofrecen patrones que permiten formular hipótesis, pero no revelan una relación simple entre la existencia de mecanismos individuales de calidad y los resultados obtenidos. En diversos ámbitos de política, especialmente en la gobernanza de la calidad, la acreditación y la gobernanza tecnológica, los países con sistemas más consolidados tienden a registrar tasas de mortalidad tratable más bajas que aquellos que aún están afianzando dichas bases. No obstante, este patrón no es universal ni suficiente para inferir una relación de causalidad. El caso de Paraguay ilustra esta limitación con especial claridad: a pesar de contar con políticas de calidad y mecanismos institucionales comparativamente amplios, la mortalidad tratable y varios resultados de la atención aguda siguen siendo relativamente deficientes. Por el contrario, en ámbitos específicos de política, es posible obtener buenos resultados aun con sistemas menos desarrollados.

Esto sugiere que es poco probable que la mejora de los resultados dependa de un único mecanismo de calidad. Más bien, el capítulo destaca la importancia de combinar una gobernanza eficaz, rutas asistenciales organizadas, sistemas de medición fiables, competencias profesionales y capacidad para implementar políticas de manera coherente. La siguiente etapa en la mejora de la calidad no radica tanto en ampliar el repertorio de indicadores o instrumentos de política, sino en utilizarlos para identificar dónde fallan las rutas asistenciales y garantizar que los mecanismos institucionales se traduzcan en una mejor atención. La evidencia internacional apunta en la misma dirección: los sistemas de alto desempeño combinan la medición de resultados con una organización de los servicios más sólida, una revisión transparente del desempeño y mecanismos explícitos para traducir los resultados en mejora (OECD/WHO/World Bank Group, 2018[3]).

La región ha construido las bases de la gobernanza de la calidad, pero todavía no sistemas plenamente capaces de aprender

El progreso en todas las demás prioridades de calidad depende de una instancia institucional claramente responsable de la calidad, con un mandato explícito, suficiente autoridad, financiamiento y capacidad de implementación tanto en el sector público como en el privado. Si bien muchos países han establecido estos elementos fundamentales, fortalecer su alcance y su capacidad para traducir las políticas en acciones concretas sigue siendo una prioridad central.

La mayoría de los países de la región ya han establecido una arquitectura institucional básica para la calidad de la atención. La calidad es ahora ampliamente reconocida como una prioridad de política; los ministerios de Salud generalmente lideran la agenda; y las funciones regulatorias centrales están presentes en muchos sistemas. Sin embargo, existe una distinción importante entre establecer estructuras de calidad y desarrollar la trayectoria completa, desde la política y la responsabilidad institucional hasta la implementación, el aprendizaje y la rendición de cuentas.

- La habilitación, la regulación de medicamentos y otras funciones básicas de rectoría están generalmente avanzadas, mientras que la acreditación, la auditoría clínica, la notificación pública, el apoyo a la decisión y la medición reportada por los pacientes están menos consistentemente incorporados en la práctica rutinaria.
- La garantía de calidad de la fuerza de trabajo todavía pone mayor énfasis en el ingreso a la práctica que en la competencia a lo largo del tiempo: la certificación inicial es común, pero la recertificación, los exámenes nacionales y la EMC/DPC obligatoria están mucho menos extendidos.
- La evaluación de tecnologías sanitarias y la garantía externa de calidad se están institucionalizando cada vez más, pero los vínculos con el reembolso, la equidad y los ciclos más amplios de mejora de la calidad siguen siendo un desafío.
- El alcance de una gobernanza de la calidad que abarque tanto la prestación pública como la privada sigue siendo desigual. La planificación de la fuerza laboral está considerablemente más desarrollada en el sector público, mientras que la notificación de eventos adversos y la prevención y el control de infecciones están menos institucionalizados de manera sistemática entre los proveedores privados. En los sistemas de salud donde la atención se presta mediante diversas modalidades públicas y privadas, la rectoría nacional debe garantizar que los estándares fundamentales de calidad, la medición y la rendición de cuentas se extiendan a todos los sectores.

Para los países que aún están consolidando estas bases, las prioridades incluyen una gobernanza y una rendición de cuentas más claras, un aseguramiento externo de la calidad más sistemático, mecanismos más sólidos para mantener la competencia profesional a lo largo del tiempo y una capacidad institucional básica para la medición y la seguridad del paciente. Los países con sistemas más consolidados se enfrentan a un desafío diferente: garantizar que los mecanismos existentes se apliquen de manera coherente, abarquen tanto a los proveedores públicos como a los privados y a los distintos entornos asistenciales, y generen aprendizaje y rendición de cuentas, en lugar de limitarse al mero cumplimiento.

No obstante, más allá de estos diversos puntos de partida, se comparte una orientación política más amplia: trascender la regulación y los modelos voluntarios para avanzar hacia un aseguramiento de la calidad más institucionalizado. Los sistemas de calidad maduros combinan una rectoría nacional clara con planes operativos, retroalimentación regular, desarrollo profesional, evaluación externa y un mayor uso de la evidencia en la toma de decisiones, idealmente implementados de manera sistemática tanto en el sector público como en el privado, y vinculados explícitamente al financiamiento y a la notificación pública. La experiencia de la OCDE también sugiere que la calidad profesional mejora cuando los sistemas de salud modernizan el papel de los trabajadores de la salud y pasan de una autorización única hacia el desarrollo y la rendición de cuentas continuos. Países como Francia (Haute Autorité de Santé, 2025[31]), donde la certificación hospitalaria es una evaluación externa obligatoria para todos los hospitales públicos y privados, y Australia, donde los estándares nacionales de seguridad y calidad están integrados en un esquema estructurado de acreditación, ilustran cómo los estándares y la garantía externa pueden integrarse de manera más sistemática con una gobernanza de la calidad más amplia.

El puente que falta es el uso rutinario de la medición, la información de seguridad y los incentivos para la mejora

La región está avanzando en materia de medición y seguridad. Muchos países han introducido indicadores de calidad, estudios de auditoría, guías de práctica, estructuras de seguridad del paciente y, en algunos casos, reformas de pago vinculadas a la calidad. El desafío es organizar estas herramientas en un sistema de mejora.

- Los indicadores nacionales de calidad, los estudios de auditoría y las guías están cada vez más presentes, pero en muchos países no se vinculan de forma rutinaria con la supervisión, la contratación, la presupuestación o el pago. Por consiguiente, la evolución consiste en pasar del establecimiento de mecanismos fiables de medición y revisión a la integración de sus resultados en la gestión cotidiana, la rendición de cuentas y la toma de decisiones.
- Los sistemas de seguridad del paciente están más avanzados en la prevención y el control de infecciones que en el aprendizaje organizacional a partir del daño: el reporte de eventos adversos sigue siendo desigual, la notificación pública es limitada, y la codificación estandarizada de los incidentes y los cuasi accidentes es poco frecuente. Por tanto, la evolución va desde el establecimiento de normas de seguridad y mecanismos de notificación hasta el uso prospectivo de la información para prevenir la recurrencia y difundir prácticas eficaces.
- Argentina, Brasil, Chile, México, Paraguay, Perú y Santa Lucía han implementado mecanismos de pago vinculados a la calidad a nivel nacional, desplazando el desafío hacia la mejora del diseño, la medición y la alineación con los objetivos de calidad. En los países restantes, por lo general se requieren bases más sólidas en materia de medición y compra estratégica antes de que los incentivos financieros puedan convertirse en una palanca eficaz para mejorar la calidad en todo el sistema. En ambos casos, la evidencia refuerza la misma conclusión: los datos y los incentivos son más eficaces cuando se integran en sistemas más amplios de gobernanza, retroalimentación y apoyo a la implementación.

La literatura más amplia sugiere que este patrón es típico de los sistemas que han ensamblado los componentes de la política de calidad, pero todavía no los circuitos de retroalimentación que los hacen efectivos (Institute of Medicine, 2013[13]). La lógica de un sistema de salud que aprende es que los indicadores, las auditorías, los reportes de incidentes, los estándares clínicos, las herramientas digitales y el pago deberían reforzarse mutuamente a través de un ciclo continuo de medición, revisión y acción. El trabajo de la OCDE sobre la reforma del pago muestra de manera similar que los incentivos financieros funcionan mejor cuando forman parte de una estrategia de compra más amplia basada en datos confiables, objetivos de calidad claros y apoyo a la implementación, en lugar de ser una palanca aislada (Lindner and Lorenzoni, 2023[32]).

La atención centrada en las personas e integrada sigue siendo la dimensión menos institucionalizada de la calidad

Cada vez más países reconocen que la calidad debe trascender los centros y episodios de atención individuales para abarcar todo el recorrido del paciente. Esto cobra especial importancia en el caso de las enfermedades crónicas, la multimorbilidad y el envejecimiento de la población, situaciones en las que los resultados dependen de la continuidad entre los distintos proveedores y niveles asistenciales. La atención integrada y centrada en las personas es fundamental para esta transición, si bien aún es posible fortalecer los mecanismos institucionales necesarios para sostenerla en toda la región.

- Muchos países tienen alguna forma de captar las opiniones de los pacientes, como encuestas de satisfacción, mecanismos de quejas u organizaciones de pacientes, pero menos utilizan medidas estandarizadas reportadas por los pacientes o incorporan la participación del paciente en los ciclos rutinarios de política y mejora de los servicios. Se observa una práctica más sólida en la región donde la voz del paciente va más allá de las quejas y las encuestas ad hoc hacia arreglos más institucionalizados. Chile se destaca por sus estructuras formales de participación, Perú por la

medición nacional regular de la satisfacción del paciente, y Colombia por integrar la información centrada en las personas en observatorios de calidad y sistemas de monitoreo más amplios.

- La atención integrada muestra una evolución similar. Los equipos multidisciplinarios, los protocolos y los mecanismos de coordinación son cada vez más frecuentes, mientras que los registros compartidos, la financiación alineada y la evaluación sistemática de la continuidad siguen estando menos extendidos. Brasil, Chile, Costa Rica, México, Panamá, Paraguay y Perú han comenzado a complementar los mecanismos organizativos con elementos facilitadores estructurales, tales como historias clínicas electrónicas compartidas o incentivos financieros para la coordinación. En otros lugares, el fortalecimiento de la infraestructura de información y financiación necesaria para respaldar la integración sigue siendo una prioridad más inmediata.
- La débil infraestructura de datos y el financiamiento fragmentado siguen limitando la continuidad de la atención entre proveedores y niveles de atención.

La OCDE y la OPS destacan que los sistemas de alto rendimiento organizan la atención en torno a las personas, teniendo como elementos fundamentales la voz del paciente, la coproducción, la integración y la continuidad a lo largo de la trayectoria asistencial; asimismo, la iniciativa PaRIS vincula una atención más centrada en las personas con mejores resultados y experiencias reportados por los pacientes, especialmente en el caso de personas con enfermedades crónicas (OECD, 2025[29]). El siguiente paso consiste en fortalecer las derivaciones, la coordinación, la participación de los pacientes y el intercambio de información allí donde estas bases aún son limitadas, al tiempo que se amplían a otros proveedores los mecanismos ya consolidados y se los vincula de manera más sistemática con las mediciones reportadas por los pacientes. En toda la región, contar con sistemas de datos interoperables y una financiación mejor alineada sigue siendo fundamental para superar la fragmentación y garantizar la continuidad de la atención.

Prioridades accionables para la región

Las siguientes prioridades estratégicas ofrecen una hoja de ruta para institucionalizar la calidad en América Latina y el Caribe. No implican una clasificación única de los países: los puntos de partida difieren según las áreas de política, y un país con mecanismos relativamente consolidados en una dimensión puede ofrecer oportunidades de aprendizaje entre pares, al tiempo que sigue afianzando sus bases en otra. Para cada una de las transiciones que se describen a continuación, los puntos de partida se definen en función de los mecanismos específicos ya existentes, y no mediante una evaluación general del sistema de calidad del país.

Desde la garantía básica de la calidad hasta el aprendizaje y la rendición de cuentas

Para esta transición, los puntos de partida dependen del grado de avance de los mecanismos que sustentan la garantía de la calidad: desde el establecimiento de normas y responsabilidades institucionales hacia la implementación, la garantía externa y el aprendizaje sistemático. En los casos donde las bases aún se están consolidando, las responsabilidades en materia de calidad pueden estar dispersas, es posible que no exista acreditación, que la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) no esté formalmente institucionalizada y que las medidas de seguridad del paciente se centren principalmente en estándares básicos. Los sistemas más consolidados combinan una gobernanza nacional más clara con mecanismos que trascienden la garantía de mínimos: la acreditación formal complementa la inspección, la ETS opera junto con la vigilancia poscomercialización y los sistemas identifican cada vez más el buen desempeño y aprenden de la información sobre seguridad. El grado de avance en estos mecanismos varía según el país. Algunos ejemplos son la acreditación de la atención primaria en Paraguay y Panamá, la vinculación entre la ETS y el reembolso en Perú, y la notificación obligatoria de eventos adversos en diversos sectores en Ecuador y El Salvador.

- **Consolidar los mecanismos nacionales de gobernanza de la calidad.** Cuando las responsabilidades en materia de calidad se encuentren dispersas, es preciso formalizar los mandatos, la autoridad, los recursos y la rendición de cuentas, incluida la supervisión de los proveedores privados. Por ejemplo, países como Guatemala y Honduras donde la calidad se aborda a través de estructuras ministeriales más amplias y sin unidades específicas dedicadas a ella, se beneficiarían en primera instancia de contar con mandatos más claros y una mejor coordinación. En los casos en que ya existan estructuras de gobernanza establecidas como en Argentina o El Salvador, entre otros, conviene fortalecer la implementación, la coordinación, el aprendizaje y la rendición de cuentas. Estos cimientos son fundamentales para el éxito de iniciativas de calidad que abarcan todo el sistema, como Salud Mesoamérica (Recuadro 1.6).
- **Fortalecer el aseguramiento externo de la calidad en los distintos entornos asistenciales**. Los países que carecen de sistemas de acreditación formales, o que solo cuentan con mecanismos limitados, deberían institucionalizar progresivamente la garantía externa de la calidad, especialmente en la atención primaria, la prestación privada de servicios y otros ámbitos insuficientemente regulados. Esto resulta particularmente relevante para países como Brasil y la República Dominicana, donde la acreditación formal sigue siendo limitada. En los casos en que ya existen sistemas de acreditación, como en Chile o Costa Rica, la prioridad pasa a ser ampliar su alcance a diversos entornos y garantizar que la evaluación externa fomente la mejora continua, en lugar de limitarse al mero cumplimiento de normas.
- **Integrar la evaluación de tecnologías sanitarias en la toma de decisiones habitual**. Los países que carecen de estructuras formales de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS), como Belice y Granada, deberían centrarse inicialmente en institucionalizar la capacidad de evaluación y vincularla a la toma de decisiones a nivel nacional. En

aquellos lugares donde la ETS está más consolidada, como Perú o Paraguay, el desafío radica cada vez más en fortalecer los vínculos entre la evaluación, la vigilancia poscomercialización, el reembolso, el uso adecuado y la equidad.

- **Desarrollar sistemas de seguridad del paciente más sólidos basados en el aprendizaje**. En los casos en que los programas básicos y los mecanismos de notificación aún están incompletos como en Nicaragua o la República Dominicana, establecer mecanismos fiables para notificar y aprender de los eventos adversos sigue siendo una prioridad inmediata. Allí donde los sistemas de notificación están más consolidados, incluidos Ecuador y Colombia, se debe reforzar progresivamente la codificación estandarizada, el análisis de incidentes y cuasi-incidentes, así como el uso de información sobre seguridad para fomentar el aprendizaje entre los proveedores públicos y privados.

De la calidad centrada en el centro asistencial a la calidad a lo largo de la trayectoria del paciente

Mejorar la calidad exige cada vez más trascender el desempeño de centros individuales o episodios de atención aislados, para centrarse en la experiencia y los resultados de las personas a lo largo de toda la trayectoria asistencial. Esto implica combinar la participación del paciente y la información aportada por este con mecanismos eficaces de derivación, continuidad entre proveedores y niveles asistenciales, así como con los sistemas de información y financiación necesarios para facilitar la coordinación.

El punto de partida en este ámbito varía según si la voz del paciente y la coordinación de la atención siguen limitándose principalmente a episodios concretos y centros específicos, o si se están integrando plenamente en la trayectoria del paciente. En países como Haití y Honduras, los equipos multidisciplinarios, los protocolos y los sistemas de seguimiento sientan bases importantes; sin embargo, aún es necesario reforzar el intercambio de información y los mecanismos de financiación para garantizar la continuidad entre proveedores. En aquellos lugares donde los elementos estructurales facilitadores están más desarrollados, como Brasil o México, el siguiente paso consiste en extender estos mecanismos a diversos proveedores y entornos asistenciales, así como en fortalecer la rendición de cuentas en materia de continuidad, resultados y experiencia del paciente.

Desde la recopilación de información hasta su uso para la mejora

Para esta transición, los puntos de partida dependen del grado de avance de la información sobre calidad: desde su recopilación y notificación hasta su uso habitual en la gestión, la rendición de cuentas y las decisiones de compra. En algunos sistemas, los mecanismos de medición y auditoría aún se están consolidando, y la información sobre calidad mantiene una vinculación tenue con la toma de decisiones. En otros, los indicadores y los resultados de las auditorías ya se utilizan para la retroalimentación, la evaluación comparativa o la notificación pública, mientras que los modelos de compra más avanzados vinculan el pago a los proveedores con objetivos de calidad. Estas dimensiones no evolucionan necesariamente de forma simultánea: pueden coexistir sistemas de medición relativamente desarrollados con un uso limitado de incentivos financieros, y los pagos vinculados a la calidad pueden aplicarse únicamente a servicios o esquemas específicos.

- **Hacer que la medición tenga mayor trascendencia**. Esto sigue siendo especialmente relevante para países como Belice, que aún no cuenta con un conjunto nacional de indicadores de calidad, y Guatemala, donde los mecanismos de medición son todavía más limitados. En los lugares donde estos mecanismos están más consolidados, como Colombia o Panamá, conviene vincularlos de manera más sistemática con la supervisión, la evaluación comparativa (*benchmarking*), la notificación pública de información, la contratación y otras formas de rendición de cuentas.
- **Alinear la financiación con la calidad y la integración**. En los casos en que aún no se han establecido mecanismos nacionales de pago vinculados a la calidad como en Colombia o Costa Rica, las prioridades incluyen fortalecer la medición, la retroalimentación a los proveedores y la capacidad de compra estratégica. Cuando dichos mecanismos ya están en funcionamiento como en Chile o Argentina, el enfoque debería orientarse cada vez más a mejorar su diseño, el ajuste por riesgo y su alineación con objetivos más amplios de calidad e integración.

Fortalecer las condiciones para la transición hacia una mejor calidad de la atención

La capacidad de la fuerza laboral, la infraestructura digital interoperable y la equidad constituyen condiciones habilitadoras para las tres transiciones. En cuanto a estas condiciones, los puntos de partida difieren de manera independiente en lugar de seguir una progresión única. En materia de garantía de la calidad de la fuerza laboral, los enfoques varían desde una prioridad centrada en el acceso al ejercicio profesional hasta combinaciones de recertificación y desarrollo profesional continuo, mientras que la planificación de la fuerza laboral a nivel de sistema, abarcando tanto el sector público como el privado, sigue estando menos desarrollada. Los cimientos digitales en la región oscilan entre sistemas de información fragmentados y modelos caracterizados por la interoperabilidad, la interconexión, la codificación estandarizada y el acceso para los pacientes. La equidad también se incorpora de manera desigual, variando desde una consideración limitada en los mecanismos de calidad hasta una integración más sistemática en las directrices, la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS), la medición y el seguimiento del desempeño.

- **Establecer un sistema continuo de garantía de calidad de la fuerza laboral**. En los casos en que la regulación profesional se centra principalmente en el acceso al ejercicio de la profesión, conviene fortalecer la recertificación y el desarrollo profesional continuo. Esto resulta especialmente relevante en países como Ecuador o la República Dominicana, donde los mecanismos de garantía de la competencia a lo largo de la carrera profesional siguen siendo más limitados. En cambio, donde existen sistemas más consolidados como en Santa Lucía o México, el enfoque puede desplazarse hacia la vinculación más sistemática de la competencia continua con la mejora de la calidad y la planificación de la fuerza laboral en los sectores público y privado.

- **Fortalecer el monitoreo de la calidad con enfoque en la equidad**. Cuando las consideraciones de equidad dentro de los mecanismos de calidad siguen siendo limitadas, es preciso desarrollar la capacidad para desagregar la información sobre calidad e incorporar la equidad de manera sistemática en la evaluación y la revisión del desempeño. Belice y Panamá, por ejemplo, tienen margen para fortalecer la integración de criterios de equidad en sus directrices o en los procesos de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS). Los países que cuentan con bases más sólidas en materia de medición y gobernanza, como Chile o Perú, pueden aprovechar cada vez más dichos sistemas para identificar disparidades en la calidad y los resultados, y actuar en consecuencia.
- **Invertir en infraestructura digital interoperable para la calidad**. En los lugares donde los cimientos digitales aún están fragmentados como ocurre en países como Granada u Honduras, es prioritario establecer estándares comunes, conectividad y un intercambio de información fiable entre proveedores. Donde ya existen bases digitales más sólidas, como en Costa Rica o Panamá, el siguiente paso consiste en ampliar la vinculación de datos, el acceso de los pacientes y el uso de información digital para garantizar la continuidad asistencial, la medición y la mejora de la calidad. El sistema EDUS de Costa Rica constituye un ejemplo de acceso digital para el paciente, mientras que Argentina, Belice, Perú y Santa Lucía han implementado sistemas de codificación estandarizada para incidentes de seguridad y cuasi-incidentes.

Recuadro 1.6. La Iniciativa "Salud Mesoamérica": un modelo centrado en la equidad para la mejora de la calidad y los resultados

La Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM) muestra cómo la mejora de la calidad y la equidad pueden abordarse de manera conjunta. Puesta en marcha como una alianza público-privada liderada por los gobiernos con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo y otros socios, la iniciativa se dirigió a las poblaciones más pobres de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Chiapas (México). La ISM operó a través de un modelo de financiamiento basado en resultados en el que los incentivos por desempeño se desembolsaban a los Ministerios de Salud tras la verificación del cumplimiento de las metas acordadas, que abarcaban estándares de atención materna y neonatal, prácticas obstétricas esenciales y el uso de servicios, con el respaldo de una medición independiente, indicadores comunes y asistencia técnica práctica a los establecimientos de salud de las zonas más pobres para ampliar el acceso a indicadores de calidad. Su objetivo no era solo ampliar el acceso, sino también mejorar la calidad de la atención materna e infantil en las zonas desatendidas mediante estándares comunes, medición independiente, apoyo técnico y financiamiento basado en resultados.

La ISM ilustra varias de las palancas de calidad analizadas en el capítulo: una medición y verificación rigurosas para la rendición de cuentas, el aprendizaje y la mejora, incentivos financieros vinculados a los resultados, una mayor coordinación entre los niveles de atención, equipos de mejora de la calidad dentro de los establecimientos y apoyo práctico para la implementación y el cierre de brechas. Entre las mejoras reportadas se incluyen una mejor calidad de la atención neonatal y obstétrica, un mayor uso de las prácticas esenciales de atención materna, y avances en la atención respetuosa y el uso de servicios entre las mujeres indígenas de Guatemala y Chiapas.

La lección clave es que las políticas orientadas a la equidad también pueden ser políticas de mejora de la calidad. La ISM sugiere que, cuando las reformas se centran explícitamente en las poblaciones pobres y excluidas, es posible lograr ganancias en calidad junto con reducciones en las disparidades de acceso y de desempeño de los servicios. Abordar estas disparidades de manera simultánea puede mejorar los resultados de salud. Esto ofrece un puente útil hacia el próximo capítulo sobre políticas de equidad, que examina de forma más amplia cómo los sistemas de salud de la región pueden reducir las brechas en la atención de los grupos desfavorecidos.

Fuente: 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.

Referencias

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/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] Las respuestas a la encuesta son comunicadas directamente por funcionarios del Ministerio de Salud y reflejan principalmente al sector público. Es posible que las formas de pago implementadas por aseguradoras privadas o entidades subnacionales no queden plenamente reflejadas.

2 Desigualdades en la salud y la atención sanitaria en América Latina y el Caribe

Si bien los países de América Latina y el Caribe han ampliado la cobertura y mejorado los resultados de salud en las últimas décadas, persisten brechas grandes y sostenidas por ingreso, educación, lugar de residencia, etnicidad y otras características poblacionales. Estas desigualdades se reflejan en la exposición a riesgos para la salud, el acceso a los servicios, la calidad de la atención, la protección financiera y los resultados de salud. Este capítulo examina los principales patrones de desigualdad en salud en la región y analiza cómo los países están respondiendo mediante políticas de gobernanza, financiamiento, prestación de servicios, fuerza de trabajo, salud digital, sistemas de datos y preparación ante emergencias. Sobre la base de la evidencia regional y de una encuesta realizada en 2025 a 14 países, concluye que los esfuerzos de política han avanzado más en ampliar la disponibilidad y la asequibilidad de los servicios que en abordar las condiciones necesarias para que la atención sea equitativa en la práctica. Reducir las desigualdades no solo exigirá ampliar la cobertura para cerrar las brechas de acceso pendientes, sino también mejorar la calidad, la continuidad y la capacidad de respuesta de la atención.

Introducción

En toda América Latina y el Caribe (ALC), el progreso en la cobertura y los resultados de salud durante las últimas décadas ha sido significativo, pero desigual (OECD/The World Bank, 2023[1]). Si bien muchos países han ampliado el acceso a los servicios y reducido la mortalidad, persisten grandes diferencias entre grupos poblacionales y territorios. Estas desigualdades se observan en múltiples dimensiones, incluidas la posición socioeconómica, la geografía, la etnicidad, el género, la edad, la condición migratoria, la discapacidad y la afiliación al sistema de salud, incluidos los sistemas segmentados (Atun et al., 2015[2]; Cotlear et al., 2015[3]). Como resultado, los promedios nacionales pueden ocultar brechas persistentes para grupos y lugares específicos.

Estas desigualdades importan no solo desde una perspectiva social, sino también para el desempeño de los sistemas de salud. Donde las desventajas se acumulan, la enfermedad prevenible y la mortalidad evitable permanecen concentradas, incluso cuando el contacto general con los servicios es alto, porque la cobertura efectiva puede seguir siendo desigual cuando la calidad, la continuidad o la asequibilidad de los servicios difieren entre grupos (Kruk et al., 2018[4]). Las desigualdades suelen asociarse con demoras en la atención, menor calidad de los servicios, una protección financiera más débil y mayores costos posteriores (Wagstaff et al., 2018[5]). También reducen la resiliencia del sistema: los choques como las pandemias, las crisis económicas o los eventos relacionados con el clima tienden a ampliar las brechas existentes- (PAHO, 2022[6]; WHO, 2025[7]).

Desigualdades e inequidades

Este capítulo distingue entre las desigualdades en salud y las inequidades en salud, términos que a veces se usan de manera intercambiable pero que cumplen propósitos analíticos diferentes. Las desigualdades en salud (o disparidades) se refieren a diferencias medidas en los resultados de salud, el uso de servicios, la calidad, la protección financiera o la exposición a riesgos para la salud entre grupos poblacionales. Las inequidades en salud son aquellas desigualdades que se consideran injustas, evitables y susceptibles de acción de política, que surgen de las condiciones sociales y de cómo se organizan los sistemas de salud y otras instituciones (WHO, 2013[8]). Los gobiernos actúan sobre las inequidades, pero dependen de la medición de las desigualdades para identificar problemas, monitorear tendencias y evaluar el progreso hacia la cobertura universal de salud (CUS) y las metas relacionadas.

Desigualdades «en qué» y «para quién»

Para organizar el análisis, el capítulo distingue qué aspectos de la salud y de los sistemas de salud son desiguales («desigualdades en qué») y qué grupos poblacionales experimentan estas diferencias («desigualdades para quién»).

Estos aspectos corresponden a dimensiones clave que se utilizan habitualmente para monitorear el progreso hacia la CUS (WHO/IBRD, 2023[9]). Están estrechamente relacionados. Las desigualdades en la exposición a riesgos para la salud y a los determinantes sociales configuran los patrones de necesidad de salud entre las poblaciones. Las desigualdades en el acceso a los servicios, la calidad de la atención y la protección financiera influyen en si esas necesidades se satisfacen de manera oportuna y efectiva. Las desigualdades en los resultados de salud reflejan los efectos acumulados de estas diferencias. En conjunto, ayudan a explicar por qué el progreso medido a nivel nacional puede no traducirse en ganancias comparables para todos los grupos, y por qué las desigualdades persistentes pueden socavar el desempeño y la resiliencia del sistema de salud.

Las categorías poblacionales consideradas en el capítulo incluyen características demográficas y socioculturales (como el género, la edad, la etnicidad y la condición migratoria), la posición socioeconómica (como el ingreso y la educación), la ubicación geográfica (incluida la variación rural, remota y subnacional) y otras agrupaciones relevantes, incluidas la discapacidad y la afiliación al sistema de salud o al seguro en los sistemas segmentados (Tabla 2.). Estas agrupaciones reflejan mecanismos distintos a través de los cuales la desventaja puede configurar la exposición a riesgos, el acceso a una atención oportuna y efectiva, y la protección frente a las dificultades financieras.

Tabla 2.1. Desigualdades «*en qué*» y «*para quiénes*»

Desigualdades en qué	Exposición a factores de riesgo y determinantes sociales de la salud	Acceso a la atención sanitaria y calidad de la atención	Protección frente al riesgo financiero	Resultados de salud
Desigualdades para quiénes	Grupos demográficos y socioculturales (por ejemplo, según género, edad, origen étnico o situación migratoria)			
	Grupos socioeconómicos (por ejemplo, según ingresos o nivel educativo)			
	Zonas geográficas (incluidas las rurales y remotas, y las diferencias entre territorios dentro de un país)			
	Otros grupos (por ejemplo, según discapacidad o adscripción al sistema de salud)			

Este capítulo presenta primero hechos estilizados sobre las desigualdades en salud en ALC en dominios clave, sobre la base de la evidencia internacional y regional disponible. Luego examina cómo los países están abordando las inequidades mediante políticas e intervenciones del sistema de salud, destacando enfoques comunes, brechas y oportunidades. Este análisis se basa en la información reportada por los países a través de una encuesta regional, que documenta la existencia de políticas, arreglos institucionales y mecanismos relevantes para la equidad en salud, sin evaluar su efectividad ni la intensidad de su implementación.

La posibilidad de examinar las desigualdades en estas dimensiones depende de la disponibilidad de datos desagregados, que sigue siendo desigual en la región. Muchos países reportan habitualmente indicadores por edad, sexo y lugar de residencia. Sin embargo, la desagregación por etnicidad, condición migratoria o de discapacidad, o afiliación al sistema de salud es mucho menos común y con frecuencia se reporta en categorías que no son comparables entre países. Como resultado, algunas desigualdades son más visibles que otras, y las brechas en los datos y el reporte pueden limitar tanto el monitoreo como la acción de política. Estos aspectos se retoman más adelante en el capítulo al examinar los enfoques de los países respecto de los datos, el monitoreo y el reporte de la equidad.

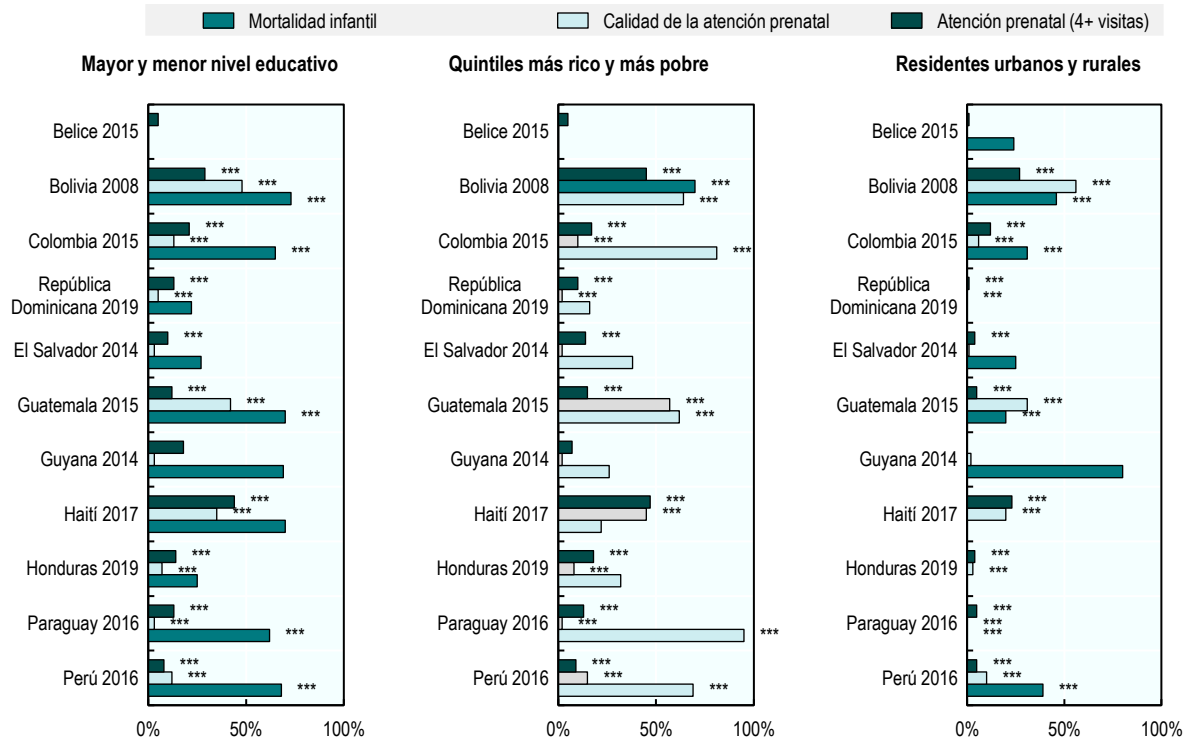
Hechos estilizados sobre las desigualdades en salud en ALC

Esta sección se basa en la literatura y en datos internacionales para ofrecer un contexto al foco principal del capítulo: el estado de las políticas que abordan la desigualdad. Las desigualdades en los resultados de salud y en la atención sanitaria han sido una preocupación persistente en la región y siguen siendo observables en múltiples dominios, aunque la evidencia disponible sobre las desigualdades dentro de los países permanece limitada a un conjunto relativamente reducido de grupos poblacionales.

Los hogares de mayor estatus tienen más probabilidades de beneficiarse de programas o seguros de salud financiados por el gobierno o por el empleador, que brindan un acceso privilegiado a servicios de mejor calidad que el de quienes tienen un estatus más bajo, en particular quienes están desempleados, trabajan en empleos informales o pertenecen a grupos desfavorecidos o marginados. Tales programas a veces brindan a las familias de mayor estatus una mayor protección financiera pero, en muchos países, son los hogares más ricos los que tienen altas proporciones de gasto de bolsillo, mientras que los más pobres tienen necesidades de salud no satisfechas o recurren a alternativas de bajo costo o al autotratamiento. Así, las desigualdades en los resultados de salud reflejan más que diferencias en el ingreso o los activos del hogar. También se transmiten o amplifican por las asociaciones entre el ingreso y un menor número de riesgos para la salud, un mayor acceso a una atención sanitaria de buena calidad, y la proporción del gasto de bolsillo en salud respecto del ingreso del hogar.

La Figura 2.1 presenta un panorama de las brechas en el acceso a la atención, la calidad de la atención y los resultados de salud, aproximadas mediante el uso de la atención prenatal (APN), la calidad de la APN y la tasa de mortalidad infantil (TMI). Utilizando datos de (Bancalari et al., 2025[10]), estas cifras muestran las brechas entre los grupos en mejor y peor situación. Las brechas están normalizadas, lo que elimina la diferencia media entre países y enfatiza la desigualdad relativa en lugar de la desigualdad absoluta. El valor de medir la desigualdad relativa es que mide la condición de los grupos desfavorecidos en comparación con lo que se logra para los aventajados en ese mismo país. Por ejemplo, en Perú la TMI de los más ricos fue de aproximadamente 5,7 por cada 1 000 nacidos vivos, en comparación con alrededor de 18,1 para los más pobres, una brecha relativa del 69%. En Haití, los más ricos enfrentaron una TMI de 45,1 por cada 1 000 nacidos vivos, en comparación con alrededor de 58,2 para los más pobres, una brecha relativa del 22%. Así, si bien la brecha en Perú evidencia una mayor brecha relativa entre ricos y pobres dentro de ese país, en general los peruanos enfrentan una mortalidad infantil mucho más baja que los haitianos.

Figura 2.1. Razones de desigualdad en la salud materna e infantil por educación, riqueza y lugar de residencia



Notas: Los valores reportan razones de desigualdad dentro de cada país para la educación, la riqueza y el lugar de residencia en el uso de la atención prenatal (APN) (4 o más visitas), la calidad de la APN y la mortalidad infantil. Para los resultados de APN, las brechas se calculan como uno menos las razones del grupo desfavorecido respecto del aventajado (es decir, 1 – menos educado/más educado; 1 – más pobre/más rico; 1 – rural/urbano). Los valores más grandes indican una peor cobertura o calidad entre los grupos desfavorecidos, y 0 indica igualdad. Para la mortalidad infantil, las brechas se calculan como uno menos la razón del grupo aventajado/desfavorecido (es decir, 1 – más educado/menos educado; 1 – más rico/más pobre; 1 – urbano/rural). Esto mantiene la interpretación de los valores más grandes como indicadores de una mayor brecha entre los grupos desfavorecidos y aventajados, con 0 indicando ninguna diferencia. Los años de país se refieren al año de la encuesta; las fuentes de datos incluyen las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de Perú. Los asteriscos denotan la significancia estadística según se reporta en la fuente (*** p<0,01).
Fuente: Las razones de desigualdad se basan en las estimaciones reportadas en 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.

Los resultados de salud medidos por la TMI son mucho mejores para los más ricos y con mayor nivel educativo que para los más pobres y con menor nivel educativo en casi todos los países. Estas brechas también son mayores que las brechas en el acceso a la atención prenatal y a la calidad de la atención. Este resultado no es sorprendente: la mortalidad infantil se ve afectada por muchos factores más allá del acceso y la calidad de la atención sanitaria. Los hallazgos se asemejan al proverbial vaso que puede describirse como medio lleno o medio vacío. Las brechas en el acceso a la atención y en la calidad no son tan graves como las de los resultados de salud; pero las brechas siguen ahí. Así, cualquier factor asociado con el ingreso o la educación que genere mayores riesgos para los grupos desfavorecidos no está siendo compensado por el sistema de salud sino, más bien, amplificado por él.

Las brechas urbanas y rurales en el acceso a la atención sanitaria, la calidad y la TMI están menos bien medidas. No obstante, presentan una historia similar. En su mayor parte, las brechas en el acceso a la atención prenatal parecen haber sido bastante pequeñas en muchos de estos países, especialmente considerando lo dispersas que están sus poblaciones rurales. Bolivia, Colombia, Guatemala, Haití y Honduras tienen todas brechas de acceso inferiores al 20%. No obstante, al igual que con las brechas por ingreso y educación, las brechas en la mortalidad infantil siguen siendo grandes y significativas entre las áreas urbanas y rurales. Esto parece haber sido particularmente cierto en Bolivia, Guyana y Perú, donde la brecha de la TMI supera el 40%.

La cobertura se ha ampliado, pero la necesidad no satisfecha sigue siendo alta y desigual

A pesar de las mejoras en la cobertura de servicios en los años 2000, las necesidades de atención sanitaria no satisfechas — pacientes que reportan haber necesitado pero no buscado una atención apropiada— siguen siendo generalizadas y muy desiguales. Las estimaciones recientes sugieren una amplia variación en las necesidades no satisfechas en América, con un promedio del 35% y tasas que oscilan entre el 3,2% en Costa Rica y el 73% en Perú. Tres países reportan niveles superiores al 50%, y esta cifra se eleva a seis países cuando el foco se pone en el quintil de menor ingreso (PAHO, 2024[11]). Estas altas tasas

se explican en parte por la transición hacia una cobertura universal exitosa y una mayor alfabetización en salud. En Perú, por ejemplo, los avances recientes hacia la cobertura de salud actual del 97% generaron una nueva conciencia sobre las necesidades de atención que todavía se están optimizando dentro del sistema (Bernal, Carpio and Klein, 2017[12]). No obstante, el fuerte aumento de las necesidades no satisfechas en la región durante la pandemia de COVID-19 sugiere que las ganancias agregadas —incluido el progreso en la reducción de las brechas entre países y dentro de ellos— siguen siendo frágiles cuando los sistemas se ven perturbados, y que los grupos desfavorecidos tienen más probabilidades de experimentar una atención diferida o no recibida durante los choques.-

Dentro de los países, la necesidad no satisfecha y la cobertura de servicios siguen gradientes socioeconómicos claros. Por ejemplo, la cobertura de los servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (RMNCH) suele ser de 15 a 20 puntos porcentuales (p.p.) más alta entre el quintil más rico que entre el más pobre. Las mujeres con educación secundaria o superior tienen una cobertura marcadamente más alta que aquellas sin escolaridad formal, y las poblaciones urbanas reportan de manera consistente una cobertura de servicios más alta que las residentes rurales- (PAHO, 2024[11]).

Subyacente a este patrón hay diferencias en las barreras de acceso, en particular en lo relativo a la asequibilidad. En toda la región, alrededor de una de cada cinco personas del quintil más pobre reporta necesidades no satisfechas debido a restricciones financieras, en comparación con aproximadamente una de cada diez en el quintil más rico (PAHO, 2024[11]).

Las brechas en la cobertura efectiva y la calidad persisten incluso donde el contacto es alto

A medida que el acceso ha mejorado con el tiempo, las brechas en la calidad de la atención han surgido como una restricción importante para mejorar los resultados de salud en la región (Figura 1.2, véase el Capítulo 1). Una proporción sustancial (estimada en 50-75%) de la mortalidad evitable en la región es atribuible a una atención de mala calidad más que a la falta de acceso- (Kruk et al., 2018[13]) (véase el indicador «Mortalidad evitable (prevenible y tratable)» en el Capítulo 7). Así, incluso donde el contacto con los servicios es alto, la cobertura efectiva sigue siendo desigual, reflejando deficiencias en la continuidad de la atención, la precisión diagnóstica, la adherencia al tratamiento y la capacidad de respuesta del sistema.

Estas brechas de calidad no se distribuyen de manera uniforme dentro de los países. En la salud materna, las mujeres con baja escolaridad y las del quintil de riqueza más pobre no solo tienen menos probabilidades de completar cuatro o más visitas prenatales, sino también menos probabilidades de recibir el paquete completo de servicios recomendados en comparación con las mujeres más aventajadas. Para las afecciones crónicas, las diferencias socioeconómicas en la prevalencia suelen ser moderadas, pero las desigualdades se amplían sustancialmente a lo largo de la cascada de atención, en particular en el diagnóstico, el tratamiento y el control efectivo (véase la sección «Atención integrada» en el Capítulo 1). Como resultado, los grupos desfavorecidos experimentan una atención de menor calidad y menos continua incluso en entornos donde la utilización de servicios está generalizada (Bancalari et al., 2024[14]). La evidencia limitada también sugiere que los hombres experimentan niveles más altos de mortalidad evitable que las mujeres, aunque la mala calidad probablemente explica la mayoría de las muertes evitables en ambos sexos (Vargas, Rios-Zertuche and Bauhoff, 2025[15]).

La protección financiera sigue estratificada

La protección frente al riesgo financiero ha mejorado en partes de la región, pero sigue siendo desigual y a menudo regresiva. En 2019, casi el 8% de las personas en las Américas incurrió en gastos catastróficos en salud, con tasas de gasto catastrófico de dos dígitos en algunos países. El gasto de bolsillo —a menudo impulsado por el gasto en medicamentos— ha disminuido como proporción del gasto total en salud desde 2000, pero todavía representa aproximadamente un tercio del gasto en salud a nivel regional, lo que deja a los hogares expuestos a dificultades financieras cuando necesitan atención (véanse los indicadores «Financiamiento de la atención sanitaria mediante el gasto de bolsillo de los hogares» y «Protección financiera» en el Capítulo 6).

Las dificultades financieras no se distribuyen de manera uniforme. Los hogares rurales y los grupos de menor ingreso enfrentan mayores riesgos de gasto catastrófico y empobrecedor en salud; en algunos países, la proporción de hogares rurales empujados a la pobreza debido a los costos de salud es varias veces la de los hogares urbanos.

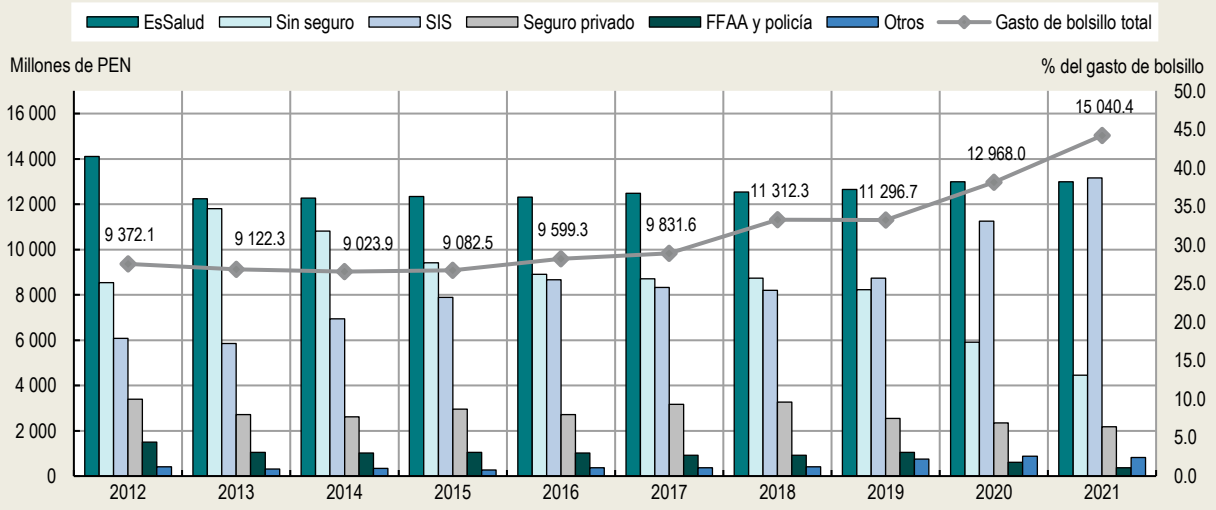
La política pública en materia de financiamiento de la salud influye fuertemente en estos patrones al afectar quién se beneficia. Países como Perú (véase el Recuadro 2.1) y México han mantenido sistemas de salud segmentados que brindan a los trabajadores del sector formal un mejor acceso a una atención de mayor calidad que el de quienes buscan atención en establecimientos administrados por el gobierno. Países como Brasil han implementado reformas para unificar su sistema de salud e incorporar a todos dentro del mismo fondo común nacional; sin embargo, las clases de mayor ingreso del país han optado por seguros de salud privados para obtener una mejor cobertura y atención, lo que segmenta efectivamente el sistema (OECD, 2021[16]). Solo unos pocos países, como Chile, Costa Rica, Colombia y Uruguay, cuentan con programas que incorporan a toda la población en un sistema único con subsidios cruzados; aunque, incluso entonces, los beneficios y el acceso varían entre las áreas rurales y urbanas y entre las personas que contribuyen al sistema y las que están plenamente subsidiadas (Roberti et al., 2024[17]). En el caso de Colombia, el sistema está estructurado efectivamente sobre subsidios cruzados y una capacidad de recaudación relevante. Sin embargo, las inequidades persistentes no son únicamente una cuestión de cobertura financiera: las barreras territoriales, en particular entre las áreas urbanas, rurales y rurales dispersas, junto con las restricciones en la oferta de servicios, la organización institucional y las condiciones de acceso diferenciadas, siguen siendo factores determinantes clave. Los instrumentos de política recientes están abordando estas brechas, incluidos el Plan Nacional de Salud Rural, los avances en interoperabilidad, los mecanismos de pago diferencial, el fortalecimiento de la producción nacional de medicamentos y los proyectos de infraestructura hospitalaria pública en áreas rurales.

Recuadro 2.1. Segmentación del sistema de salud y protección financiera: el caso de Perú

Para 2023, la cobertura de seguro en Perú había alcanzado al 97% de la población. Sin embargo, la cobertura no se traduce en igualdad de protección financiera. El Seguro Social de Salud (EsSalud), un régimen contributivo que cubre alrededor del 26% de la población, principalmente trabajadores del sector formal, brinda beneficios más amplios que el Seguro Integral de Salud (SIS), el régimen no contributivo que cubre alrededor del 62% de la población, en su mayoría grupos pobres y vulnerables. Los afiliados de EsSalud acceden a una gama completa de atención especializada y hospitalaria, incluidas intervenciones costosas, sin copagos por medicamentos, mientras que el SIS ha aplicado históricamente límites de gasto para los servicios de mayor costo más allá del paquete básico. La falta de infraestructura y una oferta insuficiente de trabajadores de la salud han restringido aún más lo que los afiliados al SIS pueden acceder en la práctica (OECD, 2025[18]).

En 2022, los pagos de bolsillo (gasto de bolsillo) representaron el 27% del gasto total en salud, 1,4 veces el promedio de la OCDE, a pesar de haber disminuido en más del 20% durante la década anterior. La Figura 2.2 muestra que los afiliados de EsSalud representan la mayor proporción del gasto de bolsillo, lo que es coherente con su mayor utilización de un régimen más integral. Para 2021, los afiliados del SIS los habían superado ligeramente, un patrón que refleja los pagos directos por servicios cubiertos dentro del paquete de beneficios pero no disponibles en los establecimientos del SIS. En otras palabras, el aumento del gasto de bolsillo entre los pobres señala una falla en la provisión de atención en los establecimientos públicos junto con mecanismos inadecuados de protección financiera. La tendencia en el gasto de bolsillo entre los afiliados del SIS sirve como línea de base para las reformas fiscales en curso de Perú. El gobierno está fortaleciendo activamente el FISSAL (el fondo de alto costo) y mejorando la cadena de suministro de medicamentos esenciales para asegurar cobertura universal para los más vulnerables.

Figura 2.2. Gasto de bolsillo por régimen de seguro, proporción del total del gasto de bolsillo (%)



Nota: Datos de gasto de bolsillo por régimen de seguro de la encuesta ENAHO.
Fuente: OECD (2025[18]), *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: Perú 2025,* https://doi.org/10.1787/262a739e-es.

Los gobiernos pueden compensar la inequidad inherente a los sistemas segmentados mediante subsidios directos y cruzados apropiados. De manera algo sorprendente, el financiamiento público a menudo fluye en la dirección opuesta, favoreciendo a los grupos privilegiados. Los programas de seguro público para los empleados del sector formal pueden incurrir en déficits que finalmente se cubren con los ingresos generales. Los gobiernos a veces responden a las presiones públicas sobre el costo de la atención sanitaria para los grupos de mayor ingreso subsidiando el seguro privado y la provisión privada (OECD, 2021[16]). Estos patrones muestran cómo las estructuras de financiamiento de la salud pueden compensar o amplificar las desigualdades en el acceso a los servicios y la protección financiera.

La exposición a riesgos sanitarios y climáticos sigue fuertes gradientes socioeconómicos y territoriales

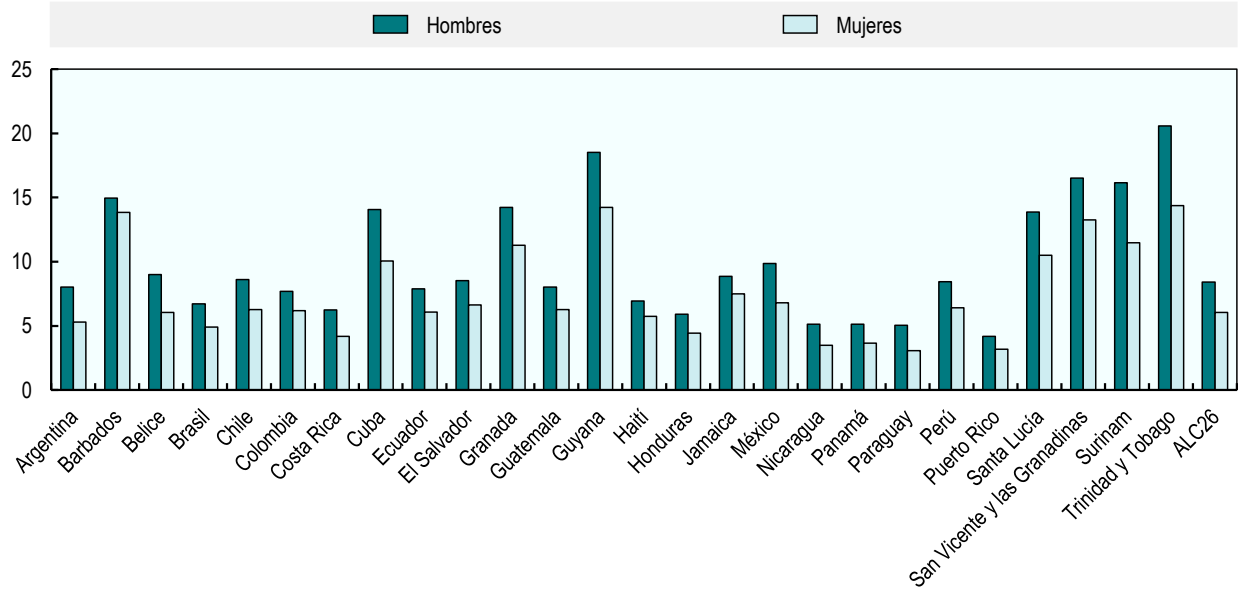
En toda América Latina y el Caribe, la exposición tanto a riesgos sanitarios como climáticos está marcadamente estratificada según líneas socioeconómicas, territoriales y étnicas. Los niños del quintil más pobre enfrentan tasas de retraso del crecimiento que superan las de los más ricos en 30 p.p. o más en Bolivia, Guatemala, Honduras y Perú, lo que refleja profundas desigualdades en la nutrición, la vivienda, la seguridad alimentaria y el acceso a agua y saneamiento seguros (véanse los

indicadores «Desnutrición infantil» y «Agua y saneamiento» en el Capítulo 4). Los hogares rurales reportan de manera consistente un menor acceso a la electricidad y a la infraestructura básica que los hogares urbanos, y las poblaciones indígenas suelen tener un acceso sistemáticamente menor a agua y saneamiento mejorados que las poblaciones no indígenas. Una proporción sustancial de los residentes urbanos vive en condiciones de tugurio, donde el hacinamiento y los servicios inadecuados agravan los riesgos ambientales, infecciosos y relacionados con el clima (Libertun de Duren et al., 2022[19]; PAHO, 2019[20]). Los riesgos conductuales y relacionados con lesiones siguen gradientes similares: la prevalencia del tabaquismo y la mortalidad por accidentes de tránsito son consistentemente más altas entre los hombres que entre las mujeres, lo que pone de relieve las persistentes divisiones de género en la mortalidad prevenible. El sobrepeso y la obesidad están generalizados en toda la región, pero los patrones varían por sexo y por país, y a menudo se entrecruzan con las desigualdades socioeconómicas y territoriales (Bancalari et al., 2024[14]; PAHO, 2019[20]).

La exposición y la vulnerabilidad a los peligros climáticos interactúan con la desigualdad social. Los barrios de mayor vulnerabilidad socioeconómica tienen sistemáticamente más probabilidades de estar en riesgo de altas temperaturas, por ejemplo en ciudades como Barranquilla, Santiago y Ciudad de México (World Bank, 2025[21]). La exposición a inundaciones sigue gradientes sociales igualmente pronunciados: los residentes de los barrios en el quintil más bajo de logro educativo tienen varias veces más probabilidades de experimentar inundaciones que los del quintil más alto (Kephart et al., 2025[22]).

La carga de la contaminación del aire ambiente refleja los mismos gradientes territoriales y demográficos (Figura 2.3 y Figura 2.4). En 2019, los AVAD atribuibles al material particulado ambiental oscilaron entre menos de 5 por cada 1 000 habitantes en Paraguay y Nicaragua y más de 15 por cada 1 000 en Trinidad y Tobago y Guyana, con los hombres mostrando una carga consistentemente más alta que las mujeres en todos los países (Figura 2.3). Los niños menores de 15 años enfrentaron una carga persistente y en gran medida invariable del material particulado ambiental a lo largo de la década, con varios países registrando aumentos (Figura 2.4, panel izquierdo). Los adultos de 65 años y más experimentaron aproximadamente siete veces más AVAD por persona por material particulado ambiental que los niños a nivel regional, con solo una mejora modesta desde 2010 en la mayoría de los países (Figura 2.4, panel derecho; véase también el indicador «Riesgos ambientales y climáticos» en el Capítulo 4).

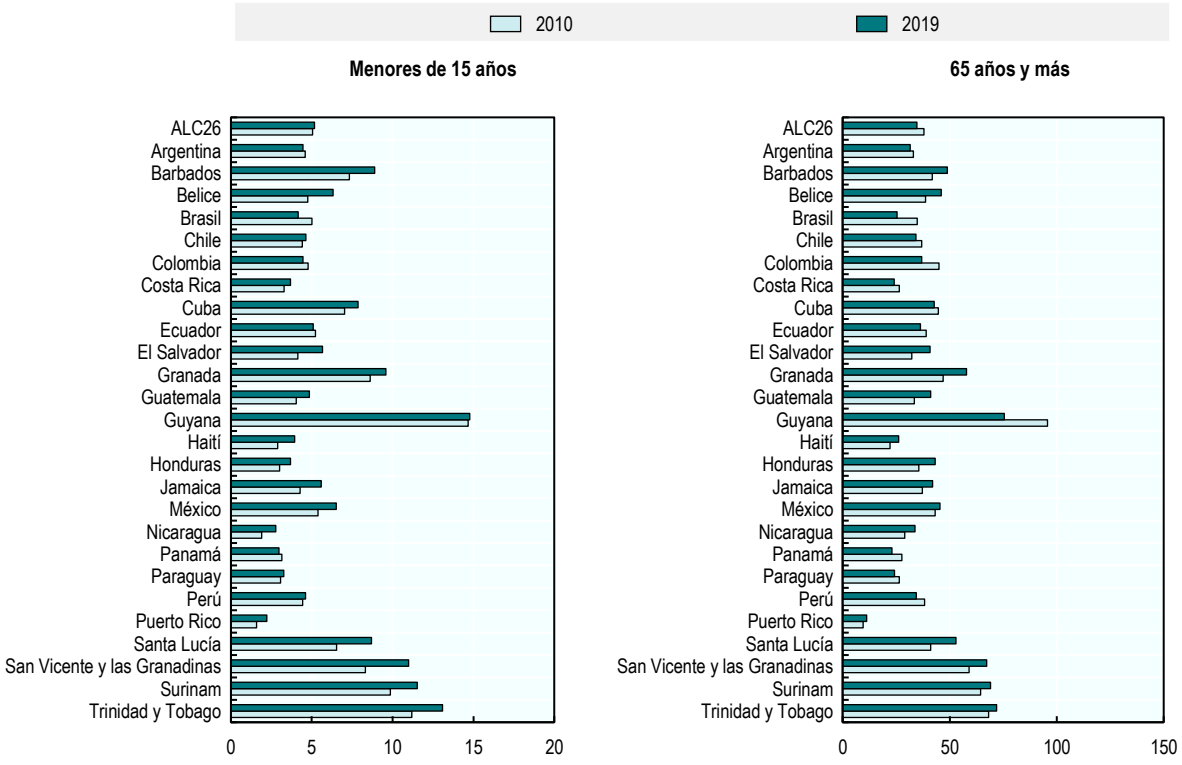
Figura 2.3. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) atribuibles al material particulado ambiental por cada 1 000 habitantes, por sexo, 2019 (o último año disponible)



Notas: AVAD atribuibles al material particulado ambiental (PM2.5) por cada 1 000 habitantes, todos los grupos de edad combinados. ALC = agregado regional de América Latina y el Caribe.
Fuente: Estadísticas Ambientales de la OCDE, Mortalidad, morbilidad y costo de bienestar por la exposición a riesgos relacionados con el medio ambiente (2024).

Figura 2.4. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) atribuibles al material particulado ambiental por cada 1 000 habitantes, por edad

Menores de 15 años (panel izquierdo) y de 65 años y más (panel derecho), 2019 y 2010



Notas: AVAD atribuibles al material particulado ambiental (PM2.5) por cada 1 000 habitantes menores de 15 años (panel izquierdo) y de 65 años y más (panel derecho). ALC = agregado regional de América Latina y el Caribe.
Fuente: Estadísticas Ambientales de la OCDE, Mortalidad, morbilidad y costo de bienestar por la exposición a riesgos relacionados con el medio ambiente (2024).

Los resultados de salud reflejan la desventaja acumulada entre los grupos

Las diferencias en la exposición, el acceso, la calidad y la protección financiera se reflejan en resultados de salud desiguales. La mortalidad de adultos es consistentemente más alta entre las personas con menor nivel educativo, con las lesiones contribuyendo de manera desproporcionada al exceso de mortalidad entre los adultos más jóvenes y las enfermedades no transmisibles impulsando las disparidades entre las cohortes de mayor edad (Buitrago et al., 2026[23]). Las razones de mortalidad materna varían drásticamente entre países, desde menos de 20 hasta varios cientos de muertes por cada 100 000 nacidos vivos. Las tasas de mortalidad infantil y de menores de cinco años son consistentemente más altas entre las poblaciones indígenas y afrodescendientes y entre los niños de los hogares más pobres; en varios entornos, la mortalidad de menores de cinco años entre los niños indígenas supera la de los niños no indígenas en 15-35 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, en algunos casos casi el doble. Las desventajas en las primeras etapas de la vida se reflejan además en tasas marcadamente más altas de retraso del crecimiento infantil y de fecundidad adolescente entre las niñas de los hogares más pobres (véanse los indicadores «Mortalidad materna», «Mortalidad infantil y neonatal» y «Mortalidad de menores de5 años» en el Capítulo 3).

Estas desigualdades se ampliaron durante la pandemia. Las tasas de mortalidad por afecciones susceptibles de atención sanitaria aumentaron aproximadamente el doble en los estados más pobres que en las unidades subnacionales más ricas, lo que subraya cómo los choques sanitarios afectan de manera desproporcionada a las poblaciones ya desfavorecidas- (Bernal Lara et al., 2023[24]; Pinto, Savedoff and Bauhoff, 2024[25]).

Las disparidades también se profundizan al considerar la cascada completa de atención. Las afecciones crónicas no diagnosticadas y no tratadas se concentran de manera desproporcionada entre los grupos de menor ingreso y menor nivel educativo y, en varios países, entre los hombres. Como resultado, las desigualdades en los resultados de salud reflejan no solo diferencias en la prevalencia de enfermedades, sino también brechas en la detección, la continuidad de la atención y el tratamiento efectivo, reforzando los gradientes socioeconómicos a lo largo del curso de la vida.

Cómo responden los países de ALC a las inequidades: hallazgos de la encuesta de equidad de 2025

En el contexto de las desigualdades persistentes, esta sección examina cómo los países de América Latina y el Caribe están abordando las inequidades en salud mediante reformas de política y de sistema, como los arreglos de gobernanza, las decisiones de financiamiento, los modelos de prestación de servicios, las políticas de fuerza de trabajo y los sistemas de información. También considera la capacidad de los países para identificar, medir y monitorear las desigualdades en la atención sanitaria, lo que determina si las inequidades son visibles y se puede actuar sobre ellas. Nos centramos en las principales palancas funcionales dentro del sistema de salud y en su interfaz con otros sectores, y en cómo se relacionan con los patrones de desigualdad descritos anteriormente. A través de estas palancas, los países pueden influir en si las desventajas existentes se mitigan o se amplifican. Este análisis se basa en una encuesta de políticas de equidad en salud administrada a los ministerios de Salud de 14 países de la región: Argentina, Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y la República Dominicana. La encuesta abarcó la gobernanza, el financiamiento, la fuerza de trabajo, la salud digital, los sistemas de datos y la preparación ante emergencias, y recopiló información sobre la existencia y el estado de implementación de políticas y arreglos institucionales, sin evaluar si estos marcos legales y políticas se traducen en una acción efectiva y un impacto para las poblaciones que enfrentan las mayores barreras.

Recuadro 2.2. Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026: Encuesta de Desigualdad e Inequidad en las Políticas de Atención Sanitaria

La Encuesta de Desigualdad e Inequidad en las Políticas de Atención Sanitaria de Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026 se administró en línea a los ministerios de Salud de 14 países de la región.

La encuesta documentó cómo los países de ALC abordan las inequidades en salud mediante la política, la gobernanza, el financiamiento, la prestación de servicios, la fuerza de trabajo, la salud digital, los sistemas de datos y la preparación ante emergencias, recopilando información sobre la existencia y el estado de implementación de las políticas y los arreglos institucionales.

Se recopiló información adicional para la República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haití y Honduras. Para estos países, la información fue recopilada por la OCDE utilizando fuentes públicas y entrevistas con funcionarios nacionales, en lugar de mediante la cumplimentación directa de la encuesta por parte de los funcionarios de los ministerios de Salud.

Además, se recopiló información específica de algunos países que no participaron en la encuesta, con el fin de ilustrar enfoques políticos concretos y contextualizar las conclusiones comparativas del capítulo. Este material se obtuvo de fuentes públicas y autoridades nacionales únicamente con fines ilustrativos. No forma parte del conjunto de datos de la encuesta y, por lo tanto, no se refleja en las cifras y tablas basadas en la misma, que se limitan a los 14 países encuestados.

Fuente: Encuesta de Desigualdad e Inequidad en las Políticas de Atención Sanitaria de Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026.

Gobernanza y marcos legales para la equidad

Los países de la región han incorporado compromisos de equidad en sus marcos legales a través de dos instrumentos distintos, que operan mediante lógicas diferentes y alcanzan a poblaciones diferentes. El primero establece derechos integrales a la atención sanitaria, normalmente anclados en disposiciones constitucionales, que otorgan a los individuos reclamos exigibles a los servicios independientemente de su pertenencia a un grupo. Por ejemplo, en Colombia y Costa Rica, se han invocado disposiciones constitucionales en procesos judiciales para ampliar el acceso a medicamentos y tratamientos que los sistemas públicos habían restringido. Estos mecanismos judiciales no son necesariamente neutrales entre los grupos socioeconómicos, ya que tienden a ser utilizados por quienes son capaces de navegar el sistema legal. El segundo instrumento es específico por grupo, cuando los gobiernos crean programas dirigidos a poblaciones particulares como los pueblos indígenas, las comunidades afrodescendientes, los migrantes o las personas con discapacidad. Tales programas operan mediante derechos diferenciados u obligaciones de servicio adaptadas en lugar de reclamos universales, como en la Ley 5469 de Paraguay sobre la salud de los pueblos indígenas.

La Tabla 2.2 muestra que ambos instrumentos se utilizan en toda la región. Los instrumentos específicos que operacionalizan estos compromisos incluyen, por ejemplo, la Constitución de 1991 de Colombia (Art. 49), la Ley 100 (1993) y el Decreto 858 (2025) como parte de un modelo centrado en las personas y el territorio; la Constitución de 2008 de Ecuador (Art. 32) y la Ley Orgánica de Salud, junto con acuerdos ministeriales; y la Constitución de Belice y las leyes sectoriales (p. ej. la Public Health Act) más documentos de estrategia (BHSSP 2025-2034). Varios países también tienen múltiples instrumentos dentro de la misma categoría (p. ej. más de una referencia estatutaria o regulatoria), lo que sugiere que los compromisos de equidad a menudo se anclan mediante marcos legales y administrativos en capas en lugar de una única ley. El marco jurídico chileno ilustra el mismo patrón estratificado. El derecho a la protección de la salud está consagrado en la Constitución y se materializa a través de diversos instrumentos legales y reglamentarios que rigen la cobertura sanitaria pública y privada.

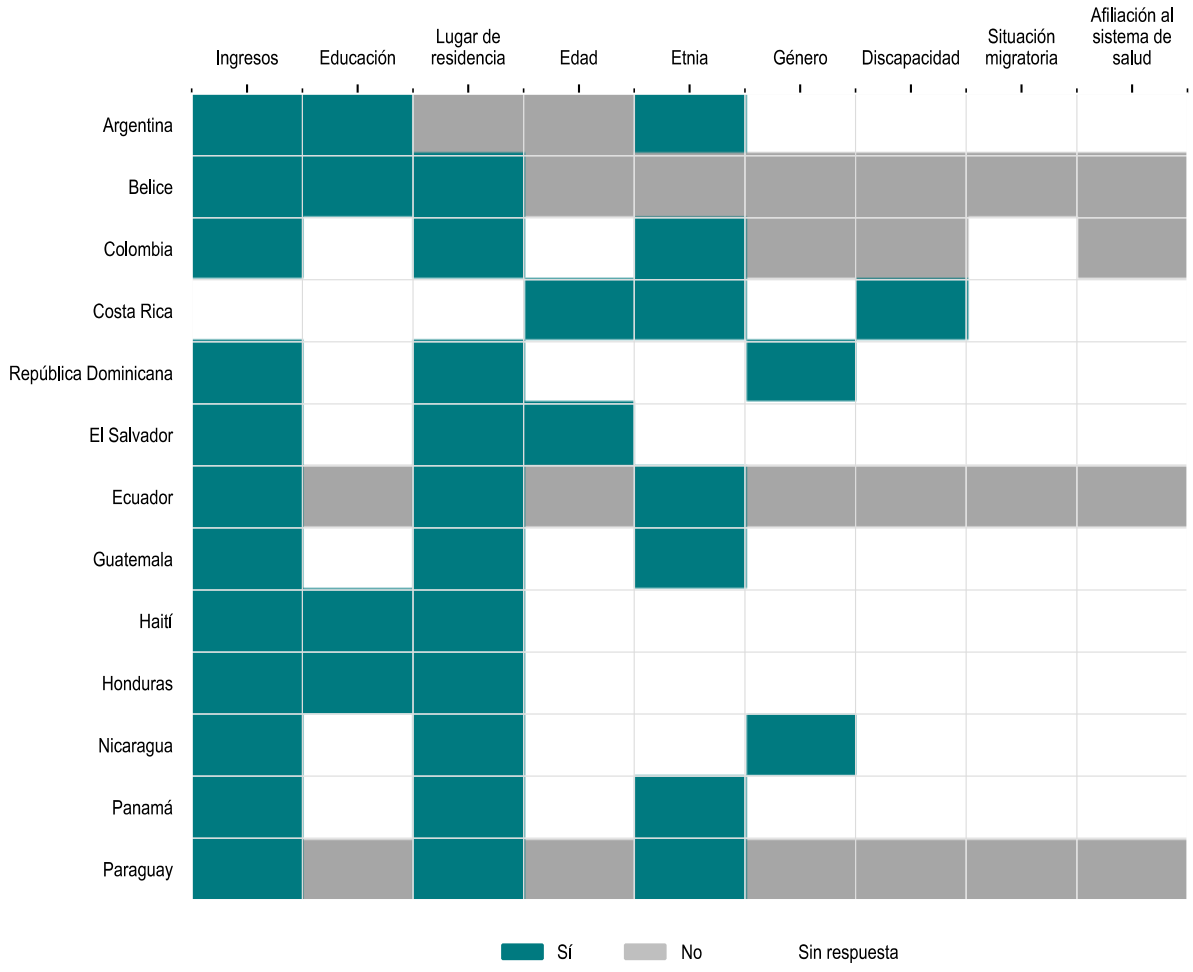
Tabla 2.2. Existencia de estrategias nacionales de equidad y mandatos legales

País	Constitucional	Directriz de política pública	Reglamento	Ley
Argentina	✓ (1994)	✓ (2015)	✓ (2023)	✓ (2009)
Belice	✓	✓	✓	✓
Colombia	✓ (1991)	✓ (2022)	✓ (2025)	✓ (1993)
Costa Rica	✓ (1949)	✓ (2023)	✓ (1973)	✓ (1973)
República Dominicana	✓ (2010)	✓ (2023)	✓	✓ (2001)
El Salvador	✓ (1983)	✓ (2015)	✓ (2016)	✓ (2019)
Ecuador	✓ (2008)	✓ (2022)	✓ (2023)	✓ (2007)
Guatemala	✓ (1985)	✓ (2015)	✓ (2019)	✓ (1997)
Haití	✓ (2012)	✓ (2021)	✓ (2005)	
Honduras	✓ (1982)	✓ (2013)	✓ (2014)	✓ (1991)
Nicaragua	✓ (1987)	✓ (2015)	✓ (2003)	✓ (2002)
Panamá	✓ (2004)	✓ (2016)	✓ (1999)	✓ (1947)
Paraguay	✓ (1992)	✓ (2024)	✓ (1992)	✓ (2010)
Perú	✓ (1998)	✓ (2020)		✓ (2015)

Notas: Las celdas muestran una marca de verificación y, cuando está disponible, el último año reportado para el instrumento legal. Las celdas vacías significan que no se reportó respuesta en la encuesta. Los años provienen de la encuesta y pueden reflejar actualizaciones o enmiendas en lugar del primer año de adopción.

La Figura 2.5 destaca qué grupos poblacionales identifican los países como aquellos que enfrentan las mayores inequidades en salud. Entre los 13 países que proporcionaron una clasificación, el ingreso es el más consistentemente priorizado (12 países), seguido del lugar de residencia (11 países). La etnicidad se prioriza en aproximadamente la mitad de los países (7), mientras que el género rara vez se prioriza (2). Colombia vincula las inequidades a la pobreza persistente y a las brechas en la protección financiera, junto con las barreras para los grupos étnicos, incluida la débil articulación con la medicina tradicional y las restricciones de infraestructura y de fuerza de trabajo en las áreas rurales dispersas. Belice destaca la limitada protección social y la vulnerabilidad rural ante los choques. Paraguay señala las barreras de protección financiera para los grupos de menor ingreso; la disponibilidad desigual de servicios fuera de las áreas urbanas; y las barreras de idioma y distancia que afectan a las comunidades étnicas. Haití y Honduras identificaron ambos la educación, vinculándola a la alfabetización en salud y al uso de servicios. El género aparece solo en la República Dominicana y Nicaragua, donde se enmarca a través de la salud materna y reproductiva y de los riesgos basados en el género. Costa Rica es el único país que identifica la discapacidad entre las tres principales inequidades, relacionada con barreras estructurales (p. ej. restricciones de transporte y de acceso).

Figura 2.5. Grupos poblacionales que los países identificaron como aquellos que enfrentan las mayores inequidades

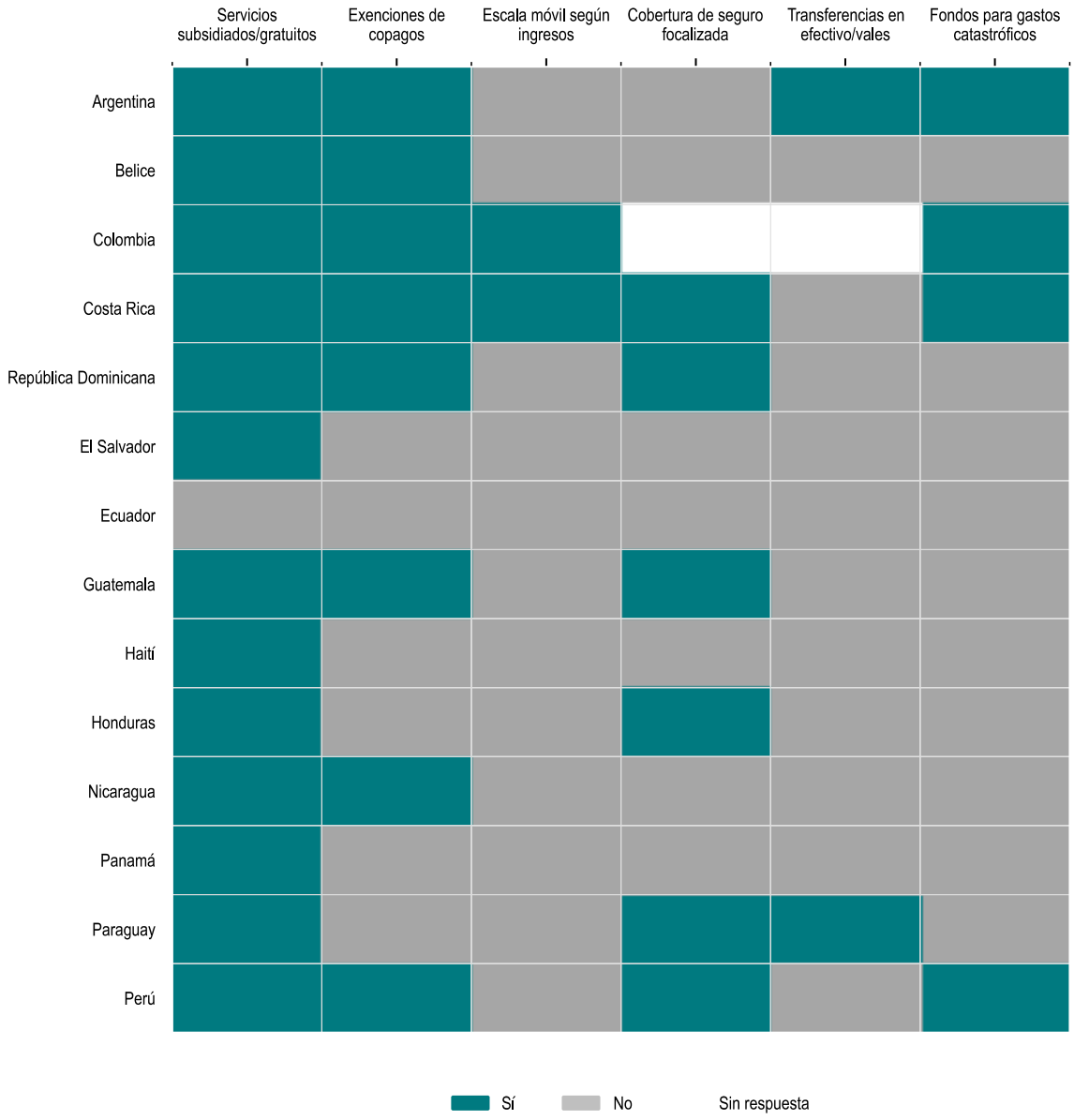


Notas: Las celdas indican si cada grupo poblacional fue clasificado entre los tres principales grupos que enfrentan las mayores inequidades en salud. «Sí» significa que el grupo aparece en el Top 3 del país. «No» significa que el país proporcionó un Top 3 pero no clasificó a ese grupo en el Top 3, aunque todavía puede reportarse que enfrenta inequidades. «Sin respuesta» significa que no se proporcionó respuesta.
Fuente: Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026, Encuesta de Desigualdad e Inequidad en las Políticas de Atención Sanitaria.

Políticas de financiamiento para la equidad

La Figura 2.6 muestra los mecanismos de financiamiento que los países utilizan para reducir las inequidades en el acceso a la atención. Entre los 14 países, los servicios subsidiados o gratuitos son casi universales (13 de 14).

Figura 2.6. Mecanismos de financiamiento sensibles a la equidad



Notas: Las celdas indican si se reportó cada mecanismo de financiamiento. «Sí» significa que el mecanismo está vigente; «No» significa que se reportó explícitamente que no está vigente; «Sin respuesta» significa que no se reportó en la encuesta.
Fuente: Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026, Encuesta de Desigualdad e Inequidad en las Políticas de Atención Sanitaria.

Las exenciones de copago también son comunes (8 de 14), mientras que la cobertura de seguro focalizada es reportada por seis países. En contraste, los fondos para gastos catastróficos son reportados por cuatro países, y tanto las tarifas escalonadas basadas en el ingreso como las transferencias de efectivo o los vales son reportadas por solo dos países cada una. Este uso limitado de los fondos para gastos catastróficos y del apoyo directo al ingreso en la muestra de 14 países es notable a la luz de la evidencia más amplia de la OCDE que muestra que el gasto de bolsillo sigue siendo una fuente importante de dificultades financieras, en particular para los hogares más pobres (véase el Recuadro 2.3).

Recuadro 2.3. Gasto de bolsillo y dificultades financieras en los países de la OCDE

La protección financiera sigue siendo un problema importante de equidad en los sistemas de salud de la OCDE. En 2023, los hogares cubrieron una proporción sustancial del gasto en salud mediante pagos de bolsillo, con una variación considerable entre países.

La incidencia del gasto catastrófico en salud también difiere marcadamente entre países. Afecta de manera desproporcionada a los hogares de menor ingreso, que tienen más probabilidades de enfrentar dificultades financieras al pagar por la atención.

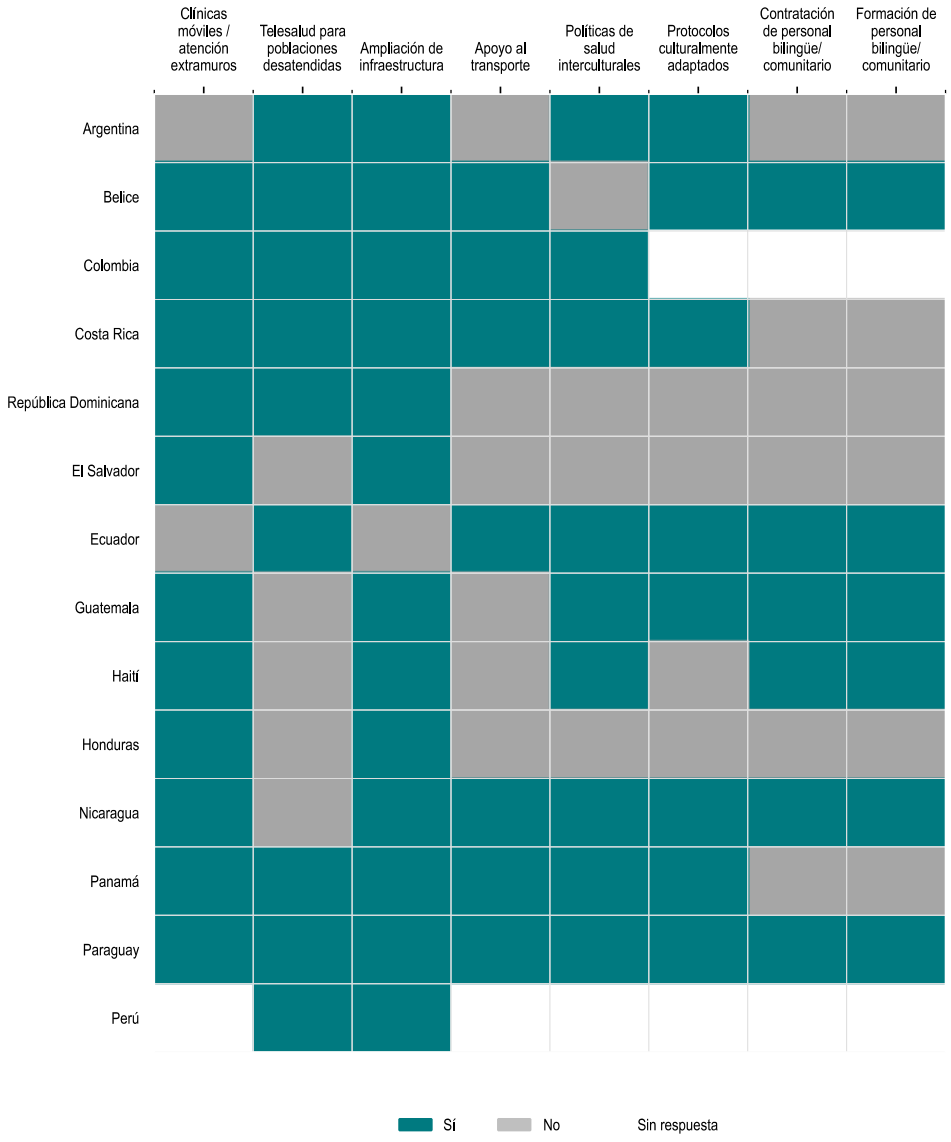
Fuente: Capítulo 5 en OCDE (2025[26]), *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*, https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en.

Los países con atención subsidiada tienden a implementar esta política mediante un régimen de seguro subsidiado o mediante la provisión pública gratuita destinada a eliminar las barreras financieras para los grupos de bajo ingreso. Costa Rica describe el «Seguro por el Estado» como el canal para asegurar a las personas que carecen de ingreso suficiente, mientras que Colombia ofrece un paquete de seguro subsidiado a las personas que cumplen un estándar de elegibilidad basado en la pobreza (SISBEN). Las exenciones de copago normalmente se brindan como protecciones para grupos vulnerables específicos o servicios prioritarios y parecen reducir las barreras en el punto de atención dentro de estructuras de beneficios por lo demás estándar. Por ejemplo, Colombia reporta exenciones en el régimen subsidiado, con exenciones adicionales para grupos vulnerables específicos (p. ej. víctimas del conflicto interno y personas con certificados de discapacidad). Belice no reporta tarifas directas a los usuarios por los servicios cubiertos dentro del programa de Seguro Nacional de Salud en las regiones participantes y reporta que también emite exenciones para pacientes indigentes y emergencias. Cuando los países reportan mecanismos para reducir los gastos catastróficos en salud, tienden a referirse a arreglos dedicados para afecciones de alto costo. Perú, por ejemplo, señala que cuenta con un fondo especializado para enfermedades costosas (FISSAL) junto con la cobertura de seguro subsidiado. Por último, los pocos casos que reportan transferencias o vales (Argentina y Paraguay) indican una vía complementaria para la protección financiera, utilizando el apoyo al ingreso para facilitar el acceso, en lugar de depender únicamente de reducir los cargos a los usuarios dentro del sistema de salud. En Paraguay, esto está vinculado a Tekoporã (transferencias de efectivo para hogares en situación de pobreza), descrito como una ayuda indirecta para mitigar el gasto relacionado con la salud. Chile, identificado en el recuadro 2.3 entre los países con un gasto de bolsillo relativamente alto, ilustra cómo estos países, no obstante, están fortaleciendo la financiación sensible a la equidad: las medidas recientes incluyen la eliminación de los copagos en la provisión pública (Copago Cero), la garantía de protección financiera incorporada en el régimen de Garantías Explícitas en Salud y planes para reducir el precio de los medicamentos.

Acceso y prestación de servicios

Las políticas para llegar a las poblaciones desatendidas son ampliamente reportadas, con el mayor énfasis puesto en ampliar la disponibilidad de servicios. La expansión de la infraestructura es casi universal (13 de 14 países) y las clínicas móviles o el alcance comunitario también son comunes (11 de 14), mientras que la telesalud y las políticas de salud intercultural son reportadas cada una por 9 de 14 (Figura 2.7). En contraste, las medidas que fortalecen la capacidad de prestación culturalmente apropiada y reducen las barreras prácticas de acceso se reportan con menos frecuencia. El apoyo al transporte es reportado por 7 de 14, y el reclutamiento y la formación de personal bilingüe o comunitario son reportados cada uno por 6 de 14. Colombia vincula el acceso rural y la telesalud a instrumentos nacionales recientes, incluidos el Plan Nacional de Salud Rural (Decreto 351 de 2025) y el marco nacional de Telesalud (Ley 1 419 de 2010). Belice describe clínicas móviles y equipos de alcance comunitario que prestan atención primaria y vacunaciones en aldeas de difícil acceso (incluidas las comunidades mayas) e iniciativas de telemedicina en clínicas rurales. Paraguay ofrece ejemplos concretos como una clínica de salud móvil que atiende a múltiples comunidades indígenas (Ley N.º 5469/2015 sobre la Salud de los Pueblos Indígenas). Nicaragua enmarca el alcance comunitario a través del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), organizado mediante redes territoriales (SILAIS) y brigadas comunitarias. La República Dominicana enfatiza el fortalecimiento de las redes territoriales y la descentralización bajo el SNS, y vincula los planes de transformación digital (PLANDES 2030) a la reducción de las barreras geográficas de acceso.

Figura 2.7. Políticas para llegar a las poblaciones desatendidas



Notas: Las celdas indican si se reportó cada política para llegar a las poblaciones desatendidas. «Sí» significa que la política está vigente; «No» significa que se reportó explícitamente que no está vigente; «Sin respuesta» significa que no se reportó en la encuesta, aunque pueden existir planes para una integración futura.
Fuente: Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026, Encuesta de Desigualdad e Inequidad en las Políticas de Atención Sanitaria.

Distribución de la fuerza de trabajo y atención culturalmente apropiada

Un factor para asegurar el acceso efectivo a la atención sanitaria es la ubicación de los profesionales médicos en relación con la población. Para lograr una distribución equitativa de la fuerza de trabajo en salud, los países reportan que utilizan estrategias de distribución geográfica con más frecuencia que estrategias de retención rural. El estado de estos esfuerzos en términos de implementación también varía ampliamente (Tabla 2.3). Entre los países que reportaron el estado de la política, la distribución geográfica se describe con mayor frecuencia como parcialmente implementada (4 países), seguida de «en desarrollo» (2), «implementada activamente» (2) y «sin estrategia» (2). Para los programas de mejora de la retención rural de la fuerza de trabajo, el patrón dominante es «sin estrategia» (6 países), con menos países reportando «en desarrollo» (2) o «implementación parcial» (2). Ecuador, Nicaragua y Haití están entre los pocos que reportan una estrategia de distribución geográfica implementada activamente. Paraguay reporta una implementación parcial tanto para la distribución como para la retención rural, lo que sugiere un enfoque de fuerza de trabajo más coherente aunque no plenamente implementado. En contraste, Guatemala y Panamá reportan que no tienen ninguna de estas estrategias, y Colombia reporta una estrategia de distribución en desarrollo sin una estrategia de retención rural, lo que refleja una brecha común entre la planificación de la distribución y la retención del personal en las áreas rurales.

Aunque pocos países reportaron estrategias formales de retención rural en esta encuesta, esto puede subestimar la gama de medidas realmente en uso. Una revisión separada de seis países de la región encontró que Colombia, Costa Rica, Jamaica, Panamá y Perú habían introducido incentivos financieros para el servicio rural y remoto, el reclutamiento local y enfoques que fortalecen las competencias interculturales y orientadas a la comunidad entre los trabajadores de la salud (Carpio and Santiago Bench, 2015[27]). Esto sugiere que algunas medidas de fuerza de trabajo pueden existir sin estar formalizadas o reportadas en la encuesta como estrategias nacionales explícitas de equidad.

Tabla 2.3. Existencia de estrategias de distribución y de retención rural

País	Estrategia de distribución geográfica	Estrategia de retención en zonas rurales
Argentina		
Belice	✓ En desarrollo	✓ En desarrollo
Colombia	✓ En desarrollo	Sin estrategia
Costa Rica	✓	Sin estrategia
República Dominicana	✓ Existe, con aplicación parcial	✓ En desarrollo
El Salvador	✓ Existe, con aplicación parcial	Sin estrategia
Ecuador	✓ Existe y se aplica activamente	✓ En desarrollo
Guatemala	Sin estrategia	Sin estrategia
Haití	✓ Se aplica activamente	✓ En desarrollo
Honduras	✓ Existe, con aplicación parcial	Sin estrategia
Nicaragua	✓ Se aplica activamente	Sin estrategia
Panamá	Sin estrategia	Sin estrategia
Paraguay	✓ Existe, con aplicación parcial	✓ Existe, con aplicación parcial
Perú		

Notas: Las celdas indican si los países reportaron una estrategia nacional sobre distribución geográfica y retención rural de los profesionales de la salud y, cuando se proporcionó, el estado de implementación reportado. «Sin estrategia» indica que el país reportó que no hay ninguna estrategia vigente. Una marca de verificación (✓) sin estado indica que se reportó una estrategia pero no se seleccionó ninguna categoría de estado. Las celdas vacías significan que no se reportó respuesta en la encuesta.
Fuente: Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026, Encuesta de Desigualdad e Inequidad en las Políticas de Atención Sanitaria.

Sistemas de datos, monitoreo y reporte de la equidad

Producción de datos: infraestructura digital y sistemas de información en salud

La Figura 2.8 muestra que las políticas de inclusión digital para ayudar a los grupos vulnerables no son comunes. Solo cuatro países reportan al menos una medida de inclusión (de entre conectividad subsidiada, dispositivos/quioscos, puntos de acceso comunitario o alfabetización digital). Perú reporta el uso de todas las medidas de inclusión digital mencionadas mediante regulaciones recientes de telecomunicaciones, la entrega de quioscos y equipos de TI para apoyar los registros electrónicos de salud, la ampliación del acceso a través de la Red Nacional de Telesalud y la integración de 29 Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) en esa red de telesalud. Paraguay reportó que cuenta con esfuerzos de acceso comunitario y alfabetización digital focalizada para mujeres rurales e indígenas (p. ej. el programa «Ñanduti, mujeres conectadas»). Costa Rica creó una Oficina Virtual dentro del Ministerio de Salud, realizó un piloto de quioscos en áreas de salud y desarrolló un decreto de teleconsulta para regular su uso por parte de la población, junto con acciones iniciales para apoyar la alfabetización digital.

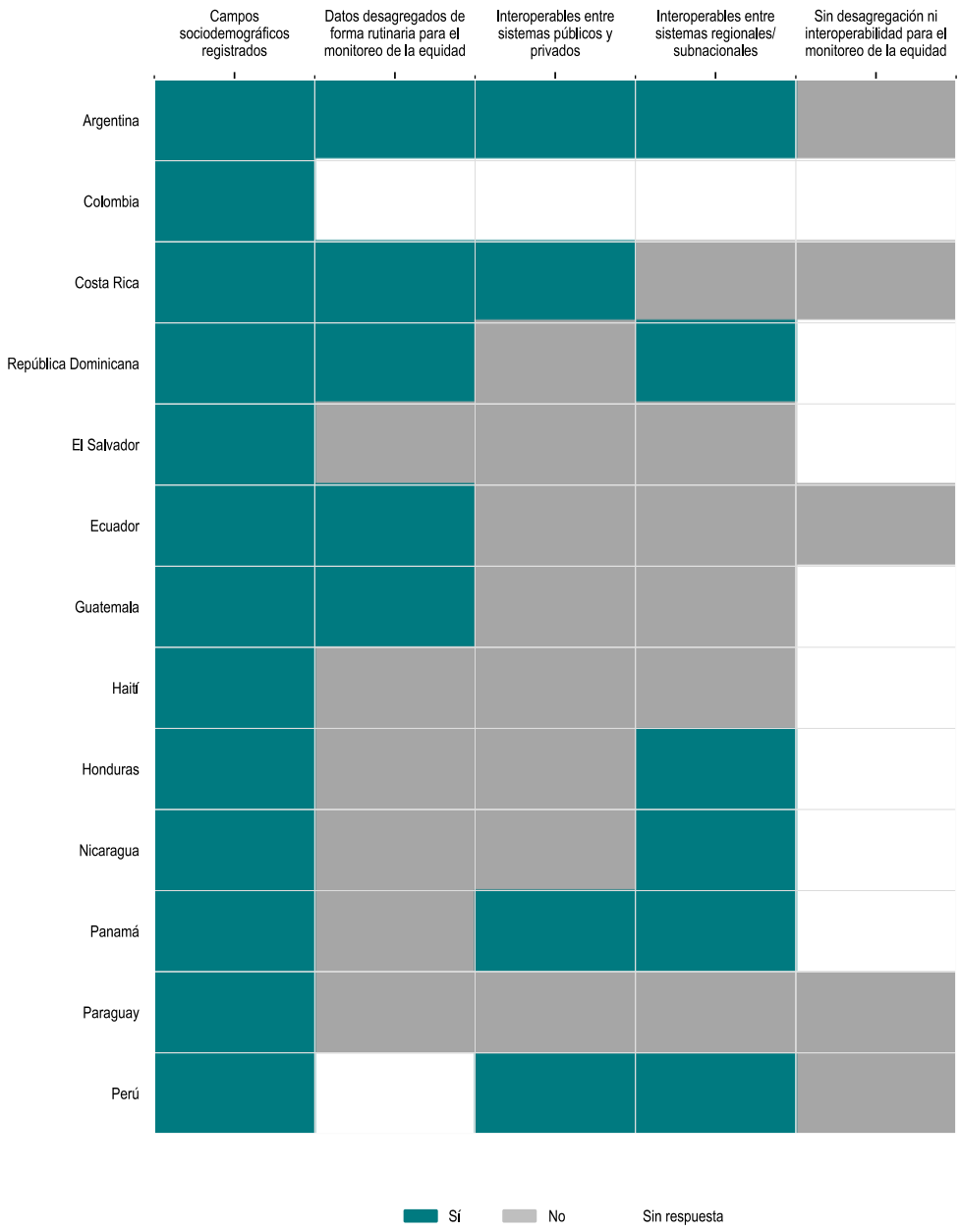
Figura 2.8. Políticas de inclusión digital para grupos vulnerables



Notas: Las celdas indican si los países señalaron medidas específicas de inclusión digital para grupos vulnerables en la encuesta. «Sí» enumera los países que reportan la medida; «No» indica que la medida se reportó explícitamente como no vigente; «Sin respuesta» indica que no se reportó.
Fuente: Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026, Encuesta de Desigualdad e Inequidad en las Políticas de Atención Sanitaria.

Si bien todos los países reportan captar datos sociodemográficos que son útiles para medir la desigualdad, la desagregación rutinaria por equidad solo se reporta para cinco países (Argentina, Costa Rica, Ecuador, Guatemala y la República Dominicana). Además, la interoperabilidad de los sistemas de datos entre los sistemas público-privado o subnacionales también es desigual (Figura 2.9; véase el indicador «Disponibilidad de datos de salud» en el Capítulo 5). Costa Rica ancla su sistema en el EDUS (Expediente Digital Único en Salud) y reporta la producción rutinaria de productos desagregados a través de la unidad de estadística de la CCSS. Paraguay describe sus sistemas de información en salud (HIS) como la columna vertebral para el reporte rutinario de servicios, pero señala que tiene una cobertura geográfica incompleta y carece de interoperabilidad. Ecuador reporta que cuenta con sistemas de datos más centralizados a nivel de la atención primaria y arreglos de datos más descentralizados para la atención hospitalaria. Chile informa sobre inversiones recientes en su infraestructura de información sanitaria que son relevantes para el seguimiento orientado a la equidad, incluyendo el lanzamiento en 2024 de una plataforma de código abierto para la recopilación, el análisis y la difusión de datos de salud, y la adopción en 2025 de un estándar de interoperabilidad para vincular registros entre sistemas y respaldar un historial clínico compartido.

Figura 2.9. Registros electrónicos de salud (RES) y sistemas de información en salud (HIS)

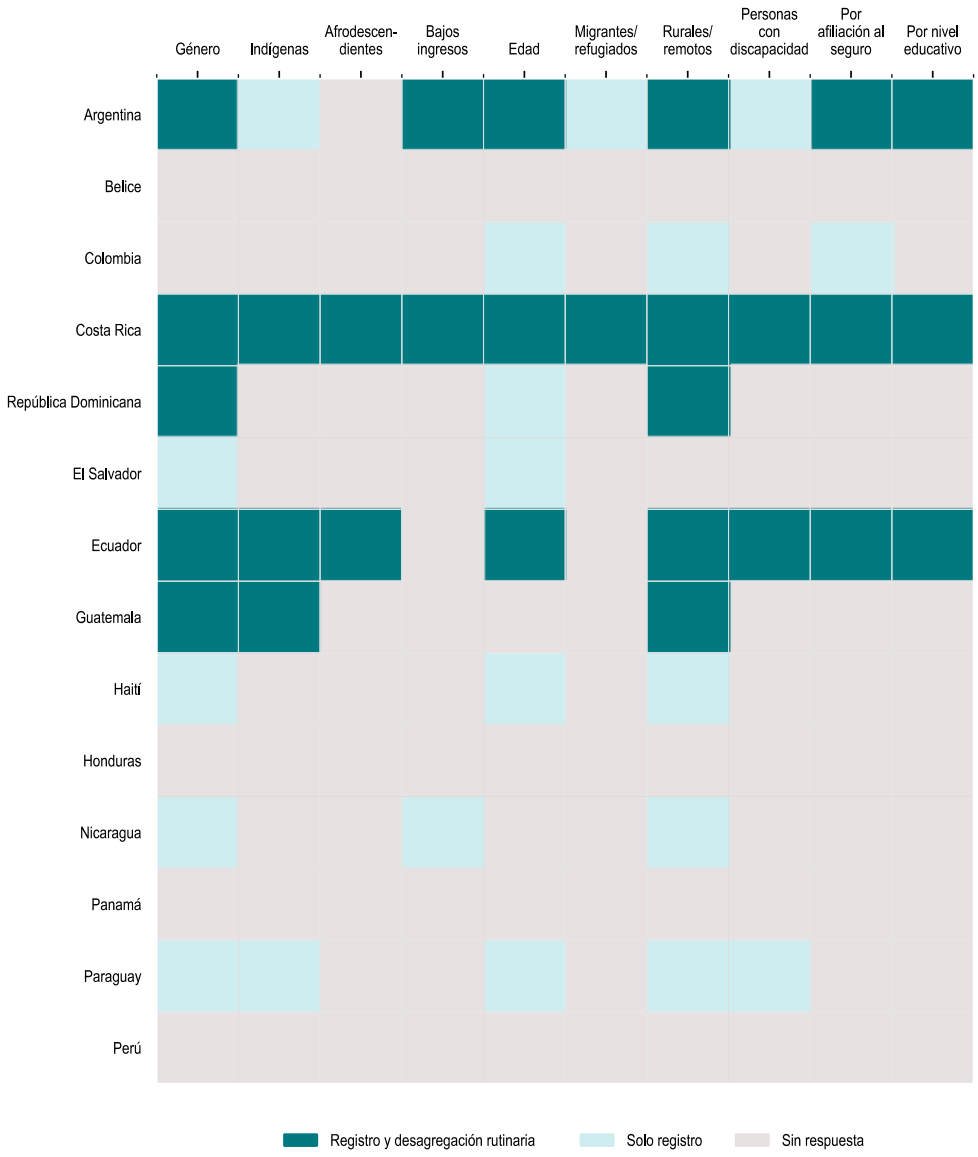


Notas: Las celdas indican si los países señalaron características seleccionadas de RES/HIS en la encuesta. «Sí» enumera los países que reportan la característica; «No» indica que se reportó explícitamente como no vigente; «Sin respuesta» indica que no se reportó.
Fuente: Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026, Encuesta de Desigualdad e Inequidad en las Políticas de Atención Sanitaria.

Al recopilar datos, solo tres países reportan recabar rutinariamente información en una amplia gama de categorías: Costa Rica, Ecuador y Argentina (Figura 2.10). Entre los demás países, Guatemala es el único que recopila explícitamente información sobre etnicidad. Varios países reportaron que solo recopilan campos administrativos estándar (sexo, edad y lugar de residencia) o que incluyen, además, una o dos categorías adicionales relacionadas con la equidad.

Países como Honduras y Haití no seleccionaron grupos poblacionales específicos en la respuesta estructurada de la encuesta, pero proporcionaron información contextual mediante respuestas abiertas. Honduras reportó que sus plataformas de vigilancia (ESAVI/EVADIE) normalmente captan la edad y el sexo, pero señala una documentación limitada sobre campos sociodemográficos más amplios o estándares de interoperabilidad, y Haití describe de manera similar la captación rutinaria de edad, sexo y geografía para la vigilancia y el reporte, pero ninguna captación rutinaria de variables como el ingreso, la educación, la discapacidad o la afiliación al seguro en los documentos revisados.

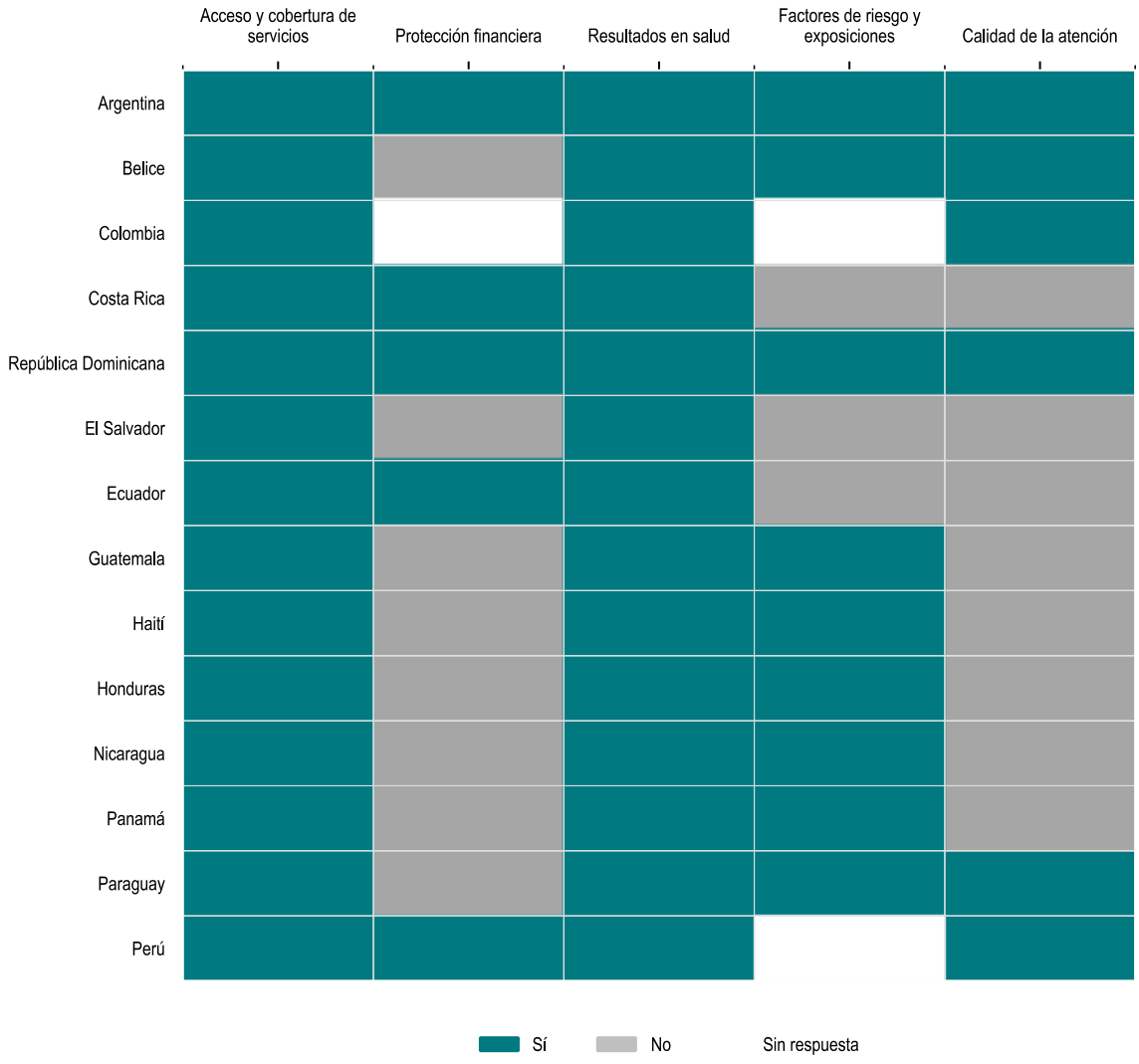
Figura 2.10. Sistemas de RES/HIS que captan estratificadores sociales



Notas: Las celdas resumen qué grupos poblacionales se reportan como captados en los sistemas de RES/HIS. Los países reportaron los grupos poblacionales en las características de RES/HIS; las celdas en blanco indican que la información no se reportó.
Fuente: Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026, Encuesta de Desigualdad e Inequidad en las Políticas de Atención Sanitaria.

La Figura 2.11 muestra que todos los países encuestados recopilan información desagregada para el acceso y la cobertura de servicios y los resultados de salud, mientras que la recopilación de datos es más desigual para los factores de riesgo (10 países), la calidad de la atención (6 países) y la protección financiera (5 países). Argentina vincula la desagregación a una combinación de monitoreo de programas y sistemas de información sectoriales, incluido SITAM. Colombia describe la producción nacional de indicadores desagregados para el acceso y los resultados, y señala que el monitoreo de la calidad está estrechamente ligado a las evaluaciones del desempeño de las EPS y a instrumentos regulatorios relacionados, en lugar de estar sistemáticamente incorporado en el reporte rutinario de indicadores desagregados entre dominios. Costa Rica destaca el EDUS y la función estadística de la CCSS como la columna vertebral de la desagregación rutinaria, y señala que algunas métricas de equidad se derivan de datos de hogares. Paraguay fundamenta los datos desagregados en el HIS nacional, donde los indicadores se generan principalmente a partir de los registros de servicios de los establecimientos (p. ej. consultas), y señala que la cobertura incompleta y la interoperabilidad restringen una desagregación rutinaria más amplia. La República Dominicana hace referencia a la producción de indicadores bajo PLANDES 2030, mientras que Honduras y Haití describen una recopilación de datos organizada en gran medida en torno a desgloses administrativos estándar (edad, sexo y territorio), con una documentación más limitada de la desagregación rutinaria para estratificadores de equidad más amplios (p. ej. etnicidad, ingreso, discapacidad o condición migratoria).

Figura 2.11. Disponibilidad de indicadores desagregados por dominio

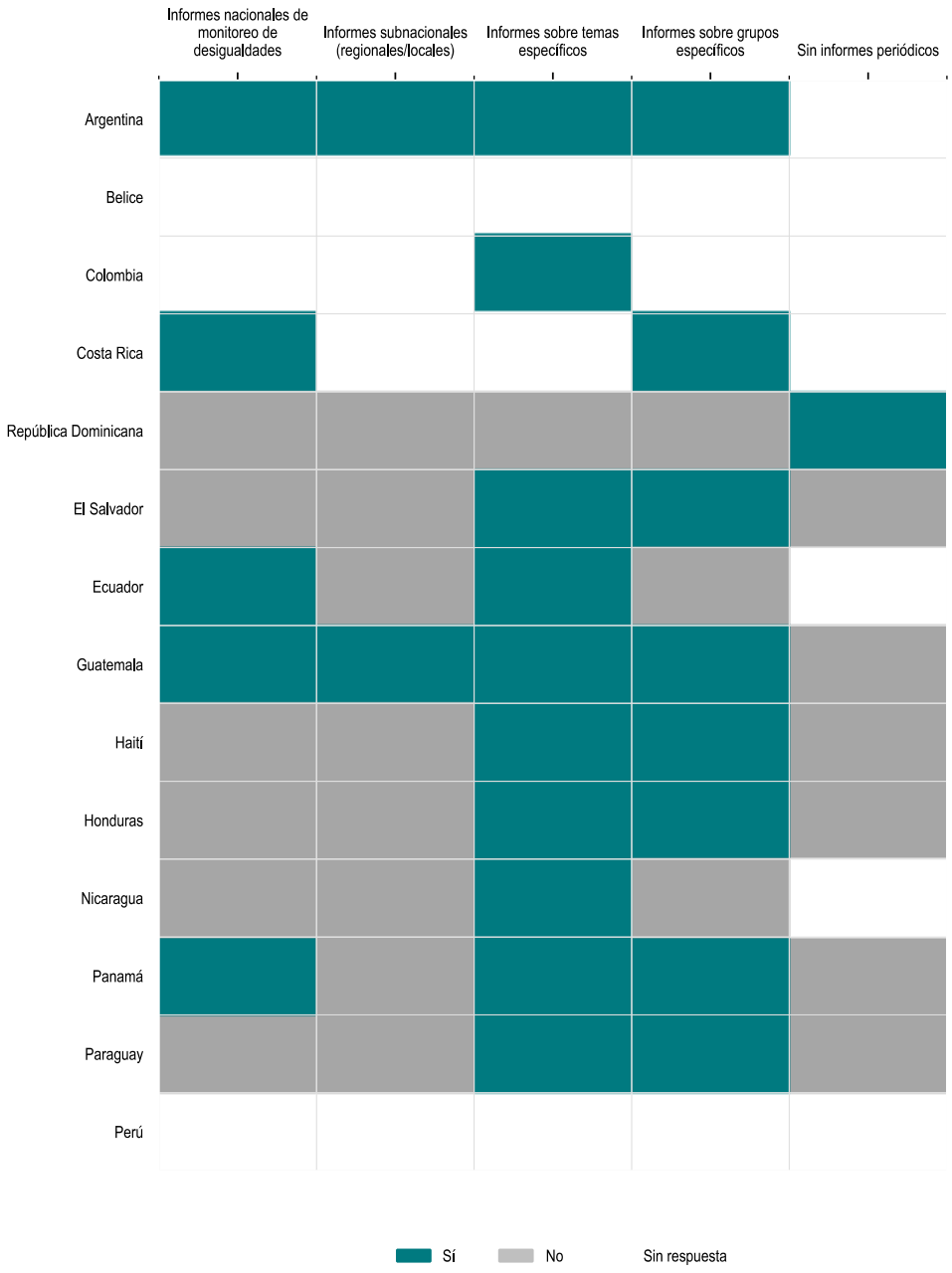


Notas: Las celdas indican si los países reportaron contar con indicadores desagregados disponibles para cada dominio de monitoreo. «Sí» significa que el país reportó la desagregación en ese dominio; «No» significa que el país reportó no tenerla; «Sin respuesta» significa que no se reportó en la encuesta. «Sí» puede reflejar una desagregación producida a partir de sistemas administrativos o de encuestas de hogares, según el país.
Fuente: Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026, Encuesta de Desigualdad e Inequidad en las Políticas de Atención Sanitaria.

Uso de datos: monitoreo y reporte sobre las desigualdades

La Figura 2.12 resume si los países reportan producir informes regulares de equidad. En la encuesta, el reporte enfocado por tema es el formato más común (10 de 12 países), seguido del reporte enfocado por grupo (8 de 12). En contraste, menos países reportan un informe nacional de monitoreo de la desigualdad (5 de 12), y el reporte subnacional es poco frecuente (2 de 12). Ecuador cita un informe nacional de desigualdad («Informe país sobre desigualdades en salud», 2025) y lo utiliza tanto como producto nacional de monitoreo como para informar el reporte enfocado por tema. Panamá hace referencia de manera similar a un estudio nacional de equidad («Estudio Nacional de Equidad en Salud Sostenible») utilizado para el monitoreo nacional y para el reporte por tema y por grupo. Argentina reporta un reporte nacional y subnacional, señalando que los productos enfocados por tema a menudo se producen a solicitud y que el reporte enfocado por grupo se canaliza a través de instituciones como la DNAPSySC y el PNSPI. Costa Rica reporta un reporte enfocado por grupo y aclara que el INEC publica principalmente resultados en lugar de emitir informes técnicos dedicados, mientras que varias instituciones (p. ej. CONAPAM, CONAPDIS, INAMU) producen informes enfocados en grupos específicos (p. ej. género, edad, rural/urbano y discapacidad). Paraguay reporta un reporte enfocado por tema y por grupo y atribuye el reporte regular al MSPBS, centrado en el reporte rutinario de los resultados de salud.

Figura 2.12. Disponibilidad de informes regulares de equidad



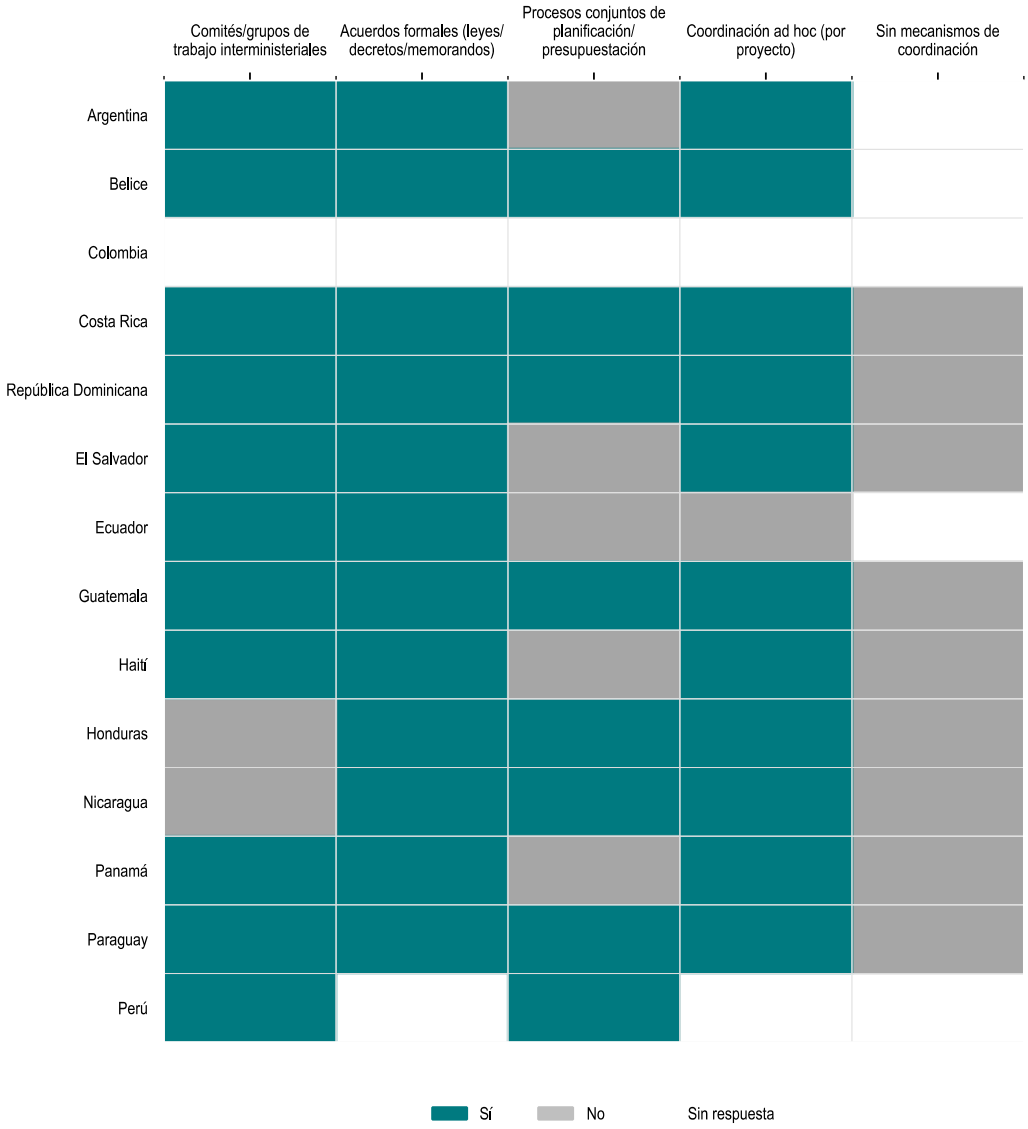
Notas: Las celdas indican si los países cuentan con informes nacionales o subnacionales regulares sobre las desigualdades en salud; al menos una vez cada 2 años, en lugar de publicaciones ad hoc o puntuales.
Fuente: Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026, Encuesta de Desigualdad e Inequidad en las Políticas de Atención Sanitaria.

Acción intersectorial y determinantes sociales

Todos los países que respondieron a las preguntas sobre coordinación intersectorial reportaron al menos dos mecanismos de implementación. Entre los 14 países, los acuerdos formales fueron reportados por 12, los comités o grupos de trabajo interministeriales por 12, la coordinación ad hoc por 11 y la planificación/presupuestación conjunta por 9 (Figura 2.13). En Ecuador, la acción intersectorial está vinculada a organismos interinstitucionales específicos, incluidos comités sobre violencia contra la mujer, salud materna y neonatal, y prevención del embarazo adolescente, y a la coordinación nacional en torno a la desnutrición crónica infantil («Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil»). Colombia no reportó un mecanismo específico de coordinación intersectorial, pero destacó la acción intersectorial en su Plan Nacional de Desarrollo, enmarcando explícitamente

la salud como articulada con la educación, la vivienda, el agua segura, el saneamiento básico, la conectividad digital y el empleo digno. En Argentina, la respuesta a la encuesta destacó la coordinación activa entre el nivel nacional y el subnacional y señaló que la formalización a menudo ocurre mediante acuerdos e instrumentos legales específicos (leyes, resoluciones o disposiciones administrativas); también hace referencia a la coordinación con organismos indígenas y del registro civil para la implementación territorial. Costa Rica señala un único punto de entrada operativo, su Unidad de Planificación Sectorial, describiendo la participación a través de comisiones en múltiples modalidades de coordinación. Paraguay reporta tanto grupos interministeriales como instrumentos formales, citando la coordinación en torno al Sistema de Protección Social y la planificación conjunta para grandes inversiones (p. ej. entre el MOPC y el MSPBS), señalando también que la coordinación puede seguir siendo basada en proyectos en lugar de plenamente institucionalizada. Perú destaca el Consejo Nacional de Salud como un espacio de articulación entre niveles de gobierno y la sociedad civil, señalando la creación en septiembre de 2024 de una comisión de trabajo sobre determinantes sociales y el papel de los consejos subnacionales y los comités distritales en la fijación de prioridades. La República Dominicana enmarca la acción intersectorial a través de instrumentos legales y de planificación formales, mientras que Haití vincula la coordinación principalmente a la planificación multisectorial orientada a emergencias (incluida la planificación de acción del RSI y el papel de coordinación del ministerio de salud).

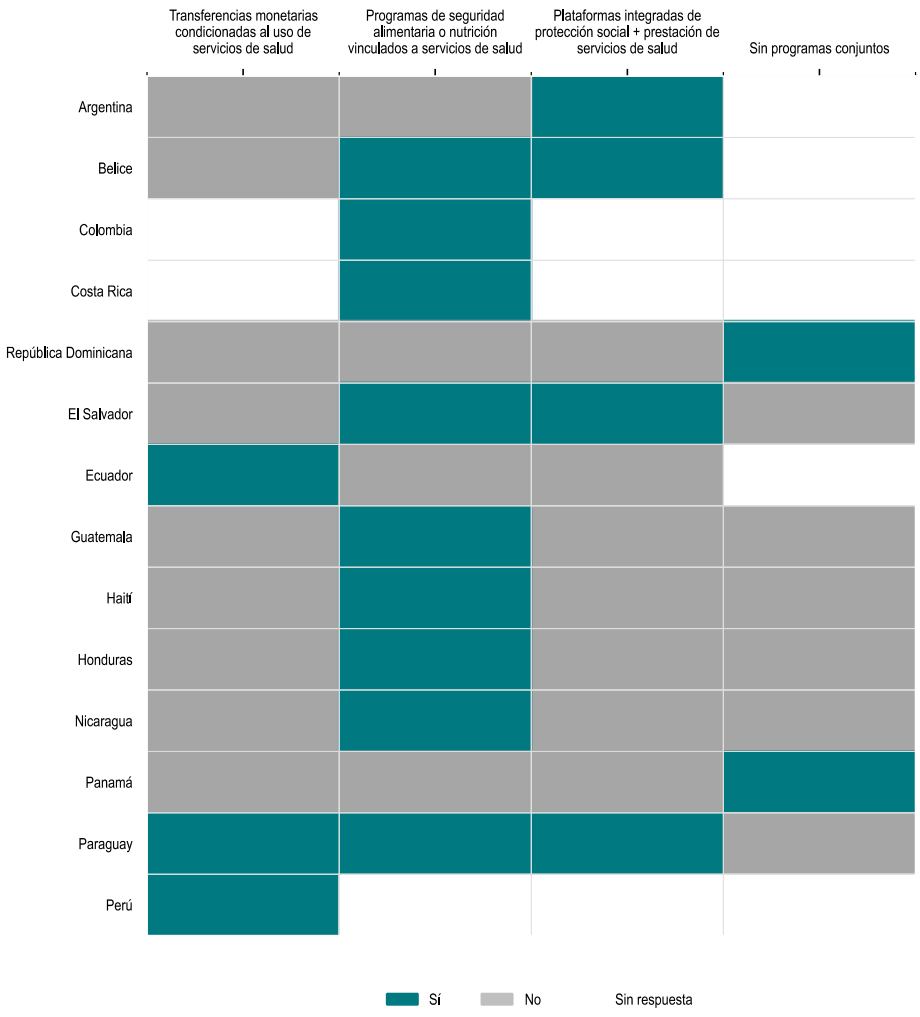
Figura 2.13. Mecanismos de coordinación intersectorial



Notas: Las celdas indican si los países reportan cada tipo de mecanismo de coordinación intersectorial. «Sí» y «No» reflejan la respuesta de la encuesta para ese ítem; «Sin respuesta» significa que no se reportó en la encuesta.
Fuente: Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026, Encuesta de Desigualdad e Inequidad en las Políticas de Atención Sanitaria.

Los vínculos de seguridad alimentaria/nutrición son los más frecuentemente reportados entre los programas conjuntos (9 de 14 países) que conectan la protección social y otros sectores con los objetivos de salud, seguidos de las transferencias monetarias condicionadas (5 de 14) y las plataformas de prestación integradas (4 de 14) (Figura 2.14). Paraguay hace referencia a Tekoporã (Ministerio de Desarrollo Social), describiendo condicionalidades vinculadas a acciones de salud como la vacunación y la atención prenatal, y sitúa estos esfuerzos dentro del Sistema de Protección Social (SPS); también señala que el trabajo conjunto no siempre está presente en todas las categorías. Perú cita a JUNTOS como un programa de transferencias condicionadas que promueve el acceso a la salud, la educación y la nutrición para los hogares pobres, en particular aquellos con mujeres embarazadas y niños, y destaca el Programa Nacional PAIS, descrito como un programa que entrega «caravanas» multisectoriales y paquetes de servicios coordinados que incluyen salud, seguridad alimentaria y acceso a programas sociales a través de plataformas de servicios. Ecuador señala el «Bono de los 1 000 primeros días» como un mecanismo vinculado a la nutrición y la salud en las primeras etapas de la vida. Colombia vincula la acción conjunta a Hambre Cero, descrita como una implementación coordinada entre instituciones y regiones, priorizando los territorios que enfrentan una inseguridad alimentaria más grave. Costa Rica y Belice enmarcan el vínculo nutrición-salud más a través de paquetes de servicios y orientación (p. ej. orientación dietética y materiales sobre los primeros 1 000 días en Costa Rica; e iniciativas integradas de nutrición y apoyo alimentario vinculadas al acceso a servicios en Belice), en lugar de a través de instrumentos de transferencias monetarias. Chile basa la acción intersectorial en plataformas de larga trayectoria, como el subsistema integrado de protección de la primera infancia Chile Crece Más (anteriormente Chile Crece Contigo), junto con estrategias intersectoriales que vinculan la salud con la educación y la protección social, así como medidas regulatorias sobre factores de riesgo, como la comercialización, el etiquetado y la publicidad de bebidas alcohólicas.

Figura 2.14. Programas conjuntos que vinculan los servicios de salud con los programas de protección social



Notas: Las celdas indican si los países reportan programas intersectoriales conjuntos vinculados a la salud (p. ej. protección social, nutrición/seguridad alimentaria o plataformas integradas). «Sí» y «No» reflejan la respuesta de la encuesta para ese ítem; «Sin respuesta» significa que no se reportó en la encuesta.
Fuente: Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026, Encuesta de Desigualdad e Inequidad en las Políticas de Atención Sanitaria.

Emergencias y preparación ante desastres

La Figura 2.15 indica que cuatro países (Belice, Costa Rica, Paraguay y la República Dominicana) reportan la equidad como sistemáticamente integrada en la planificación de la preparación, mientras que ocho países (Argentina, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Panamá) reportan una integración más parcial. En Belice, la planificación de emergencias se describe como una combinación de mapeo de vulnerabilidad, preparación basada en la comunidad y comunicación de riesgos focalizada y adaptada a los grupos vulnerables. Paraguay ancla su enfoque en el Plan Nacional de Respuesta ante Emergencias con Enfoque Multiamenazas, que establece un modelo operativo para la respuesta del sector salud ante múltiples amenazas (incluidas inundaciones, brotes epidémicos, olas de calor, sequías, incendios forestales y eventos con múltiples víctimas). Costa Rica también reporta una integración sistemática y señala explícitamente la inclusión de grupos vulnerables específicos, como las personas en situación de calle, las personas privadas de libertad y las poblaciones en territorios remotos (p. ej. Alto Telire). La República Dominicana reporta de manera similar una integración sistemática, describiendo marcos de preparación basados en el riesgo y centrados en la vulnerabilidad. En contraste, Ecuador señala que su Plan de Respuesta Multiamenaza hace referencia a la equidad en términos generales pero no especifica explícitamente los grupos poblacionales. Entre los demás países que reportan una integración parcial, Guatemala y Panamá enfatizan la vulnerabilidad y las inequidades territoriales como consideraciones de planificación, mientras que Honduras, Haití y Nicaragua describen marcos de preparación que reconocen a las poblaciones vulnerables pero ofrecen un detalle más limitado sobre cómo se operacionaliza la equidad en los instrumentos rutinarios de preparación. Perú está actualizando su marco de preparación para emergencias con el fin de incorporar el mapeo de vulnerabilidades y convertir la equidad en un pilar central de sus planes de respuesta ante múltiples riesgos, priorizando así a las comunidades marginadas durante las crisis nacionales. Chile ofrece un ejemplo similar a través de su Modelo Chileno de Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres, vigente desde 2019, que integra la salud mental y el apoyo psicosocial en la preparación y respuesta ante desastres. El modelo combina la coordinación intersectorial, el fortalecimiento comunitario, el apoyo al personal de respuesta y la asistencia dirigida a grupos vulnerables específicos dentro del sistema nacional de respuesta ante desastres.

Figura 2.15. Consideraciones de equidad en los planes de preparación ante emergencias y desastres



Notas: Las celdas indican que la equidad se reporta como integrada en los planes de preparación ante emergencias y desastres. «Sistemáticamente integrada» indica que la equidad se describe como un elemento rutinario de la planificación de la preparación; «Parcial u ocasionalmente considerada» indica que la equidad se menciona pero no está consistentemente incorporada entre los instrumentos o en la implementación.
Fuente: Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026, Encuesta de Desigualdad e Inequidad en las Políticas de Atención Sanitaria.

Observaciones finales y prioridades accionables

Los países de América Latina y el Caribe han construido marcos reconocibles de política de equidad, pero la transición del compromiso a una implementación consistente sigue siendo el desafío central. La encuesta documenta una región donde los mandatos legales de equidad son comunes, los servicios subsidiados están generalizados y los países están ampliando el alcance comunitario, la telesalud y la coordinación intersectorial. También documenta que las condiciones institucionales necesarias para hacer efectivos estos compromisos a lo largo del tiempo son con frecuencia débiles o inexistentes: el monitoreo consistente de los grupos poblacionales y el alcance territorial sostenido. Las desigualdades en salud en la región siguen siendo una expresión directa de una desigualdad social más amplia, y la desventaja se acumula a lo largo de la trayectoria de atención, a través de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento, produciendo brechas más amplias en los resultados que en el acceso por sí solo.

La encuesta señala un patrón consistente entre los dominios de política: las respuestas más sólidas son aquellas que amplían la disponibilidad y la asequibilidad de los servicios, mientras que las medidas que abordan las condiciones más profundas necesarias para que los servicios sean equitativos en la práctica, como la adaptación cultural, la retención de la fuerza de trabajo, la inclusión digital y el monitoreo rutinario de los grupos poblacionales clave, están sistemáticamente menos desarrolladas. La atención a la equidad también es más estrecha de lo que la evidencia justifica, centrada principalmente en el ingreso y las brechas rural-urbanas, con mucha menos atención sistemática a la etnicidad, la discapacidad, la condición migratoria y el género.

Las estrategias de acceso priorizan la expansión por encima de la profundidad. La expansión de la infraestructura es reportada por 13 de 14 países, el alcance comunitario por 11 y la telesalud por 9, pero el apoyo al transporte está disponible en solo 7, el reclutamiento de personal bilingüe o comunitario en 6 y las políticas de inclusión digital en apenas 4. La distribución geográfica de la fuerza de trabajo en salud se reporta con más frecuencia que las estrategias de retención rural, y para la retención rural el patrón dominante es la ausencia total de estrategia. La salud digital está avanzando más como una agenda de modernización que como una estrategia de equidad: solo cuatro países reportan al menos una medida concreta para ayudar a los grupos vulnerables a superar las barreras relacionadas con la conectividad, los dispositivos o la alfabetización digital, y la interoperabilidad desigual limita aún más si las herramientas digitales reducen o amplían las brechas existentes.

Los países están construyendo la arquitectura básica para el monitoreo del acceso y la cobertura, pero la desagregación para la calidad de la atención es reportada por solo 6 de 14 países y para la protección financiera por solo 5. La desagregación rutinaria por etnicidad, discapacidad y condición migratoria está disponible solo en un pequeño número de países. Con un estimado de 50-75% de la mortalidad evitable en la región vinculado a una atención de mala calidad más que a la falta de contacto, reducir las desigualdades en la salud y la atención sanitaria ahora requiere mejorar el contenido, la continuidad y el desempeño de los sistemas de salud, al tiempo que se abordan los déficits de acceso pendientes- (Kruk et al., 2018[13]).

Prioridades accionables para la región

En conjunto, la región ha logrado avances importantes en acercar los servicios y hacerlos más asequibles, pero ha sido menos consistente en adaptar la prestación a las barreras prácticas, culturales y organizacionales que enfrentan los grupos desatendidos. Las fortalezas comunes son reales: un amplio reconocimiento legal, la ampliación de la prestación de servicios para las poblaciones desatendidas y una creciente acción intersectorial. Las debilidades recurrentes son igualmente claras: el monitoreo incompleto de los grupos poblacionales donde las desigualdades son mayores, la insuficiente retención rural de la fuerza de trabajo en salud y la adaptación cultural de los servicios, y una inclusión digital superficial. El progreso en la siguiente fase depende menos de adoptar iniciativas de equidad adicionales que de hacer que las existentes sean más coherentes, estén mejor focalizadas y rindan cuentas.

Las respuestas de la encuesta no cubren todas las dimensiones de la equidad en salud; sin embargo, sobre la base de lo que los países reportaron, las brechas más consistentes apuntan a las siguientes prioridades:

- **Profundizar las estrategias de acceso para llegar efectivamente a los grupos desatendidos.** Los países han establecido una amplia infraestructura y alcance comunitario, pero las medidas que abordan las barreras prácticas, culturales y organizacionales que determinan si los servicios son realmente utilizados por las poblaciones más marginadas siguen estando menos consistentemente vigentes. La encuesta capta solo un subconjunto de tales medidas, pero incluso estas muestran una brecha sistemática entre la disponibilidad y el alcance efectivo.
- **Extender el monitoreo a la calidad de la atención y la protección financiera, y a los grupos poblacionales clave.** Los sistemas de monitoreo que captan el acceso, pero no la calidad ni la protección financiera, no pueden evaluar si las mejoras están llegando a quienes más las necesitan. La desagregación rutinaria por etnicidad, discapacidad y condición migratoria sigue siendo la brecha de datos más accionable en toda la región.
- **Fortalecer la retención rural de la fuerza de trabajo junto con la distribución geográfica.** Las estrategias de distribución no resuelven la escasez de fuerza de trabajo en las áreas remotas. Los incentivos, las trayectorias profesionales y las condiciones de trabajo que hacen sostenibles los puestos rurales a lo largo del tiempo requieren una inversión dedicada.
- **Tratar la inclusión digital como una inversión en equidad.** Las inversiones en salud digital deberían combinarse con medidas de inclusión concretas, como la conectividad, los dispositivos y la alfabetización digital, focalizadas en las

poblaciones con menos probabilidades de beneficiarse de otro modo. El programa Ñanduti de Paraguay y la expansión de la telesalud de Perú ilustran que esto es alcanzable.

- **Pasar la coordinación intersectorial de los acuerdos a la acción conjunta.** Las estructuras de coordinación formales están generalizadas, pero la planificación y la presupuestación conjuntas, que son los mecanismos con más probabilidades de producir una acción sostenida sobre los determinantes sociales, siguen siendo la excepción.
- **Integrar la equidad en la adaptación al clima y la preparación ante emergencias.** Solo cuatro de 14 países incorporan la equidad de manera sistemática en la planificación de la preparación. Dado que los choques sanitarios amplían de manera consistente las desigualdades existentes, el mapeo de vulnerabilidad y los planes de respuesta focalizados para los grupos marginados deberían ser estándar, no excepcionales.

Referencias

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. [14]

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. [24]

Bernal, N., M. Carpio and T. Klein (2017), "The effects of access to health insurance: Evidence from a regression discontinuity design in Peru", *Journal of Public Economics*, Vol. 154, pp. 122-136, https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2017.08.008. [12]

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. [23]

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. [27]

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. [22]

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. [13]

Libertun de Duren, N. (ed.) (2022), *Inclusive Cities: Healthy Cities for All*, Inter-American Development Bank, https://doi.org/10.18235/0004459. [19]

OECD (2025), *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: Perú 2025*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/262a739e-es. [18]

OECD (2025), *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en. [26]

OECD (2021), *OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021*, OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/146d0dea-en. [16]

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. [20]

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. [25]

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. [17]

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. [15]

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. [21]

3 Estado de salud

Esperanza de vida al nacer

En la región de América Latina y el Caribe (ALC), la esperanza de vida al nacer continúa aumentando en promedio a pesar del inicio de la crisis de la COVID-19, impulsada por la reducción sostenida de la mortalidad en todas las edades, y en particular de la mortalidad infantil y de la niñez en todos los países (véanse los indicadores «Mortalidad infantil» y «Mortalidad de menores de 5 años» en las secciones siguientes). Estas ganancias en longevidad pueden atribuirse a varios factores, incluidos el aumento del nivel de vida, una mejor nutrición y mejores instalaciones de agua potable y saneamiento (véase el indicador «Agua y saneamiento» en el Capítulo 4). Los estilos de vida más saludables, una mayor educación y un mayor acceso a servicios de salud de calidad también desempeñan un papel importante (Raleigh, 2019[1]).

La esperanza de vida al nacer para el conjunto de la población en la región de ALC alcanzó los 74,6 años en promedio en 2024, una ganancia de 2,4 años desde 2010. En comparación, los países de la OCDE ganaron 2,0 años durante el mismo período (Figura 3.1, panel izquierdo). Sin embargo, persiste una gran brecha regional en la esperanza de vida al nacer. Los países con la mayor esperanza de vida en 2024 fueron Chile y Costa Rica, con alrededor de 81 años, seguidos de cerca por Panamá, con poco menos de 80 años. En contraste, dos países de la región de ALC tuvieron esperanzas de vida totales inferiores a 70 años (Haití y Bolivia). En Haití, un niño nacido en 2023 puede esperar vivir en promedio 65 años.

Las mujeres tienden a vivir más que los hombres (Figura 3.1, panel derecho), pero el grado de esta disparidad también varía entre países. La brecha de género en la esperanza de vida se situó en 6 años en promedio en los países de ALC33 en 2023, más alta que el promedio de 5,1 años de los países de la OCDE. La diferencia de género fue particularmente grande en El Salvador, con una brecha de más de 8,5 años, así como en Venezuela, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Bahamas y Uruguay, con brechas de siete años o más. Las mujeres también tienen mayores tasas de supervivencia hasta los 65 años (Figura 3.2), independientemente del estatus económico del país. En promedio, en los países de ALC, el 84,1% de una cohorte de mujeres recién nacidas viviría hasta los 65 años, mientras que solo el 74,1% de los hombres recién nacidos viviría hasta los 65 años. Solo en Costa Rica y Chile se espera que más del 90% de las mujeres recién nacidas vivan hasta los 65 años, todavía por debajo del promedio de la OCDE del 92%.

Un mayor ingreso nacional —medido por el PIB per cápita— se asocia en general con una mayor esperanza de vida al nacer (Figura 3.3). Hubo, no obstante, algunas diferencias notables en la esperanza de vida entre países con un ingreso per cápita similar. Por ejemplo, Costa Rica y Chile tuvieron esperanzas de vida más altas, y Guyana más bajas, que las previstas por su PIB per cápita por sí solo.

Desde un punto de vista biológico, la desventaja masculina en la esperanza de vida puede reflejar en parte mecanismos biológicos, incluidas diferencias relacionadas con los cromosomas sexuales y las hormonas, pero estos mecanismos siguen siendo insuficientemente comprendidos (Austad and Fischer, 2016[2]). Las diferencias de género en la esperanza de vida también están influidas por mecanismos sociales, como las reducciones de la mortalidad materna durante el último siglo, y por factores conductuales, ya que los hombres enfrentan una mayor exposición a riesgos ocupacionales y participan con más frecuencia en conductas de riesgo como el tabaquismo y el consumo de alcohol (Hossin, 2021[3]).

Definición y comparabilidad

La esperanza de vida al nacer es la medida más conocida del estado de salud de la población y suele utilizarse para evaluar el desarrollo sanitario de un país. Mide cuánto tiempo puede esperar vivir, en promedio, un recién nacido si las tasas de mortalidad actuales no cambian. Dado que los factores que afectan la esperanza de vida suelen cambiar lentamente, las variaciones se evalúan mejor a lo largo de períodos prolongados. Las tasas de mortalidad específicas por edad se utilizan para construir las tablas de mortalidad a partir de las cuales se derivan las esperanzas de vida. Las metodologías que utilizan los países para calcular la esperanza de vida pueden variar ligeramente, lo que da lugar a diferencias de fracciones de un año. Algunos países basan sus esperanzas de vida en estimaciones derivadas de censos y encuestas, y no en un registro preciso de las defunciones. La supervivencia hasta los 65 años se refiere al porcentaje de una cohorte de recién nacidos que sobreviviría hasta los 65 años si estuviera sujeta a las tasas de mortalidad actuales específicas por edad.

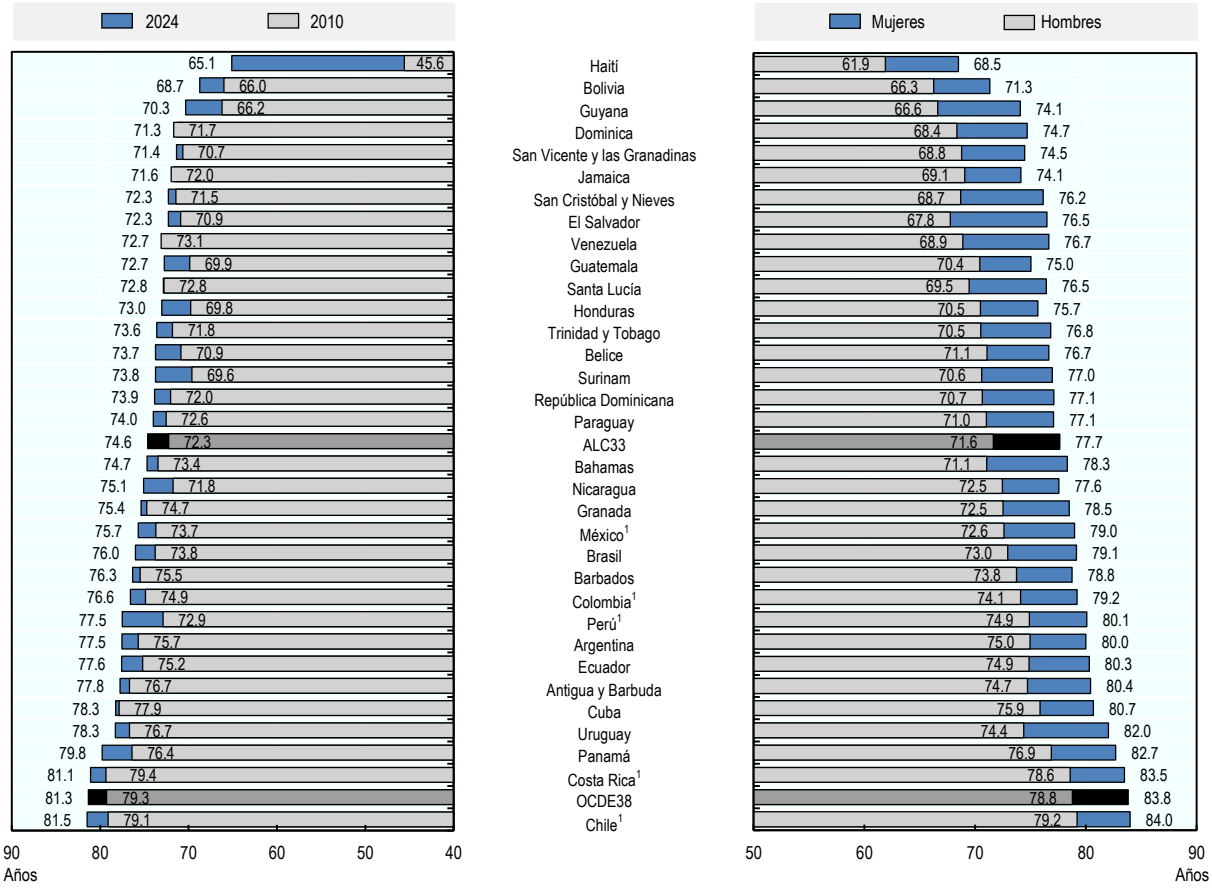
Referencias

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]

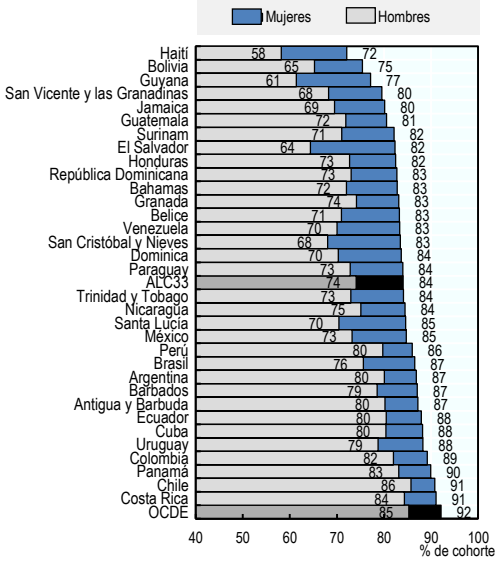
Figura 3.1. Esperanza de vida al nacer, por sexo, 2010 y 2024 (o último año disponible)



Nota: 1. Datos de 2025. Fuente: Estadísticas de salud 2026 del Banco Mundial y la OCDE para la OCDE, Perú y los países de América Latina y el Caribe de la OCDE.

StatLink https://stat.link/urxag2

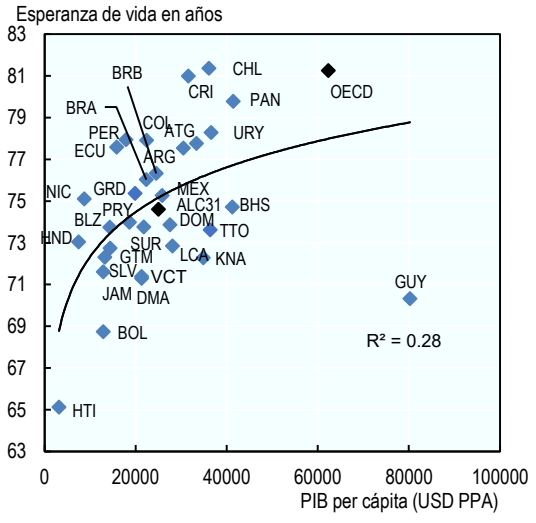
Figura 3.2. Tasa de supervivencia hasta los 65 años, 2024



Fuente: Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial en línea 2026.

StatLink https://stat.link/0cmel5

Figura 3.3. Esperanza de vida al nacer y PIB per cápita, 2024



Fuente: Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial en línea 2026.

StatLink https://stat.link/on4jpm

Mortalidad infantil y neonatal

La mortalidad infantil y neonatal refleja el impacto de las condiciones económicas, sociales y ambientales en la salud de las madres y los lactantes, así como la efectividad de los sistemas de salud. Factores como la educación materna y la inmunización, la calidad y accesibilidad de la atención prenatal y del parto, el parto prematuro y el peso al nacer, la atención inmediata del recién nacido y las prácticas de alimentación infantil son determinantes importantes de la mortalidad infantil (véase la sección «Alimentación del lactante y del niño pequeño» en el Capítulo 4). Además, eliminar la transmisión maternoinfantil de enfermedades es una prioridad en la región de ALC para reducir la mortalidad y la morbilidad infantil (Debbag et al., 2023[1]).

En 2024, el promedio de mortalidad infantil en ALC fue de 14,4 muertes por cada 1 000 nacidos vivos. La mortalidad infantil fue más baja en países como Uruguay, Chile y Cuba (menos de 7 muertes por cada 1 000 nacidos vivos), mientras que fue más alta en Dominica, la República Dominicana y, en particular, Haití (con 28, 33 y 39 por cada 1 000 nacidos vivos, respectivamente) (Figura 3.4). Entre 2010 y 2024, la tasa media de mortalidad infantil ha caído un 34,4% en la región de ALC, y la mayoría de los países experimentaron descensos de entre el 20% y el 50%. Haití, San Vicente y las Granadinas, Nicaragua, El Salvador y Bolivia registraron descensos de más del 70%. Sin embargo, países como Dominica, Venezuela y Cuba experimentaron aumentos de la tasa de mortalidad infantil cercanos al 30%.

En cuanto a las tasas de mortalidad neonatal, el promedio en la región de ALC fue de 10 muertes por cada 1 000 nacidos vivos. Las tasas de mortalidad neonatal fueron más bajas en países como Uruguay, Cuba, El Salvador y Chile (por debajo de 5 muertes por cada 1 000 nacidos vivos), mientras que Dominica, Haití y la República Dominicana registraron los niveles más altos, cada uno superando las 20 muertes por cada 1 000 nacidos vivos (Figura 3.5). Entre 2010 y 2023, la tasa de mortalidad neonatal cayó un 16,5% en la región de ALC, y la mayoría de los países mostraron reducciones de entre el 10% y el 30%. Bolivia, San Vicente y las Granadinas y El Salvador registraron descensos de más del 40%. En contraste, Cuba, Granada, Venezuela y Dominica experimentaron aumentos de las tasas de mortalidad neonatal de más del 35%.

La mortalidad infantil puede reducirse mediante intervenciones costoefectivas y apropiadas. Los planes para mejorar la supervivencia neonatal deberían construirse sobre una base sólida de atención esencial del recién nacido y alinearse con las metas del Plan de Acción Every Newborn (ENAP) y de Eliminación de la Mortalidad Materna Prevenible (EPMM) en materia de atención prenatal, atención posnatal, personal de salud calificado y atención obstétrica y neonatal de emergencia. Aumentar la inversión y dirigir recursos hacia dos intervenciones de alto impacto, pero costosas —la atención de los recién nacidos pequeños y enfermos y la atención obstétrica de emergencia— es esencial. Estas medidas generan múltiples retornos al reducir las muertes maternas, las muertes fetales, las muertes neonatales y la morbilidad tanto materna como neonatal. Las intervenciones clave esenciales para la atención del recién nacido incluyen el contacto piel con piel entre las madres y los recién nacidos después del parto, el cuidado higiénico del cordón umbilical y de la piel, y la lactancia materna temprana y exclusiva durante los primeros seis meses de vida. El manejo y el tratamiento efectivos de las infecciones neonatales, la neumonía, la diarrea y la malaria también son críticos. La terapia de rehidratación oral es una intervención de bajo costo y efectiva para mitigar los efectos debilitantes de la diarrea, y los países también podrían implementar medidas de salud pública relativamente económicas, incluidas la inmunización y la provisión de agua limpia y saneamiento (WHO, 2024[2]).

Definición y comparabilidad

La tasa de mortalidad infantil se define como el número de niños que mueren antes de cumplir su primer año de vida en un año determinado, expresado por cada 1 000 nacidos vivos. Algunos países basan sus tasas de mortalidad infantil en estimaciones derivadas de censos, encuestas y sistemas de registro por muestreo, y no en un registro preciso y completo de nacimientos y defunciones. Las tasas de mortalidad infantil se generan aplicando un modelo estadístico o transformando las tasas de mortalidad en menores de 5 años a partir de tablas de mortalidad tipo. Las diferencias entre países en las prácticas de registro de los recién nacidos prematuros también pueden contribuir ligeramente a las variaciones internacionales en las tasas.

La tasa de mortalidad neonatal es la probabilidad de que un niño nacido en un año o período específico muera durante los primeros 28 días completos de vida si estuviera sujeto a las tasas de mortalidad específicas por edad de ese período, expresada por cada 1 000 nacidos vivos. Las tasas de mortalidad neonatal son estimaciones derivadas de datos nacionales, incluidos datos de registro civil, censos y encuestas (UNICEF, 2025[3]).

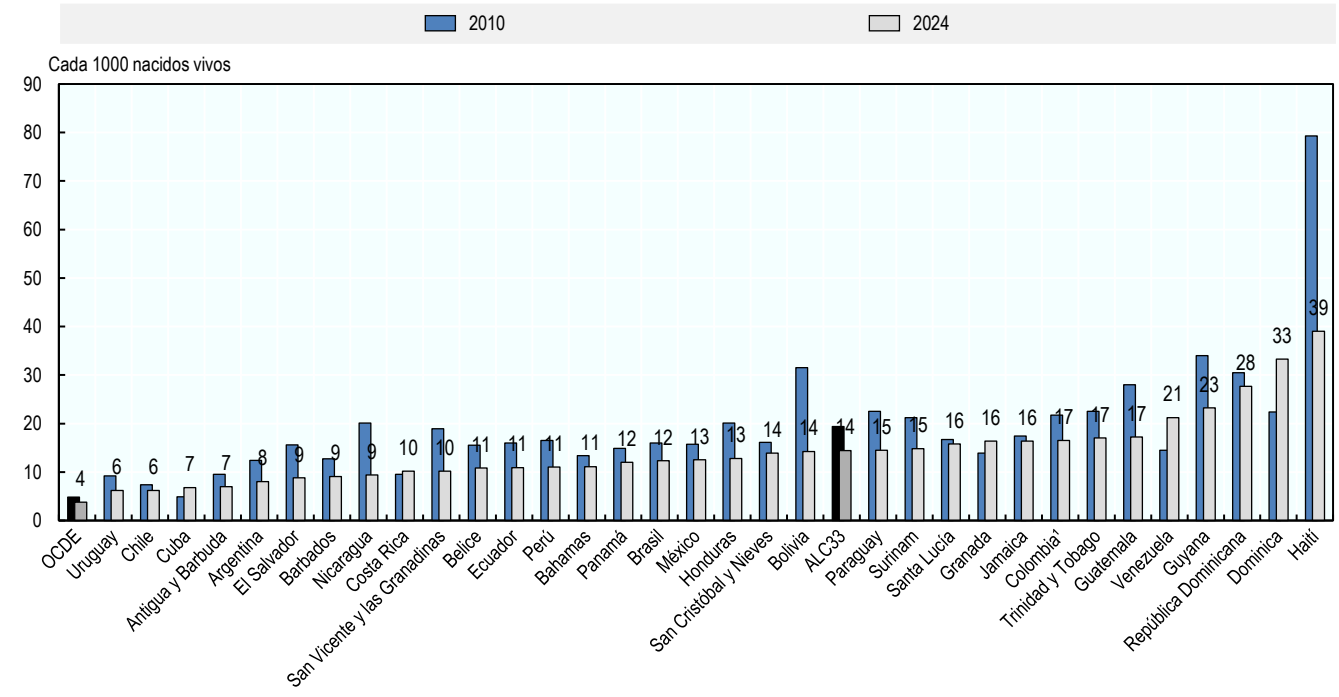
Referencias

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]

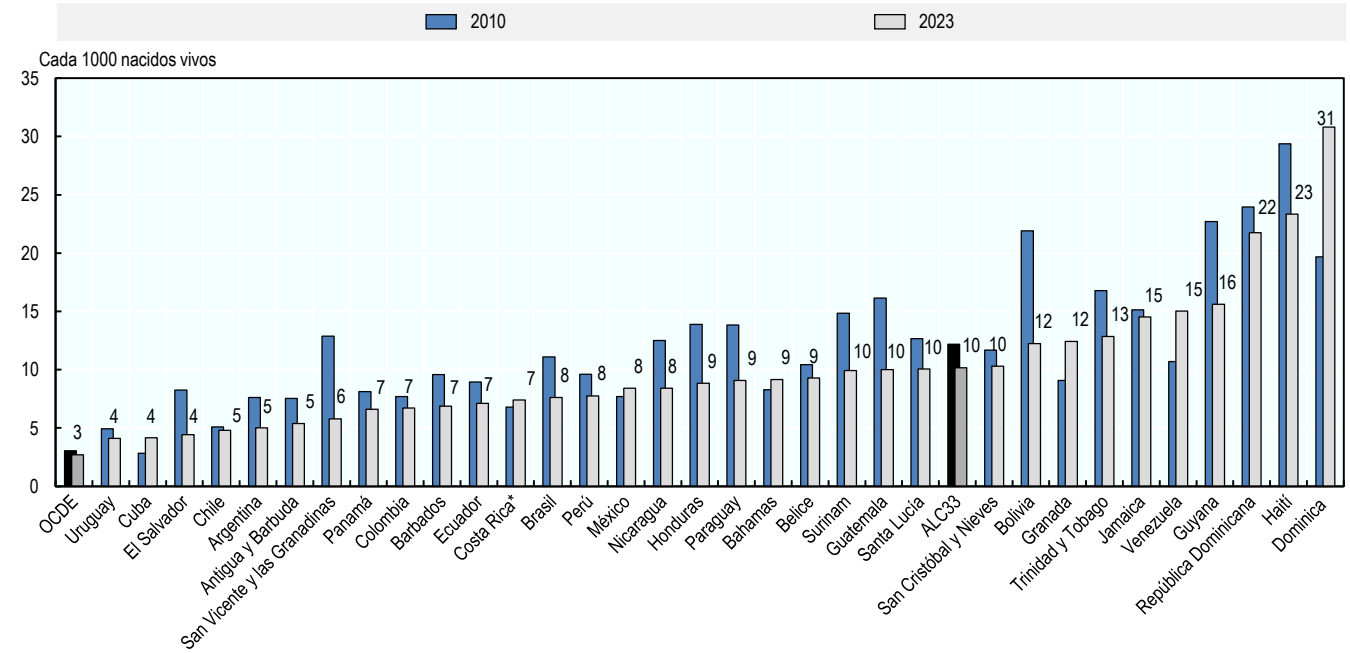
Figura 3.4. Tasas de mortalidad infantil, 2010 y 2021-2024



1. Datos de 2021. 2. Datos de 2022. Los datos de los miembros de ALC de la OCDE se extraen de los datos de salud de la OCDE. La etiqueta corresponde al último año disponible.
Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE 2025 e Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial en línea 2026.

StatLink https://stat.link/zf3evq

Figura 3.5. Tasas de mortalidad neonatal, 2010 y 2020-2023



Nota: 1. valor de 2022. Los datos de los miembros de ALC de la OCDE se extraen de los datos de salud de la OCDE.
Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE 2025 y bases de datos mundiales de UNICEF 2025.

StatLink https://stat.link/lx9n78

Mortalidad de menores de 5 años

La tasa de mortalidad de menores de 5 años es un indicador de la salud infantil, así como del desarrollo y el bienestar general de una población. La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU es reducir la mortalidad de menores de 5 años por debajo de 25 por cada 1 000 nacidos vivos para 2030. En 2023, 4,8 millones de niños murieron en todo el mundo antes de cumplir cinco años (WHO, 2025[1]), con una tasa de mortalidad de menores de cinco años estimada en 36,7 por cada 1 000 nacidos vivos.

La tasa promedio de mortalidad infantil menor de cinco años en los países de ALC33 fue de 16,3 muertes por cada 1000 nacidos vivos (Figura 3.6). Uruguay, Chile, Cuba, Antigua y Barbuda, Argentina y Barbados lograron tasas inferiores a 10 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Las tasas de mortalidad en Guyana, República Dominicana y Dominica fueron elevadas, entre 25 y 36 muertes por cada 1000 nacidos vivos, mientras que en Haití fueron muy elevadas, alcanzando las 52,8 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Estos países también presentaron la mayor mortalidad infantil y neonatal de la región, como se observa en la sección anterior. Si bien la mortalidad infantil menor de 5 años se redujo en un promedio del 43 % en los países de ALC entre 2010 y 2024, el progreso varía significativamente entre países. Países como El Salvador, San Vicente y las Granadinas, Nicaragua, Bolivia y Haití registraron una caída superior al 80%, mientras que la tasa aumentó un 30% en Dominica, un 29% en Venezuela y un 28% en Cuba. Haití experimentó una reducción del 159% durante ese período, superando el promedio de mejora en la región.

Las causas de mortalidad de menores de 5 años en la región de ALC son muy heterogéneas (Figura 3.7). Las principales causas se presentan utilizando categorías amplias de la CIE-10 que agrupan múltiples enfermedades. La categoría «otras causas», que incluye afecciones como el feto y el recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, el trabajo de parto y el parto, y la enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido, representa las tasas de mortalidad más altas en general, con 82 muertes por cada 10 000 nacidos vivos en la región de ALC. Entre los grupos de causas específicas, las tasas de muertes por mortalidad de menores de 5 años alcanzan 36,9 muertes por cada 10 000 nacidos vivos para los trastornos respiratorios y cardiovasculares perinatales, 12,8 para las malformaciones congénitas, 10,4 para las infecciones perinatales, 10,5 para los trastornos relacionados con la duración de la gestación y 6,3 para la influenza y la neumonía. Dominica tiene las tasas más altas de mortalidad de menores de 5 años por trastornos respiratorios y cardiovasculares perinatales, mientras que Guatemala muestra las tasas más altas de infecciones perinatales e influenza y neumonía.

En los países de ALC, la mortalidad de menores de 5 años tiende a estar inversamente relacionada con el gasto corriente en salud per cápita (Figura 3.8). Chile y Uruguay tienen las tasas más bajas de mortalidad de menores de 5 años, con menos de 7,5 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, menos de la mitad del promedio de ALC, y se encuentran entre los seis países con el mayor gasto en salud per cápita (Capítulo 6). Sin embargo, Panamá reporta una tasa de mortalidad de menores de 5 años de 13 muertes por cada 1 000 nacidos vivos con un gasto similar. En contraste, Belice y Nicaragua han alcanzado la misma tasa de mortalidad de menores de 5 años con muchos menos recursos. Esto sugiere una relación no lineal, ya que el gasto en salud se asocia fuertemente con reducciones de la mortalidad en niveles de gasto más bajos, pero estas reducciones disminuyen a medida que los países se acercan a un piso de mortalidad, dado que la mortalidad de menores de 5 años no puede llegar a cero en condiciones del mundo real. Perú es un ejemplo de políticas públicas exitosas para mejorar la mortalidad de menores de 5 años. Intervenciones que incluyen ampliar el acceso a la atención prenatal y a los partos en establecimientos, asegurar una alta cobertura de vacunas (neumococo, rotavirus y Hib), integrar prácticas culturalmente sensibles para mejorar la aceptación de los servicios, la suplementación con vitamina A y los programas de nutrición, y mejorar el agua segura y el saneamiento han ayudado al país a acercarse a sus metas de los ODS (García et al., 2024[2]).

Definición y comparabilidad

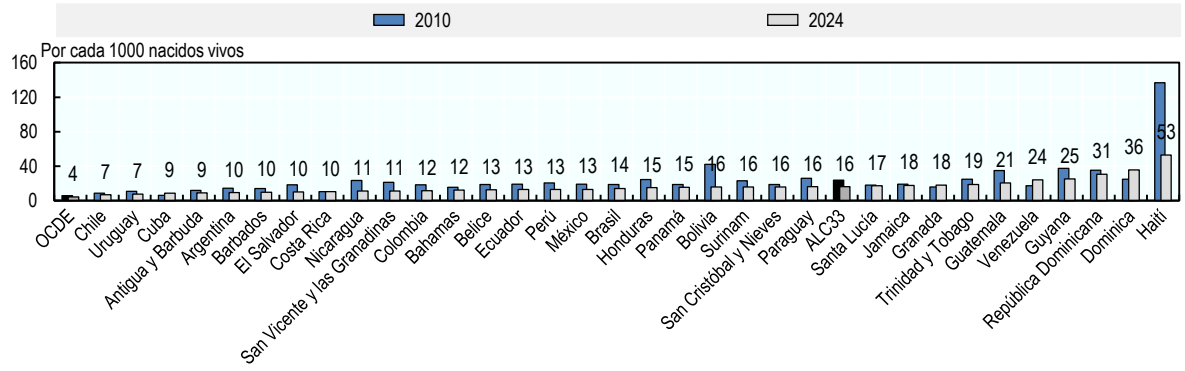
La mortalidad en menores de 5 años se define como la probabilidad de que un niño nacido en un año determinado muera antes de cumplir su quinto año de vida y se expresa por cada 1 000 nacidos vivos. Dado que la mortalidad en menores de 5 años se deriva de una tabla de mortalidad, en sentido estricto no es una tasa sino una probabilidad de muerte. Las tasas de mortalidad específicas por edad se utilizan para construir las tablas de mortalidad a partir de las cuales se deriva la mortalidad en menores de 5 años. Algunos países basan sus estimaciones en censos, encuestas y sistemas de registro por muestreo, y no en un registro preciso y completo de las defunciones. Véase el indicador "Mortalidad infantil" para la definición de las razones de tasas. Los cinco principales grupos de causas de las tasas de mortalidad en menores de 5 años son las infecciones perinatales (incluida la sepsis bacteriana), los trastornos respiratorios y cardiovasculares perinatales (en particular la dificultad respiratoria del recién nacido), las malformaciones congénitas (especialmente las malformaciones congénitas del corazón), los trastornos relacionados con la duración de la gestación, la influenza y la neumonía, y otras causas, que agrupan el resto. Sin embargo, dada la heterogeneidad de las causas de la mortalidad en menores de 5 años, el grupo residual denominado "otras" representa las tasas de mortalidad más altas en conjunto.

Referencias

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]

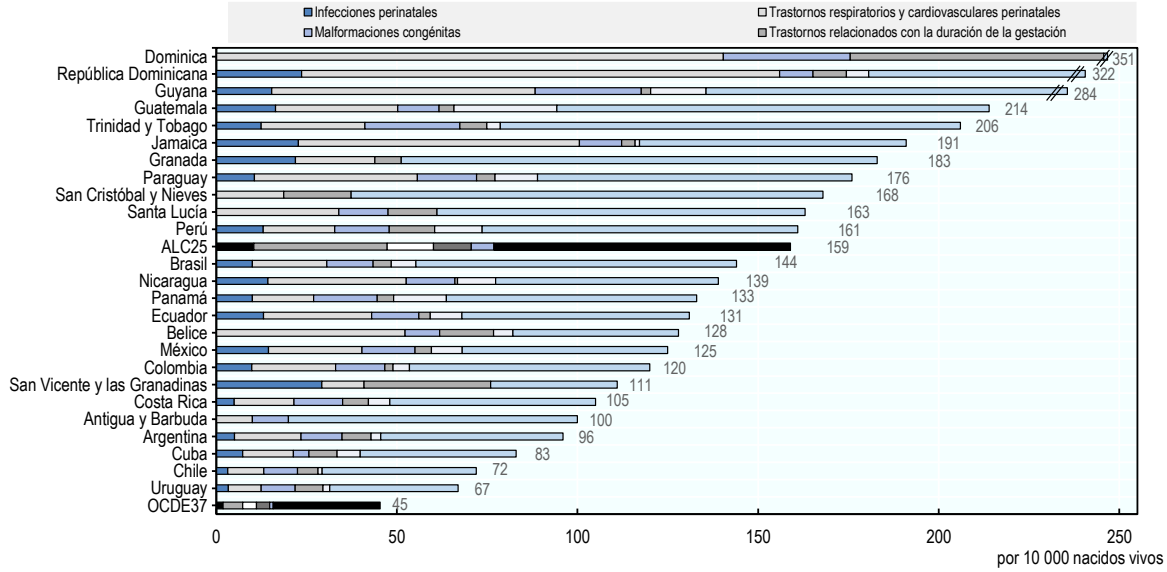
Figura 3.6. Tasas de mortalidad de menores de 5 años, 2010 y 2024



Nota: La etiqueta corresponde al último año disponible.
Fuente: Indicadores del Desarrollo del Banco Mundial en línea 2026.

StatLink https://stat.link/i386b7

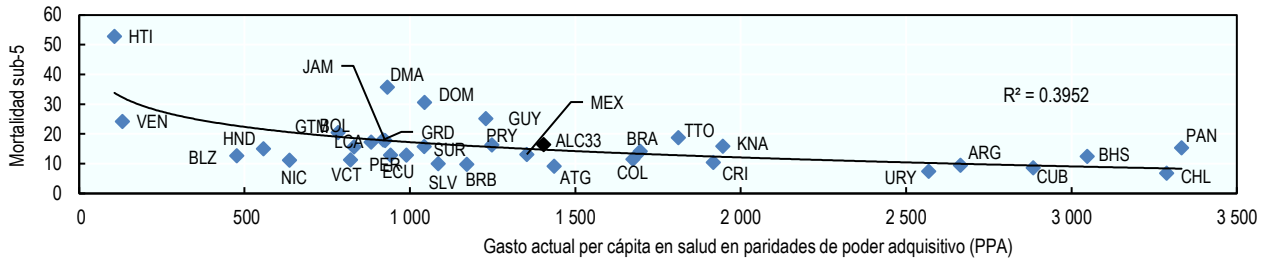
Figura 3.7. Mortalidad de menores de 5 años por causa específica por cada 10 000 nacidos vivos, 2023 (o último año disponible)



Nota: Las tasas totales de mortalidad de menores de 5 años por todas las causas se muestran en rojo.
Fuente: Base de datos de mortalidad de la OMS (2026) e Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial en línea 2026.

StatLink https://stat.link/3g978m

Figura 3.8. Mortalidad de menores de 5 años por cada 1 000 nacidos vivos y gasto corriente en salud en PPA, 2024 (o último año disponible)



Fuente: Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial en línea 2026.

StatLink https://stat.link/023hna

Mortalidad adolescente

La adolescencia es la fase de la vida entre la niñez y la adultez, de los 10 a los 19 años. Aunque la adolescencia suele considerarse una etapa saludable de la vida, se asocia con una mortalidad, una morbilidad y unas lesiones significativas, en gran medida debidas a causas prevenibles o tratables. Este período es particularmente crítico porque es cuando se establecen los patrones de conducta, ya sean protectores o nocivos, lo que aumenta los riesgos para la salud a corto y largo plazo (WHO, 2025[1]). La región de ALC tiene las segundas tasas de mortalidad adolescente más altas del mundo, con aproximadamente 106 millones de adolescentes viviendo en la región en 2022 (The Lancet Child & Adolescent Health, 2022[2]).

En 2023, la tasa de mortalidad adolescente fue de 2,3 muertes por cada 1 000 en la OCDE, mientras que el promedio en los países de ALC fue de 5,8 (Figura 3.9). Chile, Antigua y Barbuda, Barbados, Cuba y Costa Rica alcanzaron tasas inferiores a 4 muertes por cada 1 000 personas de 10 a 19 años. En contraste, las tasas de mortalidad en Venezuela y Haití alcanzaron 10,4 y 10,7 muertes por cada 1 000. Si bien la República Dominicana tuvo la tercera tasa más alta de mortalidad de menores de 5 años, el país alcanzó tasas de mortalidad adolescente por debajo del promedio de ALC. Si bien la mortalidad adolescente ha disminuido sustancialmente en un promedio del 34,4% en los países de ALC entre 2010 y 2023, en comparación con la reducción del 16,4% de la OCDE, el progreso ha sido desigual entre países. Países como Bahamas, El Salvador y Antigua y Barbuda reportaron un descenso de más del 35%, mientras que en San Vicente y las Granadinas la tasa aumentó un 30% y en Cuba un 16%.

Existen amplias disparidades de género en la mortalidad adolescente en la región de ALC, con los niños teniendo un 106% más de probabilidades de morir que las niñas, en comparación con el 73% en los países de la OCDE en 2023. En los países de ALC, las tasas medias de mortalidad adolescente fueron de 1,4 por cada 1 000 entre las adolescentes más jóvenes y de 2,3 por cada 1 000 entre las adolescentes mayores (Figura 3.10). Las tasas más altas para las adolescentes mayores se observaron en Haití, Guyana y Surinam, con 4,7, 3,6 y 3,4 por cada 1 000, respectivamente. Haití también tiene la tasa más alta de mortalidad de adolescentes jóvenes, con 3,5 muertes por cada 1 000, seguido de Honduras, San Vicente y las Granadinas, Granada y El Salvador, con más de 2 muertes por cada 1 000. Honduras, Granada y El Salvador tienen tasas de mortalidad de adolescentes mayores por debajo del promedio de ALC de 2,3, pero una alta mortalidad de adolescentes jóvenes. Los distintos patrones de mortalidad entre los dos grupos de edad adolescente sugieren causas de muerte diferenciadas, donde las infecciones respiratorias bajas y las anomalías congénitas son más comunes en el primer grupo, y los accidentes y lesiones, el autolesionismo y la violencia interpersonal son las principales causas en el segundo (WHO, 2024[3]).

En los países de ALC, los adolescentes hombres mayores tienen un 193% más de probabilidades de morir que los adolescentes hombres más jóvenes. Venezuela, Ecuador, Saint Kitts y Nevis, y Haití tienen las tasas de mortalidad más altas entre los adolescentes mayores, superando las 8 muertes por cada 1 000 (Figura 3.10). Entre los adolescentes hombres más jóvenes, las tasas de mortalidad más altas, superiores a 3 por cada 1 000, se observan en Haití, San Vicente y las Granadinas, Honduras y Granada.

La adolescencia representa un período crítico para configurar la salud y el bienestar en la adultez; sin embargo, sigue estando subrepresentada en las políticas nacionales. También es durante la adolescencia cuando emergen las diferencias por sexo, con los niños experimentando una mayor mortalidad por violencia, ahogamientos y accidentes de tránsito, y las niñas siendo más afectadas por el suicidio y por afecciones maternas causadas por las altas tasas de natalidad adolescente. Las intervenciones bajo la Acción Mundial Acelerada para la Salud de los Adolescentes (AA-HA!) incluyen programas de prevención de la violencia en el ámbito escolar orientados a reducir la violencia interpersonal. También consideran servicios de salud sexual receptivos a los adolescentes que eliminan el estigma en torno a la anticoncepción y mejoran la atención prenatal y del parto calificada para reducir la mortalidad materna entre las adolescentes (UNCF, 2022[4]).

Definición y comparabilidad

Los adolescentes más jóvenes son aquellos de 10 a 14 años, y los adolescentes mayores, aquellos de 15 a 19 años. La tasa de mortalidad en la adolescencia temprana se define como la probabilidad de que un adolescente de 10 años en un año específico muera antes de cumplir los 15 años. La tasa de mortalidad en la adolescencia tardía se define como la probabilidad de que un adolescente de 15 años en un año específico muera antes de cumplir los 20 años. Las estimaciones provienen del registro civil, los censos y las encuestas. Véase el indicador "Mortalidad infantil" para la definición de las razones de tasas.

Referencias

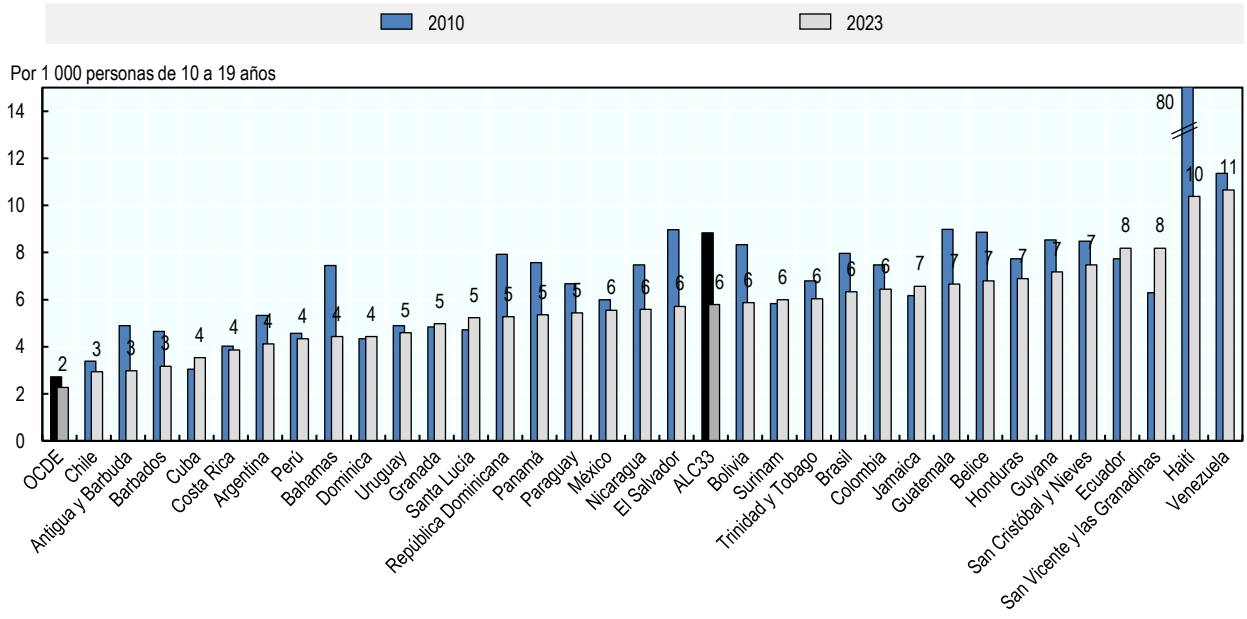
The Lancet Child & Adolescent Health (2022), *Adolescence in Latin America and the Caribbean*, https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00282-6. [2]

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]

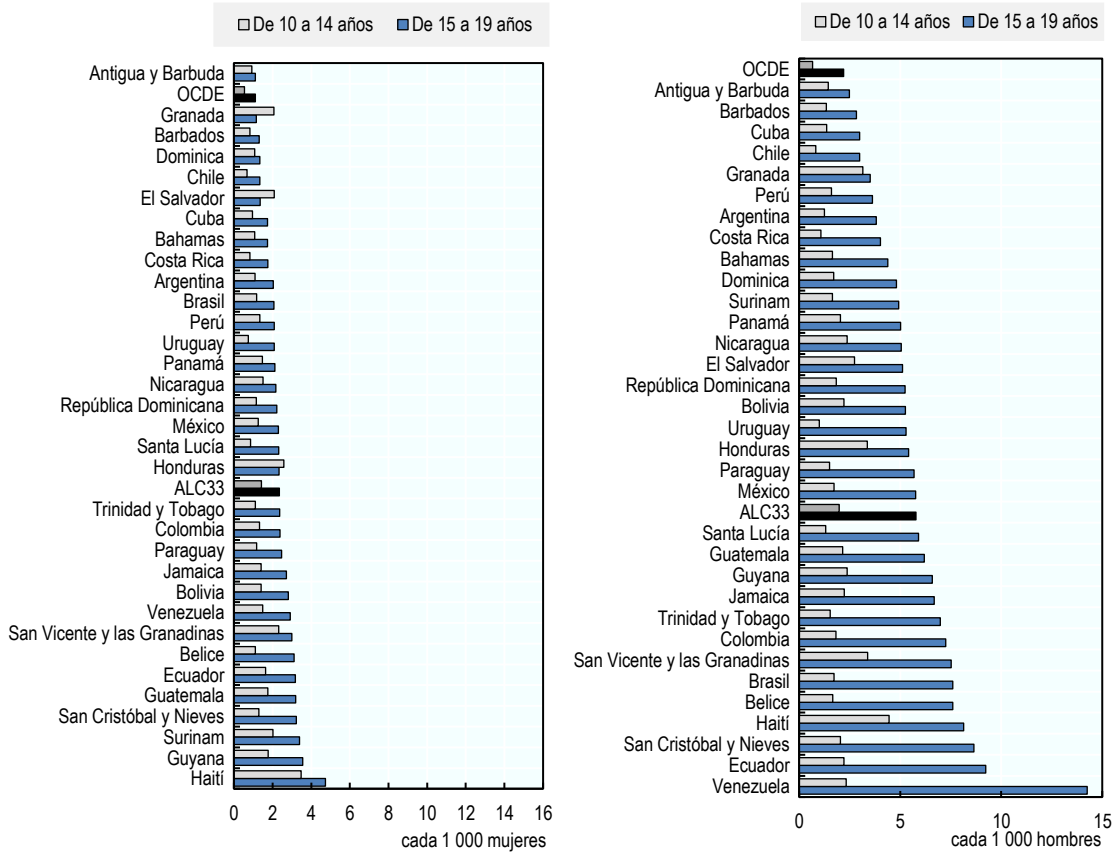
Figura 3.9. Tasas de mortalidad adolescente, 2010 y 2023



Fuente: OMS GHO 2025.

StatLink https://stat.link/ykud9j

Figura 3.10. Tasa de mortalidad adolescente, por cada 1 000 mujeres y hombres de 10 a 14 y de 15 a 19 años, 2023



Fuente: OMS GHO 2025.

StatLink https://stat.link/5bo3ac

Mortalidad por todas las causas

El desarrollo acumulado de los países está conduciendo a una «transición epidemiológica», por la cual las muertes tempranas son reemplazadas por muertes tardías, y las enfermedades transmisibles son sustituidas por enfermedades no transmisibles. Este es también el caso en ALC, donde la carga de las enfermedades no transmisibles entre los adultos —el grupo de edad económicamente más productivo— está aumentando rápidamente. Durante las últimas tres décadas, los países de ALC han experimentado importantes intervenciones de salud pública que, combinadas con el descenso de las enfermedades infecciosas y unas tendencias de salud estables, han contribuido a rápidas ganancias en las esperanzas de vida (Alvarez, Aburto and Canudas-Romo, 2019[1]). Sin embargo, la pandemia de COVID-19 ha perturbado este progreso, generando un aumento sustancial de la mortalidad, en particular en 2020 y 2021. A pesar de su inicio tardío en comparación con otras regiones, las estimaciones sugieren que ALC representó el 27% de las muertes mundiales por COVID-19 a principios de 2022, aunque hubo una heterogeneidad sustancial dentro de la región (OECD/The World Bank, 2023[2]).

Existen amplias disparidades en la mortalidad de adultos en la región de ALC. Para los hombres en 2022, la probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años osciló entre un mínimo de 98 por cada 1 000 habitantes en Chile y 281 por cada 1 000 en El Salvador y Haití (Figura 3.11). También superó los 250 por cada 1 000 habitantes en Guyana. Entre las mujeres, la probabilidad osciló entre 57 por cada 1 000 habitantes en Chile y 167 en Haití. En promedio, el 63,8% de las muertes en los países de ALC33 fueron entre hombres, siendo aproximadamente 1,76 veces más probable que murieran que las mujeres. En la mayoría de los países, las tasas de mortalidad de los hombres fueron una vez y media las tasas de las mujeres o más.

La mortalidad por todas las causas para los países de ALC25, utilizando datos medidos de la base de datos de mortalidad de la OMS, osciló entre menos de 500 por cada 100 000 habitantes en Chile, Costa Rica, Perú y Panamá, y más de 1 000 en Jamaica en 2023 (Figura 3.11). A partir de datos estimados, Haití también tuvo una tasa de mortalidad por todas las causas superior a 1 000 por cada 100 000 habitantes. Para ALC25, la mortalidad disminuyó en un promedio del 5,2% entre 2010 y 2019. Los mayores descensos se registraron en Chile, Panamá, Brasil y Trinidad y Tobago (más del 15% de descenso). Esta tendencia general decreciente de la mortalidad por todas las causas se ve perturbada por el aumento de la mortalidad vinculado a la pandemia de COVID-19, en particular en los países donde los datos más recientes disponibles eran de 2021 o 2020. La tasa media de mortalidad por todas las causas en ALC25 fue más del 58% más alta que el promedio entre los países miembros de la OCDE en 2023. Entre estos países, la mortalidad aumentó en un promedio del 7,4% entre 2019 y 2023, con Dominica, Jamaica y Saint Kitts y Nevis registrando los aumentos más pronunciados durante este período (27,1%, 25,9% y 24,1% de aumento, respectivamente). En comparación, la mortalidad por todas las causas para el resto de los países de ALC se captó con datos estimados del IHME. En estos países, la mortalidad disminuyó en un promedio del 1,5% entre 2019 y 2023.

Las enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares y los cánceres, fueron las causas de muerte más comunes, siendo responsables de casi el 75,9% de todas las muertes, en promedio, en los 33 países de ALC en 2023 (Figura 3.12; véanse también la sección «Mortalidad por enfermedades cardiovasculares» y la sección «Mortalidad por cáncer» en el Capítulo 3). En los países miembros de la OCDE, el promedio fue más alto, del 85,3%. Las enfermedades transmisibles, como las infecciones respiratorias, las enfermedades diarreicas y la tuberculosis, junto con las afecciones maternas y perinatales, también siguieron siendo causas importantes de muerte en muchos países de la región de ALC, representando más del 14,1% de las muertes en 2023 para los 33 países de ALC. El 9,95% restante de las muertes se atribuye a lesiones y violencia.

Definición y comparabilidad

Mortality rates are calculated by dividing annual numbers of deaths by mid-year population estimates. Rates have been age-standardised using population data from the four OECD ALC countries as standard population. The WHO mortality database uses country civil registration and vital statistics systems from each country, only accounting for medically certified deaths. However, complete vital registration systems do not exist in many developing countries, and about one-third of countries in the region do not have recent data. Misclassification of causes of death is also an issue. When WHO measurements are prior than 2020, IHME estimates are used. Estimates from IHME are derived from mortality data collected up to the year 2017. The World Bank Development Indicators for adult mortality, reported as the probability of dying between 15 and 60 years of age (adult mortality rate), derive from life tables of the Human Mortality (HMD, 2025[3]).

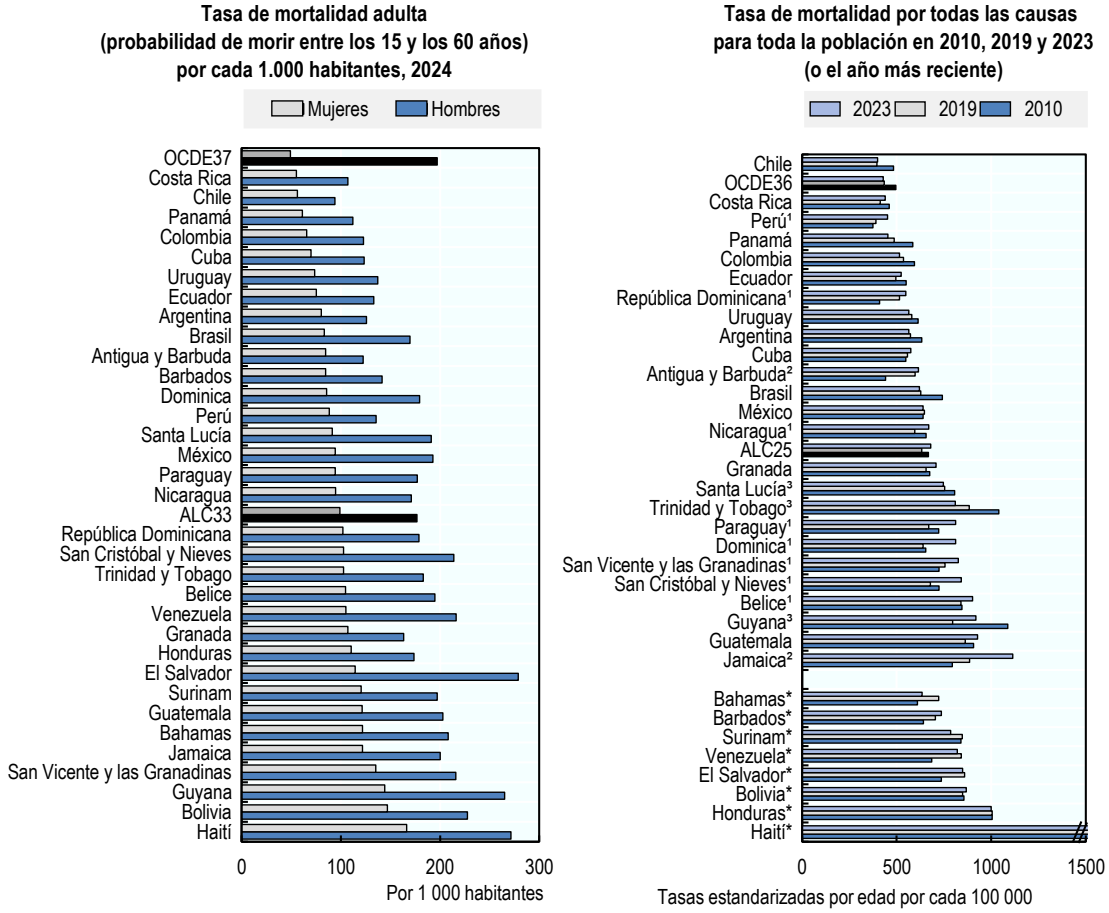
Referencias

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), *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/532b0e2d-en. [2]

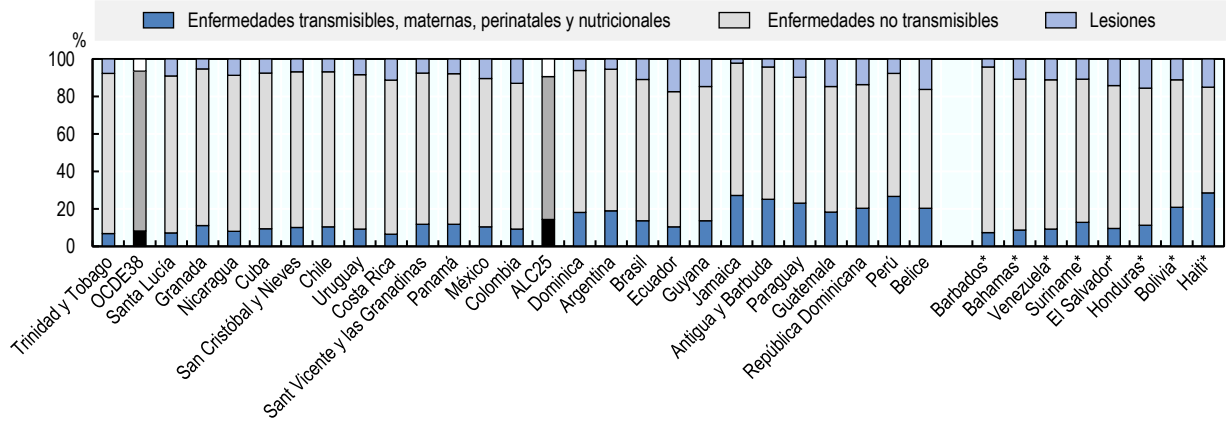
Figura 3.11. Tasa de mortalidad de adultos, 2024, y tasas de mortalidad por todas las causas, 2010, 2019 y 2023 (o último año disponible)



Nota: Panel derecho: * estimaciones del IHME. 1. Datos de 2022. 2. Datos de 2021. 3. Datos de 2020.
Fuente: Panel izquierdo: Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial en línea 2025. Panel derecho: Base de datos de mortalidad de la OMS (2026) y Carga Mundial de Morbilidad (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/s1wpth

Figura 3.12. Proporciones de muertes por todas las causas, 2023 (o año más cercano)



Nota: *estimaciones del IHME.
Fuente: Base de datos de mortalidad de la OMS (2026) y Carga Mundial de Morbilidad (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/jy71p9

Mortalidad por enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte a nivel mundial y causaron más de 2 millones de muertes en la Región de las Américas de la OMS en 2021, representando el 28% de todas las muertes (WHO, 2025[1]). Las ECV incluyen enfermedades del sistema circulatorio, principalmente la cardiopatía isquémica (CI), la enfermedad cerebrovascular y otras afecciones como las enfermedades hipertensivas y arteriales. La CI resulta de la acumulación de placa en las arterias coronarias, lo que restringe el flujo sanguíneo al corazón, mientras que las enfermedades cerebrovasculares afectan los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro e incluyen el accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico. La mayoría de las ECV están vinculadas a factores de riesgo que pueden controlarse, tratarse o modificarse.

Las ECV son la principal causa de muerte en la región de ALC. Con base en la base de datos de mortalidad de la OMS, la mortalidad media por ECV disminuyó en ALC25 (4%) y disminuyó en la OCDE (28,4%) entre 2010 y 2023 (Figura 3.13). Entre los países con datos medidos por la OMS, Dominica, Perú y Nicaragua han experimentado los mayores aumentos en las tasas de mortalidad por ECV, de más del +30% en el período. Notablemente, Guyana y Uruguay redujeron su mortalidad por ECV en un promedio del 40,7% y el 36,5%, respectivamente. Además, la COVID-19 puede haber contribuido directa e indirectamente a mayores tasas de muerte por enfermedades circulatorias en algunos países, debido a las perturbaciones de la atención aguda, primaria y preventiva (OECD, 2023[2]). La mortalidad por ECV en ocho países de ALC se basó en datos estimados del IHME. Estos países muestran un aumento del 9,4% en la mortalidad media por ECV entre 2010 y 2023, con Venezuela y El Salvador reportando los mayores aumentos, del 38,2% y el 27,4%, respectivamente.

La mortalidad por ECV muestra disparidades de género sustanciales en los 33 países de ALC, con tasas un 52% más altas entre los hombres que entre las mujeres. Entre los países de ALC25, la mortalidad masculina superó las 300 muertes por cada 100 000 habitantes en Jamaica, Trinidad y Tobago, Guyana, Nicaragua y San Vicente y las Granadinas en 2023 (Figura 3.13). Solo Perú, Chile, Uruguay y Costa Rica estuvieron por debajo del promedio de la OCDE para los hombres. Entre las mujeres, las tasas fueron más altas en Jamaica, Saint Kitts y Nevis, y San Vicente y las Granadinas, mientras que Chile tuvo la tasa más baja, junto con Perú, Uruguay, Costa Rica y Panamá por debajo del promedio femenino de la OCDE.

En conjunto, la CI y el accidente cerebrovascular comprenden el 61% de todas las muertes por ECV en los 25 países de ALC con datos medidos, similar al 56% en los países de la OCDE (Figura 3.14). Las muertes por CI representan más del 55% de todas las muertes por ECV en Nicaragua, México y Ecuador, en comparación con solo el 36% en los países de la OCDE. Esta proporción más alta puede explicarse principalmente por las demoras en el diagnóstico y el acceso limitado a las terapias de reperfusión u otros tratamientos efectivos. En contraste, en países como Antigua y Barbuda y Santa Lucía, la CI representa menos del 15% de todas las muertes por ECV. Las proporciones más bajas pueden reflejar diferencias en factores relacionados con el estilo de vida, como la dieta, la demografía de la población o un posible subregistro. En Santa Lucía y Jamaica, las muertes por enfermedades cerebrovasculares representan el 35% o más de todas las muertes por ECV, mientras que estas representan el 15% o menos en México, Nicaragua y Antigua y Barbuda. En contraste, en los 8 países de ALC con datos estimados, las muertes por CI y enfermedades cerebrovasculares representan el 79% de todas las muertes por ECV, con el 21% restante debido a otras enfermedades cardiovasculares.

En los países de ALC, las muertes por enfermedades cerebrovasculares son considerablemente más bajas que las debidas a la CI, pero sus consecuencias para la calidad de vida suelen ser más graves. Muchos pacientes con accidente cerebrovascular reportan una calidad de vida deteriorada debido al dolor y al malestar (Segerdahl et al., 2023[3]), mientras que la rehabilitación cardíaca después de un infarto de miocardio puede mejorar tanto la salud física como la mental (Kolarczyk et al., 2024[4]). A medida que las poblaciones envejecen y aumenta la multimorbilidad, el acceso oportuno a la atención cardíaca y a la rehabilitación será esencial para mejorar los resultados y la calidad de vida de los pacientes con ECV (OECD, 2022[5]).

Definición y comparabilidad

Véase el indicador "Mortalidad por todas las causas" en el Capítulo 3 para la definición, la fuente y la metodología que sustentan las tasas de mortalidad. De los 33 países de ALC, ALC25 se refiere a los 25 países con datos de mortalidad medidos disponibles en la Base de Datos de Mortalidad de la OMS, mientras que ALC8 se refiere a los países cuyos datos de mortalidad se basan en estimaciones del IHME.

Referencias

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]

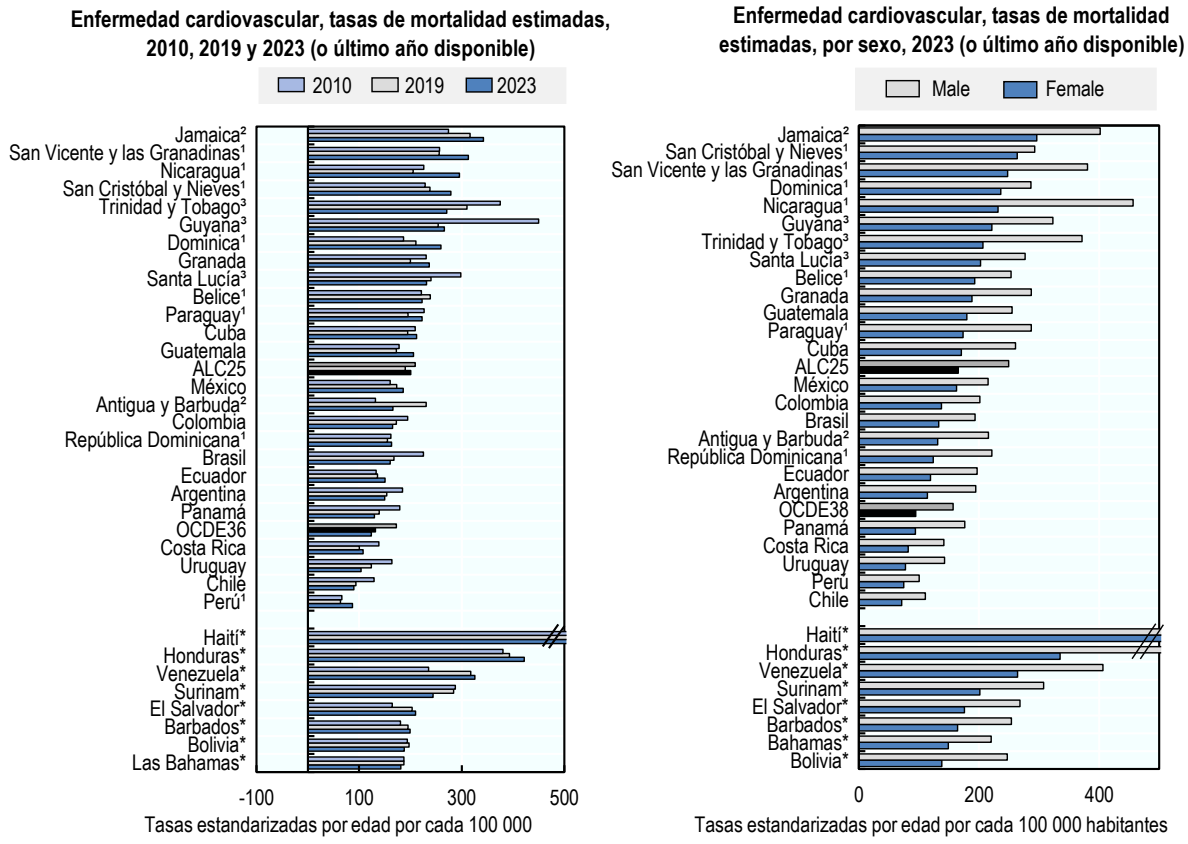
OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en. [2]

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]

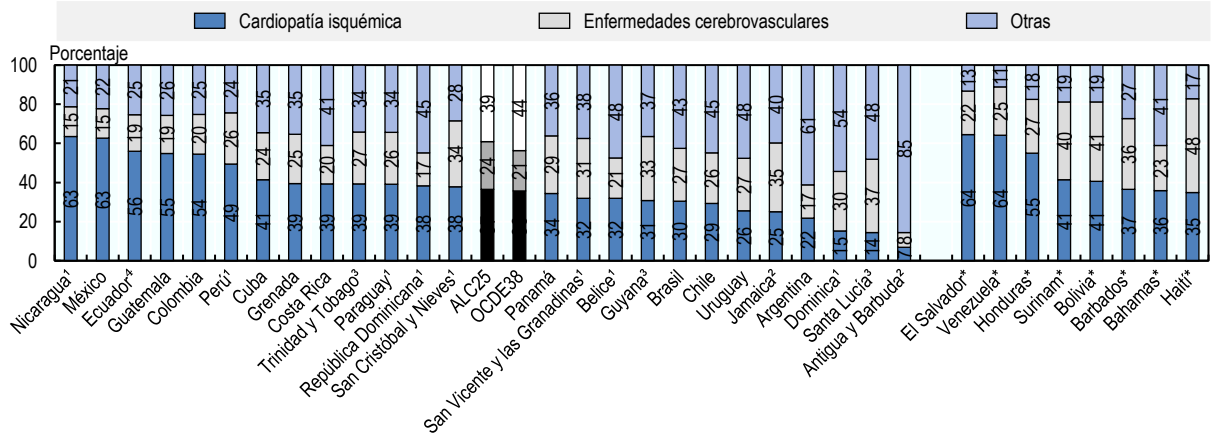
Figura 3.13. Tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares para 2010, 2019 y 2023 y por sexo



Nota: *estimaciones del IHME. 1. Datos de 2022. 2. Datos de 2021. 3. Datos de 2020.
Fuente: Base de datos de mortalidad de la OMS (2026) y Carga Mundial de Morbilidad (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/jeq4c2

Figura 3.14. Proporciones de muertes por tipo de enfermedad cardiovascular, 2023 (o año más cercano)



Nota: * estimaciones del IHME. 1. Datos de 2022. 2. Datos de 2021. 3. Datos de 2020. 4. Datos de 2024.
Fuente: Base de datos de mortalidad de la OMS (2026) y Carga Mundial de Morbilidad (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/2o3nx8

Mortalidad por cáncer

El cáncer es la segunda causa principal de muerte después de las ECV entre los países de ALC, produciendo más de 740 000 muertes en 2022 en la región (Ferlay J, 2024[1]). Solo entre el 5% y el 10% de todos los cánceres son hereditarios, lo que significa que los factores de riesgo modificables, como el tabaquismo, la obesidad, el ejercicio y las exposiciones ambientales, explican hasta el 90-95% de todos los casos de cáncer (Whiteman and Wilson, 2016[2]). La prevención, la detección temprana y el tratamiento siguen estando a la vanguardia de las herramientas para reducir la carga del cáncer.

La tasa media regional de mortalidad por cáncer en ALC33 fue de 116,2 por cada 100 000 habitantes en 2023, considerablemente más alta que el promedio de la OCDE de 107 (Figura 3.15). Entre los 25 países de ALC para los que se disponía de datos de mortalidad de la OMS, las muertes por cáncer fueron menos comunes en la República Dominicana, Nicaragua, México, Guatemala, Ecuador y Panamá, con tasas inferiores a 80 muertes por cada 100 000 habitantes, y más altas en Saint Kitts y Nevis, Jamaica y San Vicente y las Granadinas, con más de 145 muertes por cada 100 000 habitantes. La mortalidad general por cáncer ha disminuido en la región de ALC25 en un 4% desde 2010, muy por debajo del descenso del 18% observado en los países de la OCDE. Saint Kitts y Nevis y San Vicente y las Granadinas experimentaron los mayores aumentos de la región, del 41,6% y el 35,2%, respectivamente. Las tasas de mortalidad por cáncer fueron más altas en hombres que en mujeres en todos los países de ALC33, excepto Perú, en 2023 (Figura 3.15). Si bien la mortalidad general por cáncer entre las mujeres es similar entre los países de la OCDE y de ALC25, la razón de mortalidad por cáncer hombre-mujer es más alta en los países de la OCDE, de 1,50, en comparación con 1,40 en los países de ALC25. En ALC25, las tasas más altas de mortalidad masculina por cáncer se observaron en Saint Kitts y Nevis y Jamaica, con 247,9 y 208,6 muertes por cada 100 000 habitantes, respectivamente. Entre las mujeres, las tasas más altas se reportaron en Dominica y Saint Kitts y Nevis, ambas superando las 120 muertes por cada 100 000 habitantes.

En 2023, los cánceres de próstata, colorrectal y de pulmón, incluidos también la tráquea y los bronquios, fueron las principales causas de mortalidad por cáncer en la región de ALC25, representando el 13,4%, el 9,5% y el 9,3% de todas las muertes por cáncer, respectivamente (Figura 3.16). En los países de la OCDE, el patrón fue diferente, con los cánceres de pulmón, colorrectal y de mama liderando la mortalidad por cáncer, representando el 18,3%, el 11,1% y el 6,9% de las muertes por cáncer, respectivamente. En comparación con los países de la OCDE, el cáncer colorrectal y de pulmón representó una proporción menor de las muertes por cáncer en ALC25, mientras que los cánceres de próstata y cervical representaron una proporción mayor. Esta mayor proporción de cáncer de próstata y cervical puede explicarse por una detección temprana limitada, una menor cobertura de vacunación contra el VPH y demoras en el tratamiento. El cáncer de próstata representó más del 25% de las muertes por cáncer en Granada, Dominica y Saint Kitts y Nevis. La mortalidad por cáncer colorrectal es más prominente en algunos países de mayor ingreso como Chile, Costa Rica, Argentina, Uruguay y Trinidad y Tobago, representando más del 12% de las muertes por cáncer. Para el cáncer de pulmón, la distribución varió considerablemente entre los países de ALC25, desde más del 15% de las muertes por cáncer en Cuba y Uruguay hasta menos del 5% en Dominica, Antigua y Barbuda y San Vicente y las Granadinas. El cáncer de mama representa una mayor proporción de muertes en Granada, Dominica, Jamaica, Trinidad y Tobago, y Antigua y Barbuda (más del 11%), y una menor proporción en Perú y Guatemala (por debajo del 6%). Las muertes por cáncer de estómago representan proporciones más altas en Guatemala, Ecuador y Perú (más del 13% de todas las muertes por cáncer) y las más bajas en Antigua y Barbuda (por debajo del 2%). La mortalidad por cáncer de hígado representó menos del 8% de las muertes por cáncer en todos los países de ALC25, excepto en Guatemala y Nicaragua, donde representó el 20,9% y el 11,6%, respectivamente. Por último, el cáncer cervical es responsable de más del 11,6% de las muertes por cáncer en Haití, significativamente más alto que el promedio de ALC33 del 5,3%.

Para abordar la creciente carga del cáncer, se necesitan urgentemente intervenciones focalizadas e impulsadas por la equidad, incluidos tratamientos basados en evidencia, el diagnóstico temprano y programas de tamizaje efectivos (Piñeros et al., 2022[3]). Además, las brechas significativas en las muertes prevenibles por cáncer con respecto a la OCDE indican que la planificación del control del cáncer en la región de ALC será más efectiva y eficiente al focalizar los factores de riesgo como el tabaquismo, la actividad física y el sobrepeso/obesidad.

Definición y comparabilidad

Véase el indicador "Mortalidad por todas las causas" en el Capítulo 3 para la definición, la fuente y la metodología que sustentan las tasas de mortalidad. De los 33 países de ALC, ALC25 se refiere a los 25 países con datos de mortalidad medidos disponibles en la Base de Datos de Mortalidad de la OMS, mientras que ALC8 se refiere a los países cuyos datos de mortalidad se basan en estimaciones del IHME.

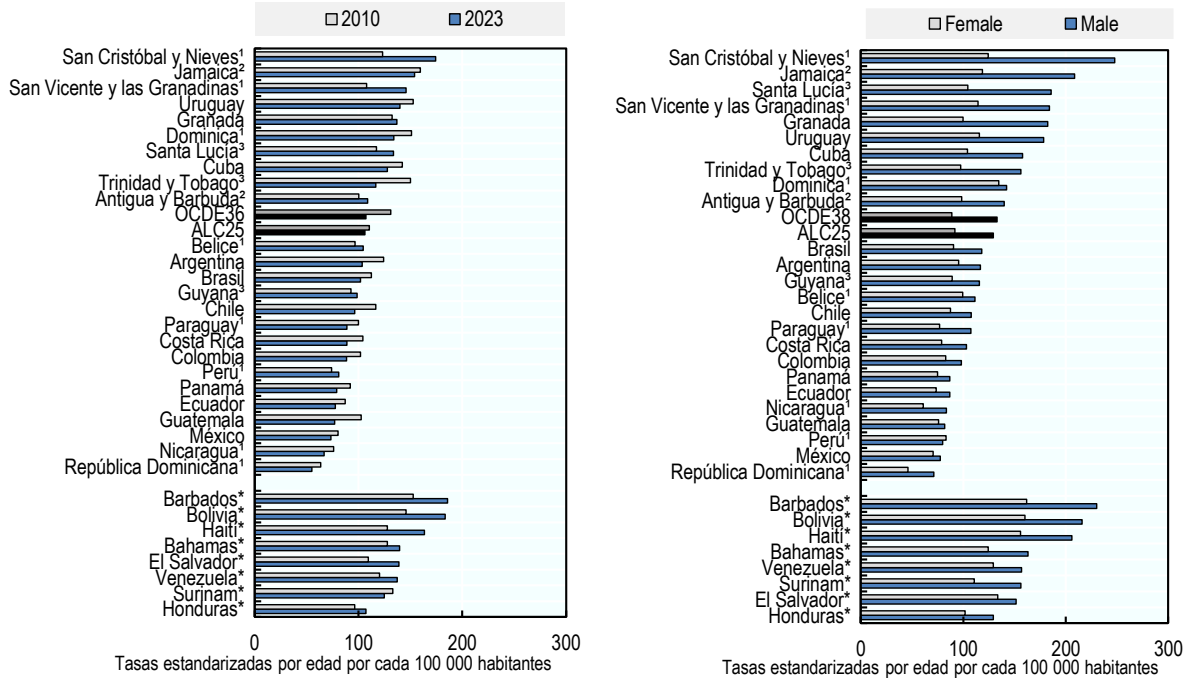
Referencias

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]

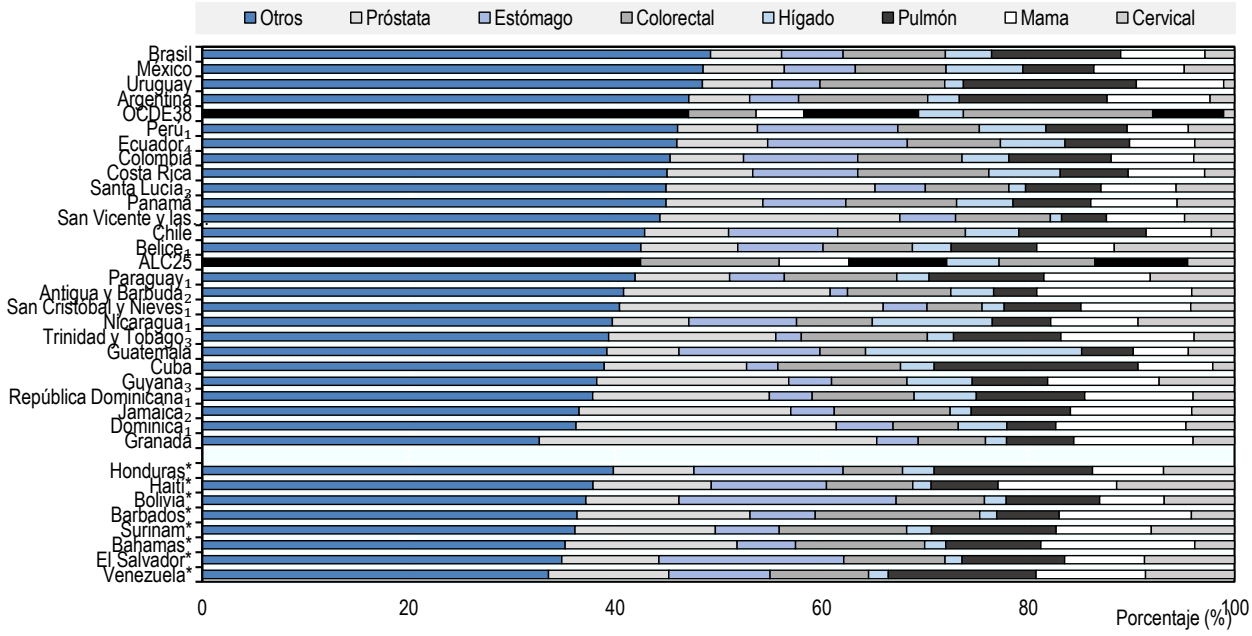
Figura 3.15. Tasas de mortalidad por cáncer en 2010 y 2023 (o último año disponible) y por sexo



Nota: * estimaciones del IHME. 1. Datos de 2022. 2. Datos de 2021. 3. Datos de 2020. 4. Datos de 2024.
Fuente: Base de datos de mortalidad de la OMS (2026) y Carga Mundial de Morbilidad (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/h9qv8k

Figura 3.16. Proporciones de muertes por cáncer, 2023 (o último año disponible)



Nota: *estimaciones del IHME. 1. Datos de 2022. 2. Datos de 2021. 3. Datos de 2020. 4. Datos de 2024. Los cánceres de pulmón incluyen los cánceres de tráquea, bronquios y pulmón.
Fuente: Base de datos de mortalidad de la OMS y Carga Mundial de Morbilidad (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/67ljid

Mortalidad por lesiones

Las lesiones son una causa importante, aunque en gran medida prevenible, de muerte y discapacidad en todos los grupos de edad, causando más de 650 000 muertes en las Américas en 2019 —alrededor del 9% de todas las muertes—, con riesgos que varían sustancialmente por país, causa, edad, sexo y grupo de ingreso (WHO, 2025[1]).

Los hombres tuvieron tasas de mortalidad por lesiones más altas que las mujeres en la región de ALC en 2023, con 96,3 muertes por cada 100 000 hombres y 22,2 muertes por cada 100 000 mujeres en ALC25, en comparación con 51,6 y 18,8 muertes por cada 100 000, respectivamente, entre los países de la OCDE (Figura 3.17). Santa Lucía muestra la mayor diferencia de género, con una tasa de mortalidad por lesiones más de nueve veces más alta entre los hombres que entre las mujeres, seguida de San Vicente y las Granadinas, con tasas más de ocho veces más altas. Por el contrario, Cuba y Antigua y Barbuda muestran las menores diferencias de género, con razones de género de muertes por lesiones de 2,5 en ambos países.

La violencia representó el 24,8% y los accidentes de tránsito el 19,8% de todas las muertes por lesiones en los países de ALC25, sumando más del 40% de las muertes por lesiones en 2023 (Figura 3.17). En los países de la OCDE, las mayores causas de muerte por lesiones fueron el 22,7% debido a caídas y el 21% autoinfligidas. Más del 40% de todas las muertes por lesiones podrían atribuirse a la violencia interpersonal en San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tobago, Ecuador y Colombia, mientras que la proporción más baja se observó en Jamaica, Chile, Cuba y Argentina, todas por debajo del 8% de todas las muertes por lesiones. En Uruguay, Nicaragua, Guyana y Chile, las muertes autoinfligidas superaron el 20% de todas las muertes por lesiones, y estuvieron por debajo del 6% en Dominica, Guatemala, Perú, Jamaica y San Vicente y las Granadinas. La mortalidad por caídas fue más alta en Cuba, representando el 30,82% de todas las muertes relacionadas con lesiones, y más baja en Antigua y Barbuda, donde no se registraron muertes. Los ahogamientos representaron la mayor proporción de la mortalidad por lesiones en Dominica, con un 10,64%, y la más baja en Antigua y Barbuda, donde no ocurrieron muertes por ahogamiento.

La mortalidad por lesiones debidas a la violencia muestra un aumento del 82,5% en los países de ALC23 entre 2000 y 2023, mientras que la OCDE tuvo, en cambio, un descenso del 34,9% (Figura 3.18). El mayor crecimiento se observó en Dominica, Antigua y Barbuda, San Vicente y las Granadinas, y Costa Rica, con más del 155%, mientras que el mayor descenso ocurrió en Colombia (64,4%), Brasil (59,1%) y Nicaragua (54,2%). Sin embargo, aunque Dominica aparece como un caso atípico en términos de crecimiento de la mortalidad por violencia, en términos absolutos el aumento equivale a solo 11 muertes adicionales por cada 100 000 entre 2000 y 2022 (ya que este es el último año disponible). La mortalidad por lesiones autoinfligidas en el período también aumentó en ALC23 en un 9,5%, en contraposición a la reducción del 18,9% en la OCDE. Paraguay muestra el mayor aumento, del 169,4%, y Santa Lucía exhibe el descenso más pronunciado, del 69,9%. Las muertes por accidentes de tránsito en ALC23 experimentaron un descenso del –5,4% entre 2000 y 2023, mientras que la OCDE mostró un descenso del 52,4%.

Los países de la OCDE han adoptado ampliamente el enfoque de «Sistema Seguro» para la seguridad vial, que combina la prevención, vehículos más seguros, una regulación más fuerte y la fiscalización. En ALC, sin embargo, las muertes por accidentes de tránsito han aumentado ligeramente durante las últimas dos décadas, a pesar de los esfuerzos mundiales de seguridad vial que pueden haber ayudado a moderar el aumento esperado vinculado a la creciente propiedad de vehículos. Fortalecer la gobernanza de la seguridad vial, invertir en infraestructura más segura y adoptar estándares internacionales de seguridad de los vehículos siguen siendo críticos para reducir las lesiones y las muertes, en particular entre los usuarios vulnerables de la vía (PAHO, 2024[2]).

Definición y comparabilidad

Véase el indicador "Mortalidad por todas las causas" en el Capítulo 3 para la definición, la fuente y la metodología que sustentan las tasas de mortalidad. De los 33 países de ALC, ALC18 o ALC15 se refiere a aquellos con datos de mortalidad medidos disponibles en la Base de Datos de Mortalidad de la OMS, mientras que los países restantes se basan en estimaciones del IHME.

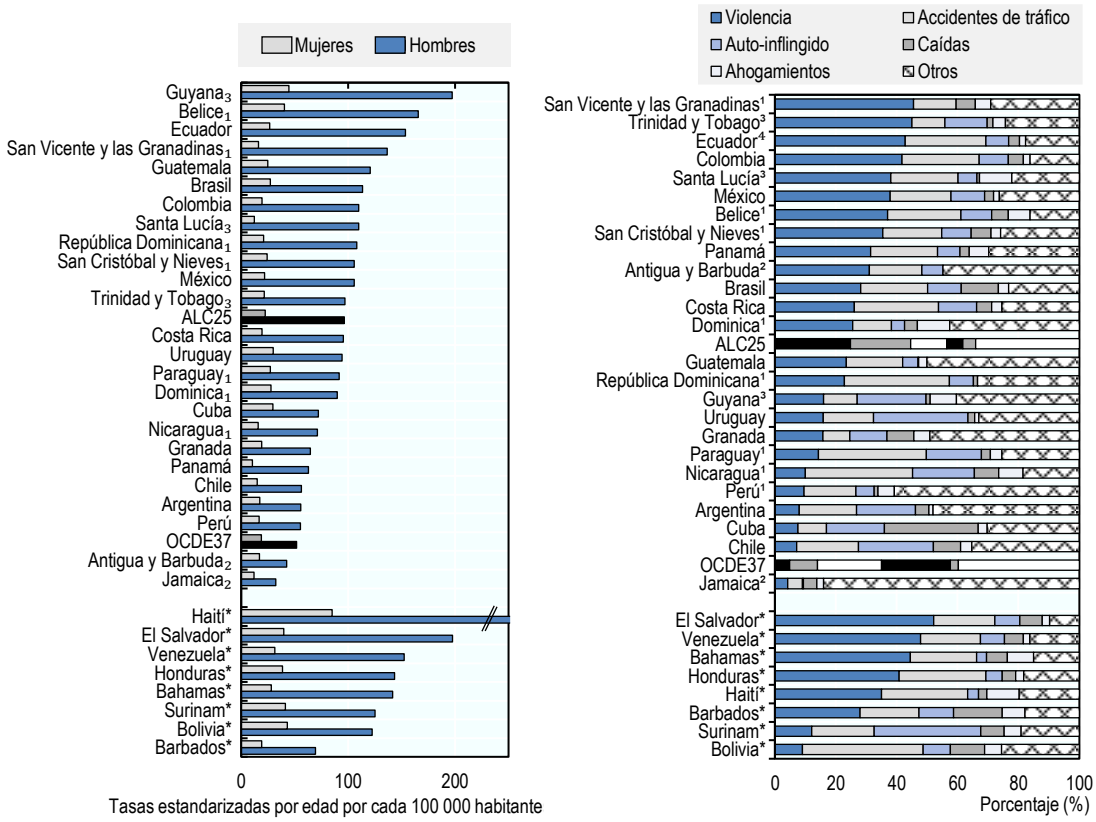
Las "otras" causas de muerte incluyen la exposición accidental a factores no especificados o la intoxicación accidental por sustancias nocivas y la exposición a estas, entre otras, y excluyen las muertes por violencia, caídas, ahogamientos, accidentes de tránsito y muertes autoinfligidas. Las muertes por lesiones cuya intención no está determinada se distribuyen proporcionalmente entre todas las causas por debajo del nivel de grupo correspondiente a las lesiones.

Referencias

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]

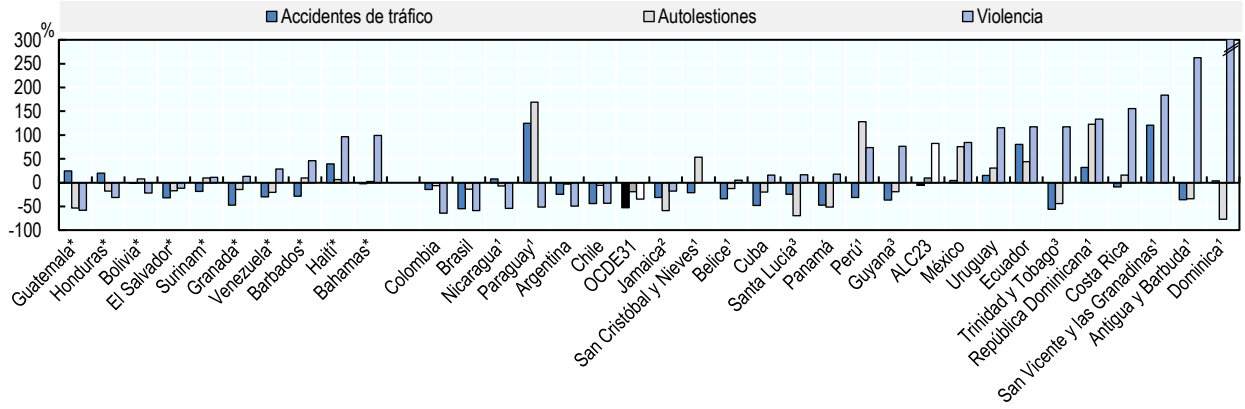
Figura 3.17. Mortalidad por lesiones, hombres y mujeres y por tipo, 2023 (o último año disponible)



Nota: *estimaciones del IHME. 1. Datos de 2022. 2. Datos de 2021. 3. Datos de 2020. 4. Datos de 2024.
Fuente: Base de datos de mortalidad de la OMS (2026) y Carga Mundial de Morbilidad (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/6cariu

Figura 3.18. Tasas de crecimiento de la mortalidad por accidentes de tránsito, autolesiones y violencia, 2000-2023 (o último año disponible)



Nota: * estimaciones del IHME. 1. Datos de 2022. 2. Datos de 2021. 3. Datos de 2020.
Fuente: Base de datos de mortalidad de la OMS (2026) y Carga Mundial de Morbilidad (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/trx4ks

Mortalidad materna

La mortalidad materna es un indicador importante del estado de salud de una mujer y del desempeño del sistema de salud. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecen una meta de reducir la razón mundial de mortalidad materna a 70 por cada 100 000 nacidos vivos para 2030.

En ALC, la razón de mortalidad materna (RMM) promedió 72 muertes por cada 100 000 nacidos vivos en 2023, sustancialmente más alta que el promedio de 10 muertes por cada 100 000 nacidos vivos en los países de la OCDE (Figura 3.19, panel izquierdo). Las estimaciones muestran a Chile con una de las RMM más bajas, de 10, mientras que Haití tuvo una de las más altas, de 328, seguido de Venezuela y Bolivia, con 227 y 146, respectivamente. A pesar de las altas tasas en ciertos países, se ha logrado una reducción del 33,3% en la mortalidad materna en la región de ALC entre 2000 y 2023, por debajo de la reducción del 37,6% en los países de la OCDE en el mismo período. En Nicaragua, Paraguay, Surinam y Chile, la RMM disminuyó alrededor del 70%. No obstante, durante el mismo período la RMM aumentó en 5 países, con Venezuela (163%), la República Dominicana (64,7%), Jamaica (58,9%) y Bahamas (48,1%) experimentando aumentos de más del 40% (Figura 3.19, panel derecho).

En 27 países de ALC, la mortalidad materna tiende a estar inversamente relacionada con la cobertura de atención calificada del parto; sin embargo, otros factores también podrían influir en la RMM (Figura 3.20). Doce países tuvieron una mayor cobertura de atención calificada del parto que el promedio de ALC y una menor razón de mortalidad materna (cuadrante superior izquierdo). Lo contrario fue cierto en 4 países (cuadrante inferior derecho). Sin embargo, en Cuba y Jamaica, la cobertura de atención calificada del parto fue la más alta, del 100%, que es un 3% superior al promedio de ALC, pero también tuvieron una RMM alta, de más de 170, lo que significa más del doble del promedio de ALC. Esto puede sugerir desafíos con la calidad de la atención. La mayoría de los países (20) tuvieron más del 97% de los partos atendidos por profesionales de la salud calificados. Sin embargo, persisten brechas sustanciales en la cobertura de atención calificada del parto en Bolivia (72%), México (88%) y Paraguay (91%), todos por debajo del promedio de ALC27.

Una mayor cobertura de atención prenatal (al menos cuatro visitas) está ligeramente correlacionada de manera inversa con las RMM (Figura 3.20). El cuadrante superior izquierdo del gráfico, que representa una alta cobertura de atención prenatal y bajas tasas de mortalidad materna, incluye 9 de los países de ALC22. Debido a que las tasas de mortalidad materna han disminuido significativamente en toda la región de ALC en general, es posible que ya no sean tan sensibles a variables que antes mostraban asociaciones fuertes. Bolivia y Jamaica tienen la RMM más alta, superior a 140 muertes por cada 100 000 nacidos vivos y más del doble del promedio de ALC22 de 62, con una cobertura de atención prenatal por debajo del 85%. Esto sugiere que estos países podrían reducir su RMM aumentando el número de visitas de atención prenatal. Sin embargo, es importante considerar la experiencia de países como Argentina, Antigua y Barbuda y Granada, que han alcanzado una RMM baja a pesar de una cobertura prenatal comparativamente más baja. Esto sugiere que factores adicionales, como asegurar el acceso a la salud materna para todas las mujeres, mejorar su calidad, y empoderar a las mujeres y a las comunidades para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, pueden tener un impacto positivo en la salud materna y en la prevención de la mortalidad materna evitable.

El riesgo de muerte materna puede reducirse mediante la planificación familiar, un mejor acceso a una atención prenatal de alta calidad, y la atención del parto y posnatal por profesionales de la salud calificados. Abordar las disparidades en la provisión de estos servicios esenciales de salud reproductiva a las poblaciones desatendidas debe incluirse en cualquier estrategia. Además, la agenda amplia de fortalecimiento de los sistemas de salud y de cobertura universal de salud, junto con la acción multisectorial (p. ej. la educación de las mujeres, el combate a la violencia), son cruciales para reducir las muertes maternas en la región de ALC (WHO et al., 2018[1]).

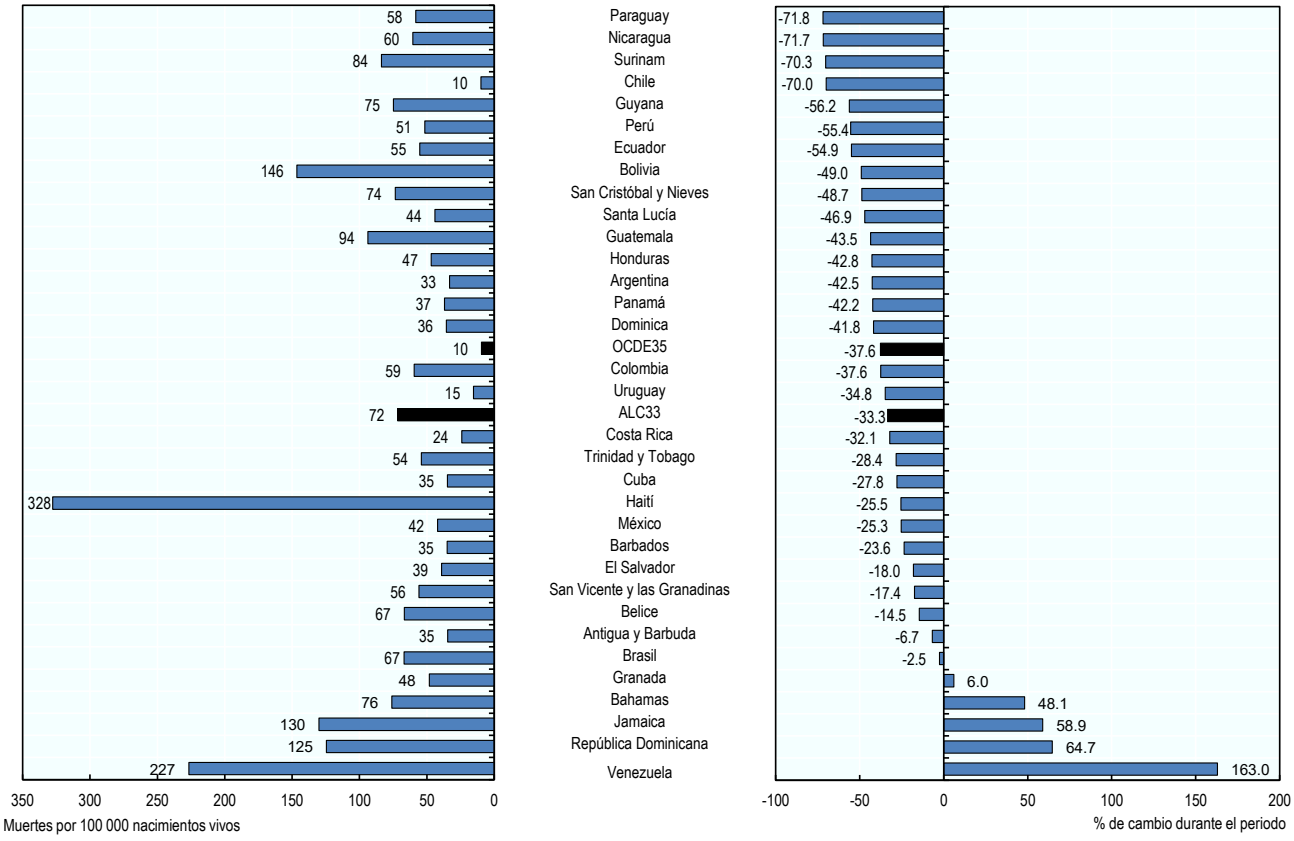
Definición y comparabilidad

La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo o el parto, o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por este o por su manejo, pero no por causas no intencionales o incidentales. Esto incluye las muertes directas por complicaciones obstétricas del embarazo, intervenciones, omisiones o tratamiento incorrecto. También incluye las muertes indirectas debidas a enfermedades preexistentes, o a enfermedades que se desarrollaron durante el embarazo, cuando estas se vieron agravadas por los efectos del embarazo. La mortalidad materna se mide aquí mediante la RMM. Es el número de muertes maternas durante un período determinado por cada 100 000 nacidos vivos durante el mismo período. Existen dificultades para identificar con precisión las muertes maternas. Muchos países de la región no cuentan con sistemas de registro vital precisos o completos, por lo que la RMM se deriva de otras fuentes, incluidos censos, encuestas de hogares, historias de hermanos, autopsias verbales y estudios estadísticos. Por lo tanto, las estimaciones deben tratarse con cautela. La figura 20 utiliza razones X e Y en comparación con el promedio de ALC. Estas muestran la distancia al promedio de ALC.

Referencias

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]

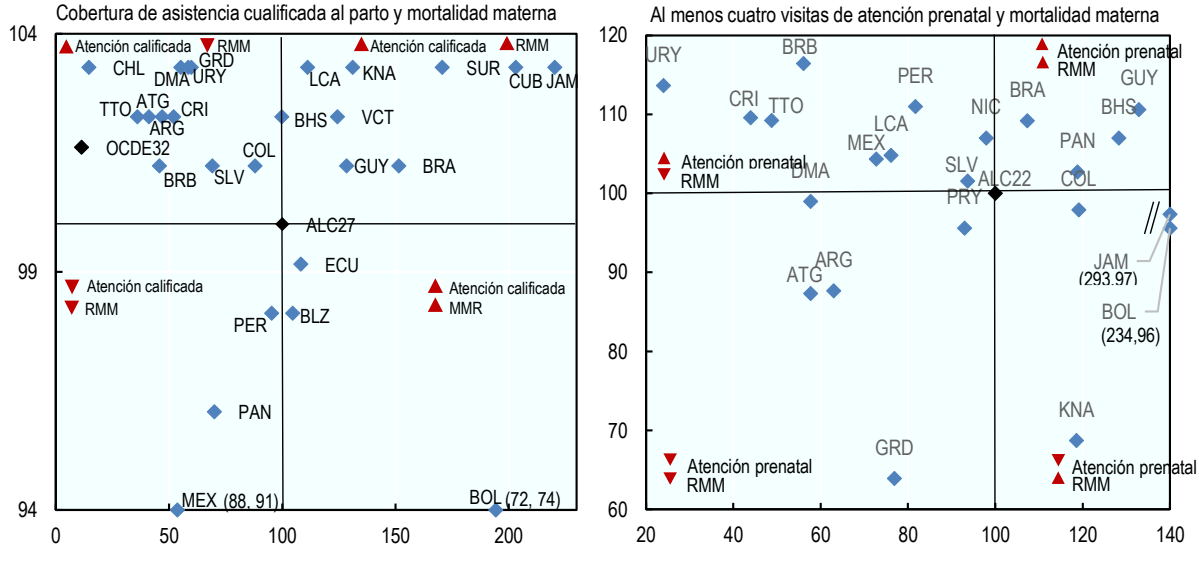
Figura 3.19. Razón de mortalidad materna estimada, 2023, y cambio porcentual desde 2000



Nota: Los valores de Costa Rica son de 2022.
Fuente: OMS GHO (2025), explorador de datos de la OCDE para los miembros de la OCDE y el promedio de la OCDE.

StatLink https://stat.link/hqdg0n

Figura 3.20. Asociación entre la mortalidad materna y la cobertura de atención calificada del parto (izquierda), la cobertura de atención prenatal (derecha), 2023 (o último año disponible)



Fuente: OMS GHO 2025.

StatLink https://stat.link/5arokw

Salud mental

Para que las personas lleven vidas saludables y productivas, es necesaria una buena salud mental. En la región de ALC, se espera que aproximadamente una de cada cuatro personas experimente un trastorno de salud mental durante su vida. La pandemia de COVID-19 tuvo un impacto sustancial en la salud mental de la población, sumándose a presiones existentes como la conectividad digital constante, el aislamiento social y la crisis climática. Las mujeres se ven desproporcionadamente afectadas por la ansiedad y la depresión, mientras que la tasa media de suicidio masculino en ALC sigue siendo considerablemente más alta que la de las mujeres (UNDP, 2025[1]).

La tasa media de prevalencia de depresión y síntomas depresivos en ALC33 fue de 3 753 por cada 100 000 habitantes en 2024, considerablemente más baja que la prevalencia de la OCDE de 4 130 por cada 100 000 habitantes (Figura 3.21). Dentro de la región de ALC, la prevalencia de depresión fue más alta en Chile, Trinidad y Tobago y Cuba, con más de 4 200 casos por cada 100 000, y más baja en Colombia, Nicaragua y Panamá, con menos de 2 900 casos por cada 100 000 habitantes. Aunque los datos de Colombia, Paraguay y Argentina se recopilaron a partir de cuestionarios de salud enviados a los países, se encontraron diferencias sustanciales en comparación con los datos del IHME, ya que los tres reportaron una prevalencia de menos de 2 300 por cada 100 000 habitantes. Estas diferencias podrían explicarse por el hecho de que las estimaciones del IHME de 2024 para la prevalencia de depresión se basan en datos de encuestas de salud hasta 2015 y en literatura científica con datos hasta 2022.

Las personas en los países de ALC ahora reportan niveles más altos de ansiedad que antes. En 2021, la prevalencia de ansiedad fue de 6 632,7 casos por cada 100 000 habitantes, mientras que en 2024 esta tasa aumentó a 7 173,7 casos por cada 100 000 en la región de ALC con base en estimaciones del IHME. La prevalencia media de ansiedad y síntomas de ansiedad en ALC es más alta que en los países de la OCDE, donde la prevalencia se sitúa en 6 659,4 casos por cada 100 000 habitantes (Figura 3.22). La ansiedad no se distribuye de manera uniforme en ALC, y oscila entre 4 820,0 casos por cada 100 000 en Panamá y 11 376 por cada 100 000 en Brasil.

En cuanto a las muertes por suicidio, ALC25 experimentó 7,1 muertes por cada 100 000 habitantes en promedio en 2023, por debajo del promedio de OCDE37 de 9,7 muertes por cada 100 000 habitantes. Solo Guyana, Uruguay, Cuba y Paraguay tuvieron tasas de muerte por suicidio por encima del promedio de la OCDE, con 25,9, 21,2, 11,2 y 10,1 por cada 100 000 habitantes, respectivamente, en 2023. San Vicente y las Granadinas y Jamaica tuvieron menos de 2 muertes por suicidio por cada 100 000 habitantes en 2023 (Figura 3.23). En general, la mortalidad autoinfligida ha aumentado en la región de ALC25 en un 11,7% desde 2010, en contraste con el descenso del 16,7% observado en los países de la OCDE. Granada y Paraguay experimentaron los mayores aumentos de la región, del 451,5% y el 135,9%, respectivamente. Sin embargo, aunque Granada aparece como un caso atípico en términos de cambio porcentual relativo en la mortalidad por autolesiones, en términos absolutos el aumento equivale a solo 4 muertes adicionales por cada 100 000 entre 2010 y 2023.

Los países de ALC podrían fortalecer los resultados de salud mental siguiendo las recomendaciones establecidas por la OPS. Estas incluyen aumentar la inversión en servicios de salud mental basados en la comunidad y promover alianzas y la colaboración entre ministerios gubernamentales, organismos, la academia y las organizaciones no gubernamentales en un enfoque de «todo el gobierno». El modelo de Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) en Perú, que descentraliza la atención psiquiátrica al nivel primario, es un buen ejemplo. Intervenciones adicionales involucran programas en el lugar de trabajo y estrategias de prevención del suicidio, y la incorporación de la salud mental y el apoyo psicosocial en los planes de preparación y respuesta ante emergencias. Por último, se destaca que mejorar la recopilación de datos es esencial para apoyar la formulación de políticas basadas en evidencia (PAHO, 2023[2]).

Definición y comparabilidad

La categoría de trastornos de depresión de la clasificación de enfermedades del GBD incluye el trastorno depresivo mayor y la distimia. Los trastornos de ansiedad se clasifican como una causa de Nivel 3 y no se subdividen en subtipos de Nivel 4. Las estimaciones del GBD se basaron en datos de prevalencia identificados mediante búsquedas sistemáticas de documentos publicados e inéditos, microdatos de encuestas, registros administrativos de encuentros de salud, registros y sistemas de vigilancia de enfermedades que están catalogados en el sitio web del Global Health Data Exchange (Neufeld, 2022[3]).

El registro del suicidio es un procedimiento complejo, afectado por factores como la forma en que se determina la intención, quién es responsable de completar el certificado de defunción y dimensiones culturales, incluido el estigma. Por lo tanto, se requiere cautela al comparar las tasas entre países. Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad se basan en el número de defunciones dividido por el tamaño de la población correspondiente. La fuente es la Base de Datos de Mortalidad de la OMS; los suicidios se clasifican con los códigos CIE-10 X60-X84 y Y870.

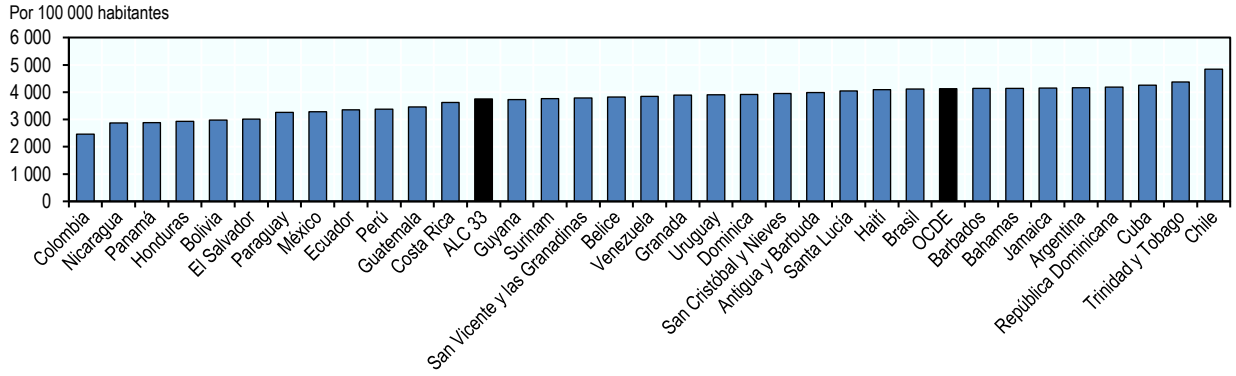
Referencias

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#:~:text=Mental%20health%20struggles%20are%20not,3%25%20of%20men%2C%20respectively. [1]

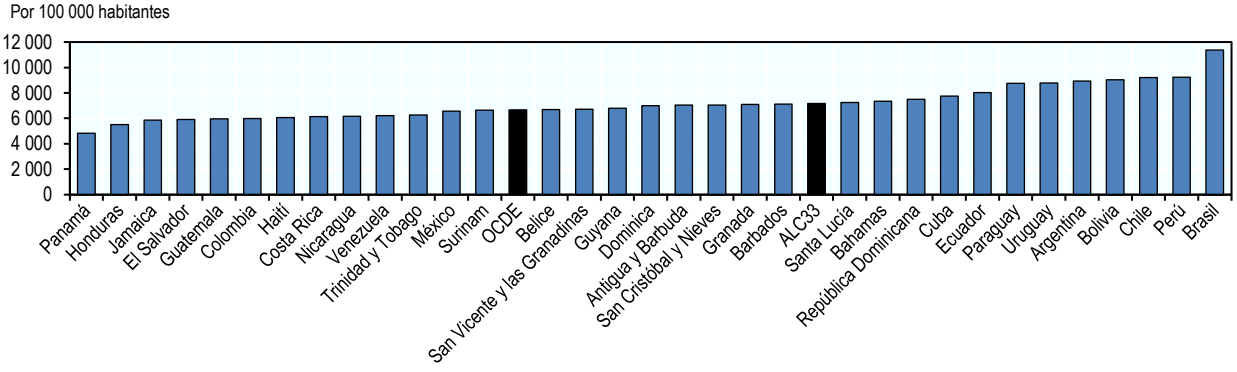
Figura 3.21. Estimaciones de la prevalencia de depresión o síntomas de depresión, 2024



Fuente: Carga Mundial de Morbilidad (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/748zmv

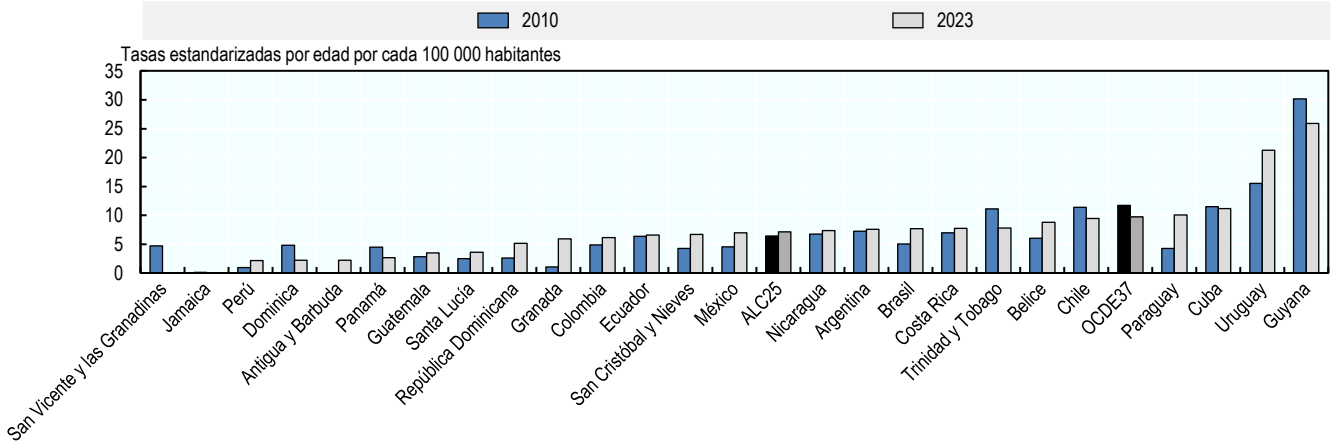
Figura 3.22. Estimaciones de la prevalencia de ansiedad o síntomas de ansiedad, 2024



Fuente: Carga Mundial de Morbilidad (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/q6ufz2

Figura 3.23. Muertes por lesiones autoinfligidas, 2010 y 2023 (o último año disponible)



Fuente: Base de datos de mortalidad de la OMS (2026).

StatLink https://stat.link/03fepn

Tuberculosis

A nivel mundial en 2024, el número total de casos nuevos de tuberculosis (TB) se estimó en 10,7 millones, de los cuales el 3,3% se observó en la región de las Américas de la OMS. El número de muertes por TB se estimó a nivel mundial en 1,08 millones, con las Américas experimentando un pico en 2022, seguido de un descenso en 2023 y una estabilización en 2024 (WHO, 2025[1]). La mayoría de los casos de TB son prevenibles si se diagnostican tempranamente y se proporciona un tratamiento apropiado. La TB fue declarada una emergencia sanitaria mundial por la OMS en 1993 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible prevén el fin de la epidemia para 2030.

La tasa de incidencia más alta se observó en Haití, Perú y El Salvador, con 175, 139 y 116 casos por cada 100 000 habitantes en 2024, respectivamente (Figura 3.24, panel izquierdo). Se reportaron tasas de incidencia bajas, en particular en la región del Caribe, con menos de dos casos por cada 100 000 habitantes en Santa Lucía, Antigua y Barbuda, Barbados, Saint Kitts y Nevis, y Granada. Los números más altos de casos confirmados de TB resistente a rifampicina (TB-RR) y TB multirresistente (TB-MDR) en 2024 se encontraron en Perú y Brasil, con 2 379 y 1 417 casos, respectivamente (Figura 3.24, panel derecho). Estos niveles son coherentes con las estrategias de búsqueda activa de casos de alta cobertura y de pruebas moleculares en ambos países. El menor número de casos resistentes se observó en los países del Caribe, incluidos Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados y Dominica, entre otros.

Los servicios de TB de alta calidad se han ampliado en los países de ALC; sin embargo, se encuentran grandes disparidades en la región. Las tasas de éxito del tratamiento fueron excelentes en Barbados, con un 100% de éxito, y en El Salvador, Cuba, Nicaragua y Costa Rica, con más del 85% de tasa de éxito. En contraste, la tasa de éxito del tratamiento es más baja en Jamaica, con un 38%, seguida de Santa Lucía, con un 50%, muy por debajo del promedio de ALC30 del 74% (Figura 3.25– panel izquierdo).

En general, la región de ALC está respondiendo a los desafíos que presenta la TB, con la incidencia y la mortalidad disminuyendo de manera constante desde 1990 a pesar de las disparidades regionales. La reducción media de la incidencia en la región de ALC entre 2000 y 2024 fue del 54%. El descenso más fuerte en este período se observó en Santa Lucía, Honduras y Jamaica, con más del 80% de reducción, mientras que en El Salvador la incidencia se duplicó, pasando de 58 a 116 casos por cada 100 000 habitantes entre 2000 y 2024 (Figura 3.25– panel derecho).

En 2023, la región de las Américas reportó un mayor número de casos de TB en comparación con los niveles prepandémicos; sin embargo, el 80% de los casos se concentró en ocho países (PAHO, 2025[2]). La lucha contra la TB-MDR requiere técnicas moleculares, incluidas pruebas de diagnóstico molecular rápido, métodos de cultivo o tecnologías de secuenciación, que a menudo no están disponibles en los países que más las necesitan. La iniciativa ShORRT (Regímenes Cortos, totalmente Orales, para la Tuberculosis Resistente a Rifampicina), alineada con las directrices de la OMS para el tratamiento de la TB-DR, se está implementando actualmente en algunos países de ALC, incluidos Argentina, la República Dominicana, Perú, Brasil y Ecuador. Estos regímenes de tratamiento cortos, modificados y totalmente orales ofrecen beneficios sustanciales al acortar la duración del tratamiento en comparación con las terapias estándar, mejorando así la adherencia del paciente. Su efectividad ya ha sido evaluada en la República Dominicana, donde las directrices nacionales se han actualizado en consecuencia (Rodríguez et al., 2025[3]). Sin embargo, la adopción de estos regímenes sigue siendo limitada en la región de ALC, y ampliar su implementación podría mejorar aún más el control regional de la TB-MDR.

Definición y comparabilidad

Tuberculosis (TB) is a contagious disease, caused by the *Mycobacterium tuberculosis* bacteria. It usually attacks the lungs but can also affect other parts of the body. TB spreads through the air when people with active disease cough, sneeze, talk or spit. Most infections in humans are latent and asymptomatic, with about one in ten latent infections eventually progressing to active disease. If left untreated, active TB kills between 20% and 70% of infected individuals within ten years depending on severity.

The TB incidence rate is the number of new cases of the disease estimated to occur in a year, per 100 000 population. The TB prevalence rate is the total number of persons with the disease at a particular time, per 100 000 population.

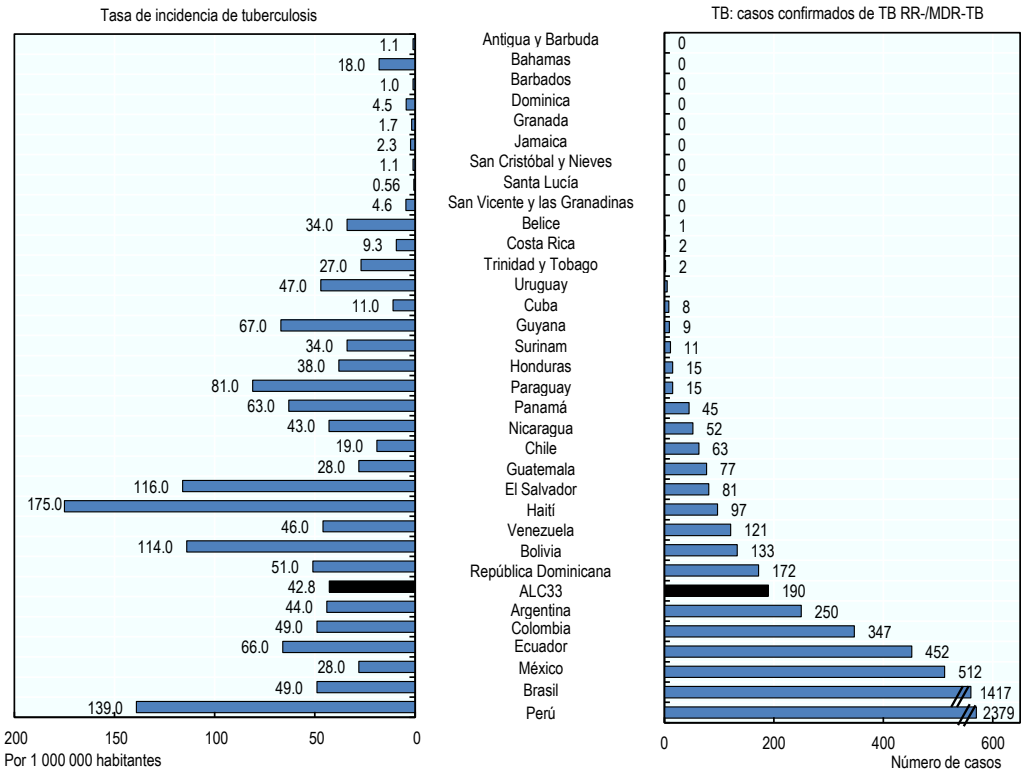
Referencias

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]

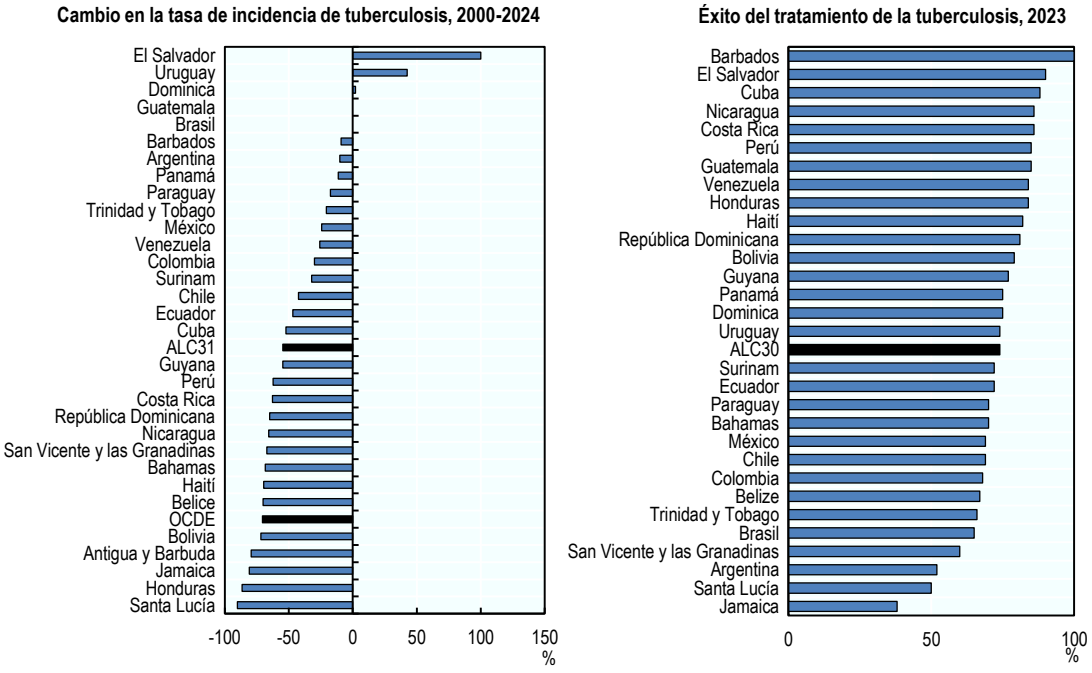
Figura 3.24. Tasa de incidencia de tuberculosis y casos confirmados de tuberculosis resistente a medicamentos, 2024



Fuente: OMS GHO 2025.

StatLink https://stat.link/jzedxg

Figura 3.25. Cambio en la tasa de incidencia de tuberculosis 2000-2024 y éxito del tratamiento de tuberculosis para casos nuevos, 2023 (o último año disponible)



Fuente: OMS GHO 2025.

StatLink https://stat.link/r9qhm2

VIH/sida

El VIH/sida ha tenido un impacto sustancial en la salud en la región de ALC desde principios de la década de 1980. La ONU ha establecido el objetivo de eliminar el sida como amenaza pública en el marco de los ODS para 2030, con una meta definida como la reducción del número de nuevas infecciones por VIH y de muertes relacionadas con el sida en un 90% en relación con 2010 (UNAIDS, 2014[1]).

En ALC26, la prevalencia en adultos de 15 a 49 años osciló entre el 0,2% en Guatemala y Honduras y el 1,6% en Haití, Surinam y Guyana en 2024 (Figura 3.26, panel izquierdo). Aunque la prevalencia general en la región es relativamente baja, el número de personas que viven con VIH supera los 2,1 millones en los países que reportan, la mayoría de las cuales vive en Brasil, con 1 100 000 personas, seguido de México con 400 000 y Colombia con 230 000 (Figura 3.26, panel izquierdo).

El acceso ampliado a la terapia antirretroviral (TAR) ha aumentado las tasas de supervivencia de las personas que viven con VIH, pero alrededor de la mitad de quienes son elegibles para el tratamiento del VIH en todo el mundo todavía no lo reciben. En ALC25, la cobertura estimada fue particularmente baja (<50%) en Surinam y Santa Lucía, mientras que es del 80% o más en Haití, Perú y Ecuador (Figura 3.27). Si bien algunos países con alta prevalencia (p. ej. Haití) están abordando el problema de la cobertura del tratamiento, la región sigue estando sustancialmente lejos del objetivo de tratar al 90% de las personas que viven con VIH/sida.

La tendencia de nuevas infecciones por VIH en los últimos años en la región de ALC ha aumentado en general un 10% entre 2010 y 2024. Sin embargo, los países del Caribe muestran una tendencia diferencial, ya que han logrado avances sustanciales en la reducción de nuevas infecciones por VIH desde 2010 (UNAIDS, 2024[2]). En 2024, más del 65% de las nuevas infecciones en la región de ALC se produjeron en Brasil, México y Venezuela, con Brasil representando por sí solo más de un tercio (42,3%) de las nuevas infecciones. Entre 2010 y 2024, Haití, Bahamas, Barbados y Ecuador redujeron las tasas de incidencia en más del 20% (Figura 3.27). Entre los países que reportan un aumento de la incidencia, Venezuela experimentó el mayor crecimiento, del 179%, seguido de Perú con el 51%, y Guatemala y El Salvador con más del 40%. Estos aumentos también se explican en parte por la expansión del acceso al diagnóstico y de los kits de autodiagnóstico.

Para cumplir las metas de VIH de ONUSIDA, alineadas con la meta 3.3 de los ODS sobre poner fin al sida como amenaza para la salud pública para 2030, debería ampliarse la disponibilidad de la profilaxis post exposición y del autodiagnóstico del VIH, mientras se mantiene el acceso a la PrEP (UNAIDS, 2024[2]). La rápida ampliación de la terapia antirretroviral (TAR) en ALC ofrece una oportunidad sin precedentes para implementar exitosamente intervenciones basadas en antirretrovirales para la prevención y el tratamiento, así como para integrar la TAR con otros servicios clave relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, incluido el abordaje de la hepatitis B y C, la tuberculosis, la provisión de agujas y jeringas limpias, la terapia asistida con medicamentos y las enfermedades no transmisibles. Los beneficios de la TAR y de los servicios integrados solo pueden realizarse plenamente si las personas que viven con VIH son diagnosticadas y vinculadas exitosamente a la atención. Esto requerirá esfuerzos focalizados para eliminar las barreras entre las poblaciones desproporcionadamente afectadas por el VIH/sida, incluidos los trabajadores sexuales, sus clientes, los hombres que tienen sexo con hombres, las personas transgénero y las personas que se inyectan drogas, junto con colaboraciones con partes interesadas y la sociedad civil a nivel nacional y subnacional (Bekker et al., 2018[3]).

Definición y comparabilidad

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus que destruye o deteriora las células del sistema inmunitario. A medida que avanza la infección por el VIH, la persona se vuelve más susceptible a las infecciones. El estadio más avanzado de la infección por el VIH es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Una persona infectada por el VIH puede tardar de 10 a 15 años en desarrollar SIDA, aunque los medicamentos antirretrovirales pueden ralentizar el proceso.

La prevalencia del VIH entre los adultos de 15 a 49 años se calcula como el número de personas de 15 a 49 años que se estima viven con el VIH dividido por el número total de personas de 15 a 49 años en el país en ese momento.

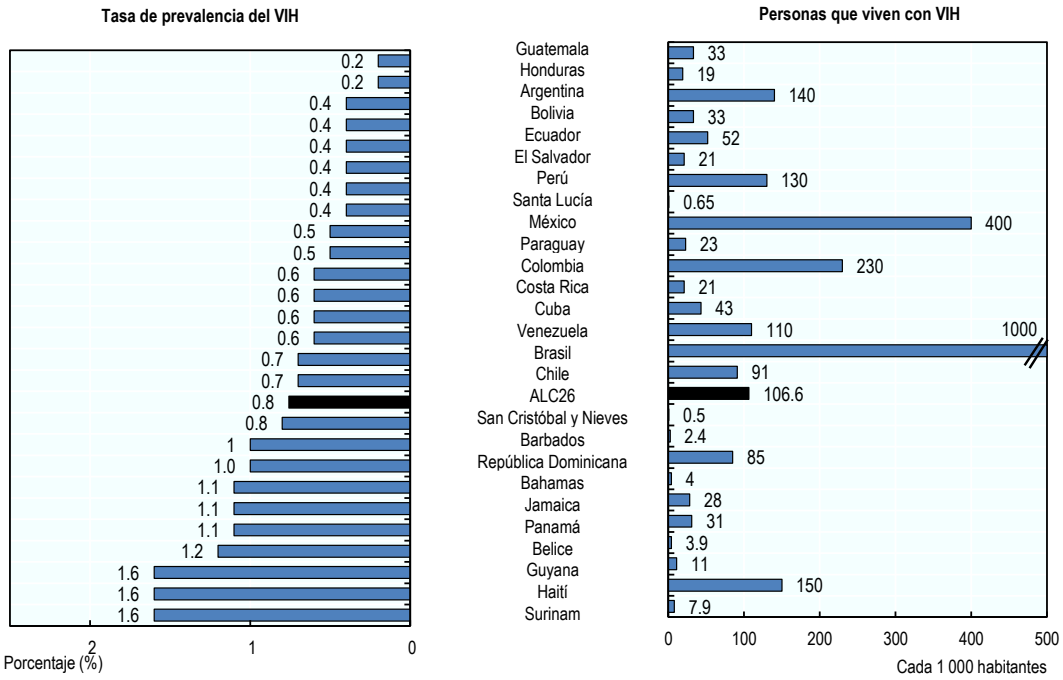
Referencias

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]

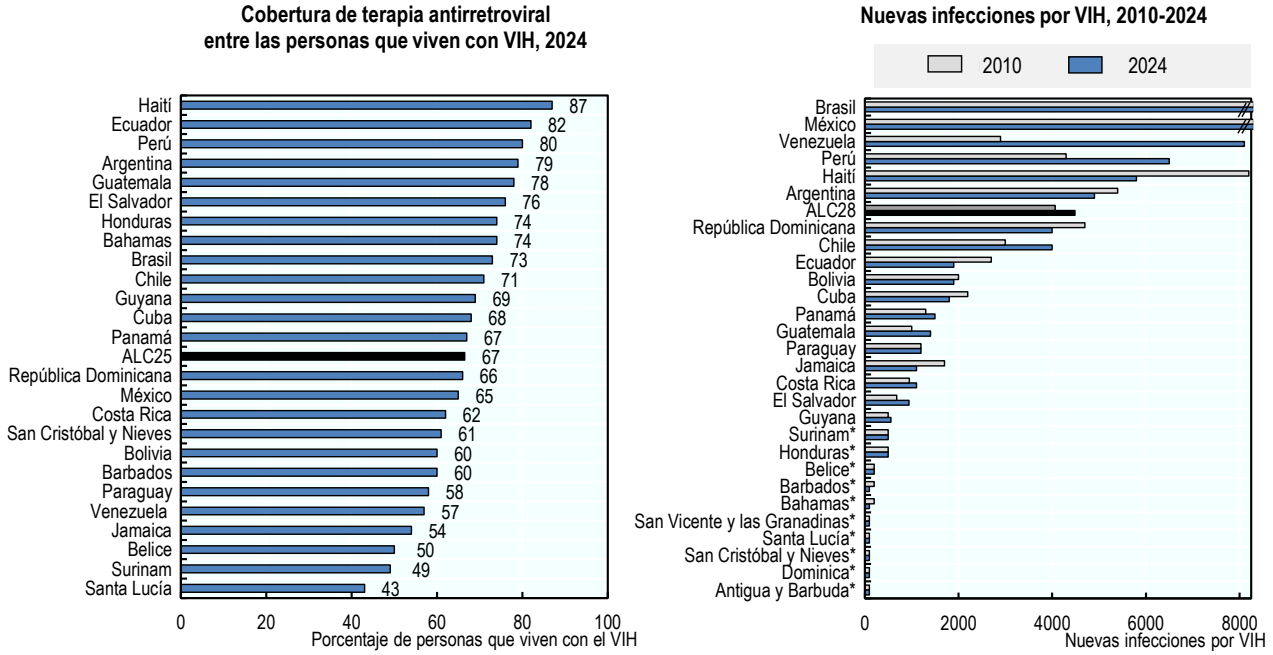
Figura 3.26. Tasa de prevalencia del VIH, porcentaje de adultos de 15 a 19 años, y personas que viven con VIH, número absoluto en miles, 2024



Fuente: OMS GHO 2025.

StatLink https://stat.link/j9hn6k

Figura 3.27. Cobertura de terapia antirretroviral entre las personas que viven con VIH (2024) y nuevas infecciones por VIH



Notas: En el panel izquierdo, solo se muestran los valores de 2024; * indica que el valor es «inferior a» la cifra mostrada. Brasil (22 000, 18 000) y México (55 000, 51 000) se truncaron en el panel izquierdo para los valores de 2024 y 2010, respectivamente.
Fuente: OMS GHO 2025, ONUSIDA 2025.

StatLink https://stat.link/s7blv0

Enfermedades transmitidas por mosquitos

La malaria, el dengue y el Zika son tres enfermedades que pueden transmitirse por las picaduras de mosquitos infectados. Están presentes en ALC con diversos grados de incidencia. La malaria es una enfermedad tropical causada por un parásito en el mosquito y provoca síntomas como fiebre, dolor de cabeza y vómitos. Como parte de las metas de los ODS, la ONU estableció el objetivo de poner fin a la epidemia de malaria para 2030. A nivel mundial, la incidencia de casos de malaria disminuyó un 25,6% entre 2000 y 2015; sin embargo, aumentó un 8,5% entre 2015 y 2024. En cuanto a las tasas de mortalidad, casi se redujeron a la mitad entre 2000 y 2015, pero el progreso se ha ralentizado desde entonces, con solo una reducción adicional del 7,4% durante los últimos 9 años (WHO, 2025[1]).

En la región de ALC, los esfuerzos de los países han reducido enormemente los nuevos casos de malaria, erradicándola casi o completamente en Argentina, Belice, El Salvador, Paraguay, Surinam, México, la República Dominicana, Ecuador, Guatemala, Honduras y Costa Rica, y además varios países ya no reportan datos de incidencia. Sin embargo, la región sigue siendo vulnerable a los brotes. La mayor incidencia de la región puede encontrarse en Guyana, con 43 casos por cada 1 000 habitantes en riesgo en 2023 (Figura 3.29, panel izquierdo). En 2023, Venezuela muestra el mayor número de muertes estimadas por malaria, con 118 personas muriendo en el país, seguido de Brasil, Haití y Guyana, con 73, 60 y 42 muertes, respectivamente (Figura 3.29, panel derecho).

El dengue es una infección viral causada por el mosquito Aedes aegypti y sigue siendo un problema de salud pública en las Américas a pesar de los esfuerzos de los países por prevenirlo y mitigarlo. El dengue causa una enfermedad grave similar a la gripe y a veces puede causar una complicación potencialmente letal llamada dengue grave. La incidencia del dengue en la región es heterogénea, pero ha aumentado en general en la región de ALC durante los últimos cuatro años. En algunos países, como Guyana, Brasil y Paraguay, el aumento ha sido de diez veces o más. Guyana tiene la incidencia más alta, con 5 572 casos por cada 100 000 habitantes, seguida de Brasil con 4 843 y Paraguay con 4 269 (Figura 3.29 – panel izquierdo). La letalidad de la enfermedad también varía, oscilando entre ninguna muerte reportada en 16 países de ALC, incluidos Bahamas, Chile y Cuba, entre otros, hasta el 3,2% de los casos resultando en muertes en Surinam, que es el país con la cuarta incidencia más baja (Figura 3.29 – panel derecho). Esto podría sugerir un subregistro de casos o limitaciones del sistema de salud.

La fiebre del Zika es una enfermedad viral causada por el virus del Zika transmitido por el mosquito Aedes aegypti, que consiste en fiebre leve, erupción cutánea, dolores de cabeza, artralgia, mialgia, astenia y conjuntivitis no purulenta. La incidencia del Zika es muy alta en Brasil, con 20,4 casos por cada 100 000 habitantes en 2024. Belice y Bolivia siguen con 7,43 y 2,15 casos por cada 100 000 habitantes. La alta incidencia reportada de Brasil puede reflejar en parte su capacidad de vigilancia y de laboratorio comparativamente fuerte para detectar infecciones por Zika en comparación con otros países de ALC que pueden subregistrar los casos. Varios países de la región no reportaron ningún caso de Zika en 2021 (Figura 3.30).

Las enfermedades transmitidas por mosquitos afectan de manera desproporcionada a las comunidades económicamente desfavorecidas, que carecen de métodos de prevención adecuados y de saneamiento e infraestructura modernos. Es esencial que los países aseguren un acceso equitativo a servicios de prevención y control de calidad entre estas comunidades para protegerlas de enfermedades transmisibles como la malaria, la chikunguña, el dengue y el Zika. La preparación y el control de brotes son cruciales para una prevención y respuesta adecuadas, para lo cual los países deberían desarrollar sus capacidades y recursos. El uso de mosquiteros tratados con insecticida y la fumigación residual intradomiciliaria con insecticidas son medidas preventivas importantes para que las poblaciones en riesgo eviten las picaduras de mosquitos, y aumentar la educación y la concienciación ayuda a asegurar que las comunidades sepan cómo protegerse.

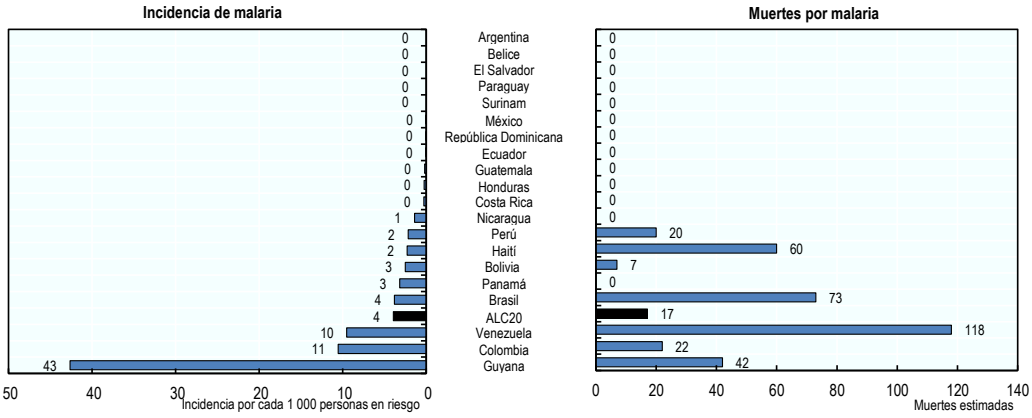
Definición y comparabilidad

El subregistro de casos y muertes por enfermedades transmitidas por mosquitos sigue siendo un desafío importante en los países con acceso inadecuado y limitado a los servicios de salud y con sistemas de vigilancia débiles. El número de muertes causadas por enfermedades transmitidas por mosquitos se estimó ajustando el número de casos reportados por la exhaustividad del reporte, la probabilidad de que los casos sean positivos para el parásito y el grado de uso de los servicios de salud. La población en riesgo se define como la población que vive en áreas donde ocurre la transmisión de la malaria.

Referencias

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]

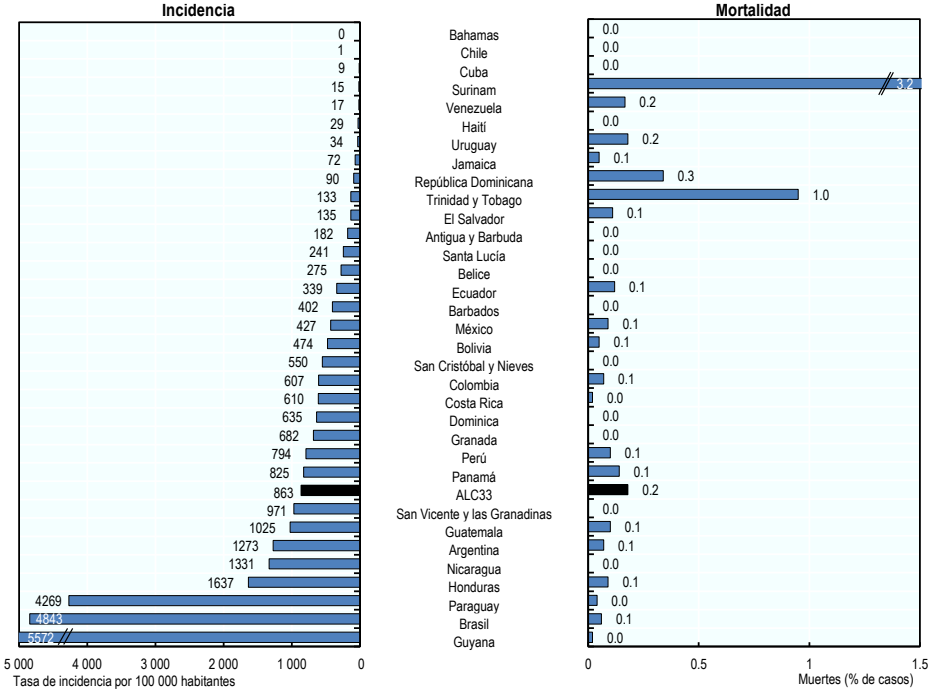
Figura 3.28. Incidencia de malaria y muertes estimadas, 2022-2023



Fuente: OMS GHO 2025.

StatLink https://stat.link/swtnh8

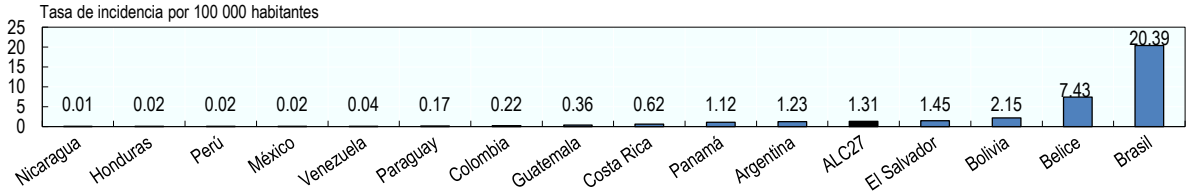
Figura 3.29. Incidencia y mortalidad del dengue, 2024 (o último año disponible)



Fuente: OPS 2025.

StatLink https://stat.link/ktglu3

Figura 3.30. Incidencia del Zika, 2023-2024



Nota: Barbados; Chile; Ecuador, Jamaica, Uruguay, Surinam, Santa Lucía, Bahamas, Cuba, la República Dominicana, Haití, Granada reportan incidencia 0 en 2024 y se omiten de la figura.
Fuente: OPS 2025.

StatLink https://stat.link/dqcsfe

Diabetes

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por un alto nivel de glucosa en sangre, causada por una producción insuficiente de insulina o una respuesta reducida a la insulina. Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares como el infarto y el accidente cerebrovascular. También tienen riesgos elevados de pérdida de visión, amputación de pies y piernas debido al daño a los nervios y vasos sanguíneos, e insuficiencia renal que requiere diálisis o trasplante. A nivel mundial, se estima que 589 millones de adultos vivían con diabetes en 2022, en comparación con 415 millones en 2014 (IDF, 2025[1]). Esta estimación es mucho más baja que la estimación de la OMS/NCD-RisC de 828 millones de personas de 18 años o más con diabetes en 2022 (Zhou et al., 2024[2]). Sin embargo, estas disparidades pueden reflejar variaciones en los métodos de diagnóstico y en los enfoques de modelización. No obstante, la prevalencia mundial de la diabetes ha aumentado desde 2014, y se proyecta que aumentará a 852,5 millones para 2050 (IDF, 2025[1]). En ALC, más de 40 millones de adultos (de 20 años y más) viven con diabetes y aproximadamente la mitad de ellos no están diagnosticados y no son conscientes de que están desarrollando complicaciones a largo plazo.

En los 33 países de ALC, la prevalencia media de diabetes es del 16,7% entre los hombres y del 18,1% entre las mujeres (Figura 3.32). Las mayores diferencias se observaron en países del Caribe como Dominica y Barbados, donde las mujeres tenían un 60,4% y un 34,8% más de probabilidades de tener diabetes, respectivamente. En contraste, en Argentina, Venezuela, Bolivia, Guatemala, Costa Rica y Uruguay la diabetes fue más prevalente entre los hombres, siguiendo la misma tendencia observada en los países de la OCDE. La evidencia sugiere que la región del Caribe tiene una de las prevalencias de diabetes más altas de ALC, reflejando determinantes de la salud tanto biológicos como sociales, incluidos mayores niveles de obesidad y un acceso limitado a los servicios de prevención (Guariguata et al., 2018[3]).

El porcentaje medio de prevalencia de diabetes en ALC33 fue del 11% en 2024, considerablemente más alto que la prevalencia de la OCDE del 8% (Figura 3.32). Dentro de la región de ALC, la prevalencia de diabetes fue más alta en la República Dominicana, México y Guyana, con una prevalencia de diabetes superior al 16%, y más baja en Bolivia, Ecuador y Honduras, en o por debajo del 5%. En general, la prevalencia de diabetes en ALC ha aumentado un 11,74% desde 2011, manteniéndose por debajo del aumento del 16,7% observado en los países de la OCDE. La República Dominicana ha experimentado el mayor aumento relativo, del 117,28%, mientras que la prevalencia en Bolivia ha disminuido aproximadamente un 48,5% durante el período 2011-2024.

La prevalencia de diabetes está altamente correlacionada con la mortalidad atribuible a la diabetes (Figura 3.32). Sin embargo, países como Barbados y Dominica tienen una mortalidad atribuida a la diabetes superior al 20% a pesar de mostrar valores de prevalencia inferiores al 14%. En contraste, la República Dominicana tiene la mayor prevalencia de diabetes entre los países de ALC, pero su mortalidad atribuible es mucho más baja de lo que cabría esperar. Esto sugiere que factores adicionales, como las conductas de riesgo modificables (p. ej. el consumo de alcohol y tabaco) y el acceso a un diagnóstico, tratamiento y control glucémico oportunos, pueden desempeñar un papel crítico en la determinación de la mortalidad relacionada con la diabetes más allá de la prevalencia por sí sola.

Los esfuerzos de política deberían abordar tanto la prevalencia como la mortalidad por diabetes fortaleciendo la prevención y el manejo integrados de las ENT, especialmente en la atención primaria. La prevalencia puede reducirse mediante la acción sobre los factores de riesgo modificables, incluidas las dietas poco saludables, la inactividad física, y el consumo de tabaco y alcohol, apoyada por medidas a nivel poblacional como los impuestos saludables, el etiquetado nutricional y el tamizaje de hipertensión y otros riesgos de diabetes (WHO, 2024[4]). La mayoría de los países de ALC tienen programas de diabetes vigentes, lo que proporciona una base importante para una prevención y un control más sólidos.

Definición y comparabilidad

La prevalencia de diabetes se refiere al porcentaje de personas de 20 a 79 años que tienen diabetes tipo 1 o tipo 2. Las estimaciones precisas de diabetes a nivel nacional y mundial dependen en gran medida de la calidad y la disponibilidad de las fuentes de datos. Las tasas de mortalidad atribuibles a la diabetes se calcularon combinando información sobre el número de muertes anuales por todas las causas estratificadas por edad y sexo, y los riesgos relativos de mortalidad específicos por edad y sexo por separado para las personas con diabetes en comparación con las que no la tienen. Los riesgos relativos atribuibles a la diabetes se derivan de estudios de cohortes. La prevalencia de diabetes y la mortalidad atribuible a la diabetes se basaron en datos del Diabetes Atlas 2025 (IDF, 2025[1]).

Referencias

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]

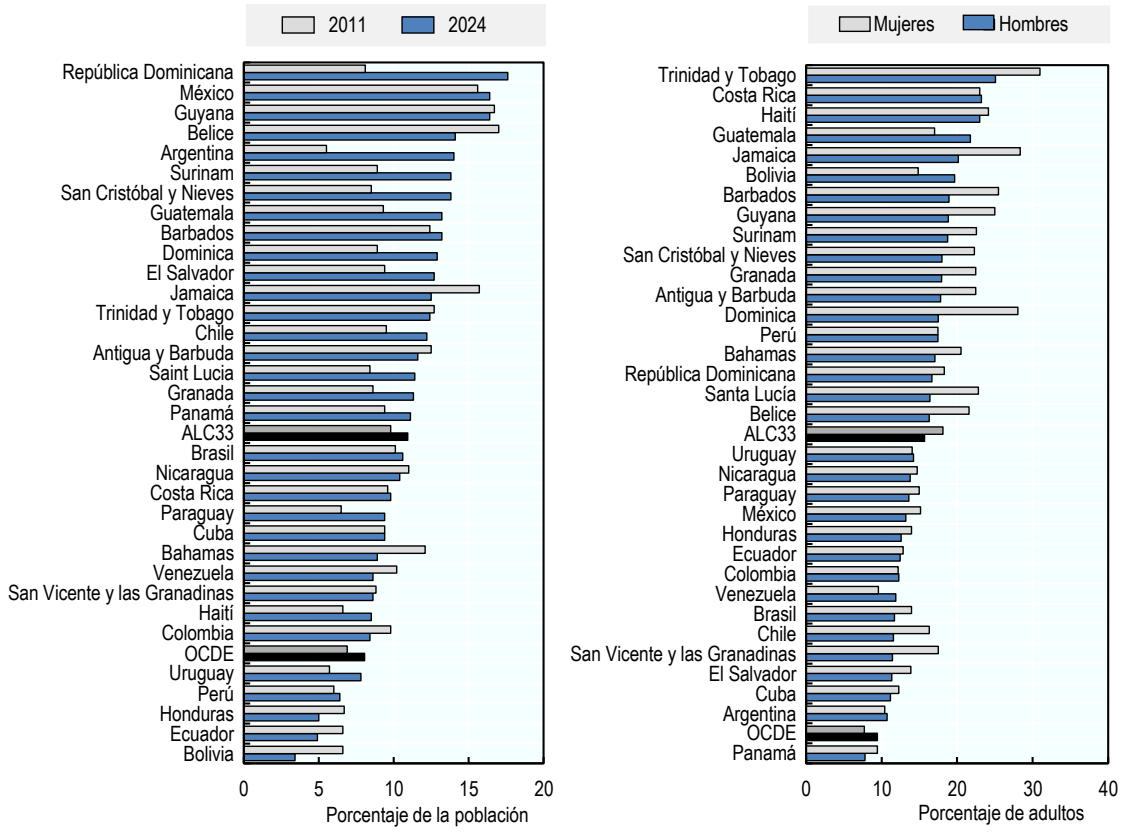
IDF (2025), *Diabetes Atlas*, International Diabetes Federation, https://diabetesatlas.org. [1]

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]

Figura 3.31. Prevalencia de diabetes 2011 y 2024, y porcentaje de adultos con diabetes 2022

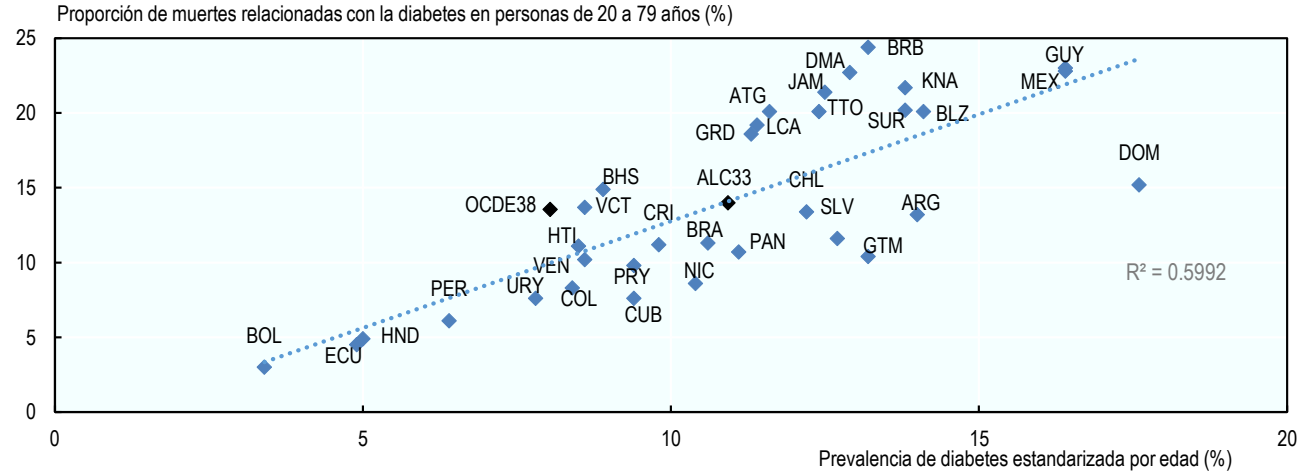
Panel izquierdo: Prevalencia de diabetes estandarizada por edad (%), 2011-2024. Panel derecho: Porcentaje de adultos con diabetes, estandarizado por edad, 2022



Fuente: Panel izquierdo: Federación Internacional de Diabetes, Atlas de la Diabetes, 2025. Panel derecho: OMS GHO 2025.

StatLink https://stat.link/3stkio

Figura 3.32. Mortalidad atribuible a la diabetes, 2024



Fuente: Federación Internacional de Diabetes, Atlas de la Diabetes, 2025.

StatLink https://stat.link/z96jpx

4 Determinantes de la salud

Planificación familiar

La planificación familiar es un componente central de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y una parte esencial de la cobertura universal de salud. Permitir que las mujeres y las parejas decidan libre y responsablemente si tener hijos y cuándo tenerlos mejora la salud, la autonomía y el desarrollo social en términos más amplios, mientras que el acceso a anticoncepción eficaz ayuda a prevenir embarazos no deseados y muertes maternas evitables. En consonancia con esta importancia, la meta 3.7 de los ODS exige el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, la información y la educación, y la evidencia disponible sigue mostrando que la anticoncepción está estrechamente vinculada a mejores resultados de salud y bienestar para las mujeres y las familias (Starrs et al., 2018[1]).

El uso de anticonceptivos sigue siendo muy desigual en toda la región de ALC, con una brecha de más del doble entre los países en los extremos superior e inferior de la distribución (Figura 4.1). Nicaragua (79.3%), Brasil (78.1%) y Colombia (77.2%) reportan la mayor prevalencia, mientras que Guyana (37.9%), Haití (36.9%) y Trinidad y Tobago (36.5%) registran los niveles más bajos. El promedio de ALC33 se sitúa en 62.1%, y la mayoría de los países se agrupan entre aproximadamente 55% y 73%, lo que sugiere que el uso de anticonceptivos está muy extendido en gran parte de la región, pero sigue siendo considerablemente menor en un grupo más reducido de países. Este patrón es coherente con la evidencia regional más amplia que muestra que, pese a avances importantes, las desigualdades en la cobertura anticonceptiva persisten entre países y dentro de ellos (Ponce de Leon et al., 2019[2]).

La cobertura de planificación familiar con métodos modernos es alta en gran parte de la región, pero persisten brechas importantes (Figura 4.2). En promedio, el 77.8% de las mujeres que necesitan anticoncepción en toda la región de ALC33 tienen su necesidad satisfecha con métodos modernos, con los niveles más altos en Nicaragua (90.0%), Uruguay (89.8%), Brasil (89.7%) y Colombia (87.3%). En contraste, Haití (51.1%), Guyana (56.8%) y Trinidad y Tobago (57.1%) se mantienen muy por debajo del promedio regional, y Bolivia también registra un valor comparativamente bajo (60.9%). Este indicador es especialmente relevante para la política porque capta si las mujeres que desean evitar un embarazo están realmente protegidas por un método moderno.

La tasa de natalidad adolescente sigue siendo un desafío importante en varios países de ALC, particularmente entre las niñas de 15 a 19 años, y los nacimientos entre adolescentes muy jóvenes no se han eliminado (Figura 4.3). La tasa de natalidad entre adolescentes de 15 a 19 años alcanza 71.3 por 1 000 en Nicaragua, 57.6 en Guatemala, 52.1 en Belice y 51.9 en Panamá, frente a un promedio de ALC18 de 38.6. Entre las niñas de 10 a 14 años, el promedio regional es de 1.4 por 1 000, pero las tasas son notablemente más altas en Nicaragua (4.69), Ecuador (2.45), Colombia (2.10), Guatemala (2.03) y Panamá (2.03). En contraste, Chile registra tasas mucho más bajas en ambos grupos de edad. La OMS trata los nacimientos entre niñas de 10 a 14 años y de 15 a 19 años como indicadores distintos, y la literatura más amplia muestra que el embarazo adolescente se asocia con mayores riesgos tanto para las madres como para los recién nacidos, especialmente a edades más tempranas (Nove et al., 2014[3]).

La coexistencia de una menor cobertura anticonceptiva y una alta fecundidad adolescente en otros contextos indica que las barreras financieras, geográficas, informativas y sociales siguen limitando la autonomía reproductiva, especialmente para las adolescentes y las mujeres en circunstancias más desfavorecidas. La evidencia reciente muestra que las desigualdades en la cobertura anticonceptiva persisten y que una menor desigualdad de género se asocia con una mejor cobertura de la demanda satisfecha con métodos modernos; la literatura también continúa vinculando el acceso a la anticoncepción con mejoras en la salud materna y el bienestar de las mujeres (Moreira et al., 2023[4]).

Definición y comparabilidad

La prevalencia de anticoncepción mide el porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) que actualmente utilizan un método anticonceptivo moderno. Los métodos modernos de anticoncepción incluyen los anticonceptivos orales combinados (“la píldora”), las píldoras de progestágeno solo (“la minipíldora”), los implantes, los inyectables, los parches, el anillo vaginal, el dispositivo intrauterino (de cobre y de levonorgestrel), los condones masculinos y femeninos, la vasectomía, la ligadura de trompas, el método de amenorrea de la lactancia, las píldoras anticonceptivas de emergencia, el método de los días estándar, el método de la temperatura basal corporal, el método de los dos días y el método sintotérmico. La proporción de mujeres cuya necesidad de planificación familiar está satisfecha con métodos modernos mide el porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) que desean evitar o posponer un embarazo y cuya necesidad de anticoncepción está cubierta mediante un método moderno. Por lo tanto, va más allá de la simple prevalencia anticonceptiva al captar en qué medida las mujeres que necesitan planificación familiar están efectivamente cubiertas por la anticoncepción moderna.

La tasa de natalidad adolescente se define como el número anual de nacidos vivos de niñas de 10 a 14 años o de 15 a 19 años por cada 1 000 niñas del grupo de edad respectivo. Es un indicador de fecundidad específico por edad que ofrece una medida de la maternidad adolescente y constituye también un marcador indirecto del acceso de las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, la información y la anticoncepción.

Referencias

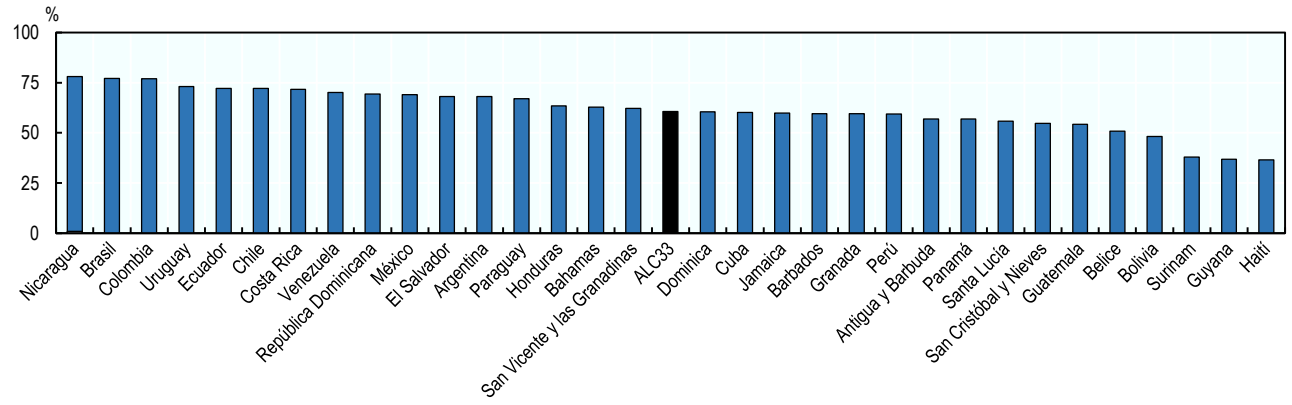
Moreira, L. et al. (2023), “The role of gender inequality and health expenditure on the coverage of demand for family planning satisfied by modern contraceptives: a multilevel analysis of cross-sectional studies in 14 LAC countries”, *The Lancet Regional Health - Americas*, Vol. 19, p. 100435, https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100435.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

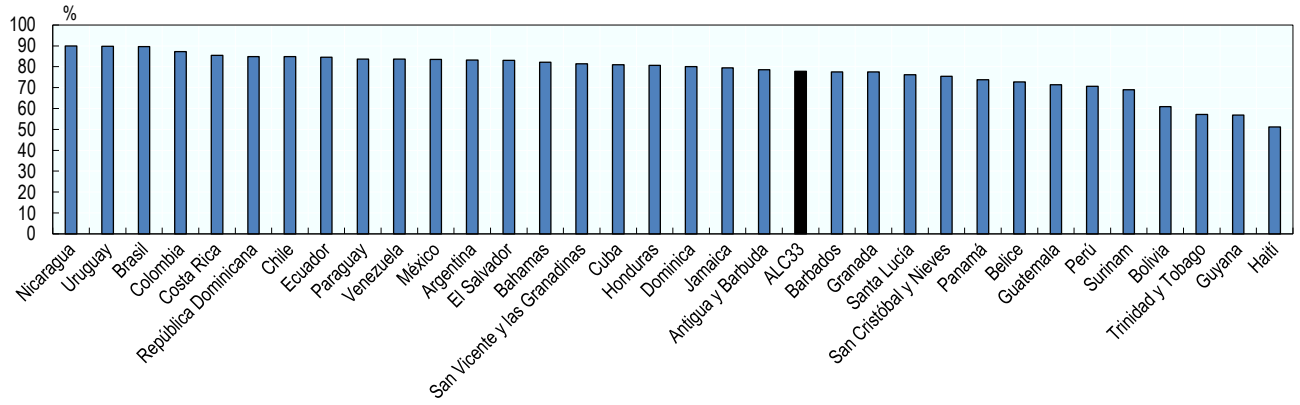
Figura 4.1. Prevalencia de anticoncepción: cualquier método moderno (entre mujeres de 15 a 49 años), 2025



Fuente: Indicadores de Planificación Familiar 2025 del PNUD.

StatLink https://stat.link/b8zul6

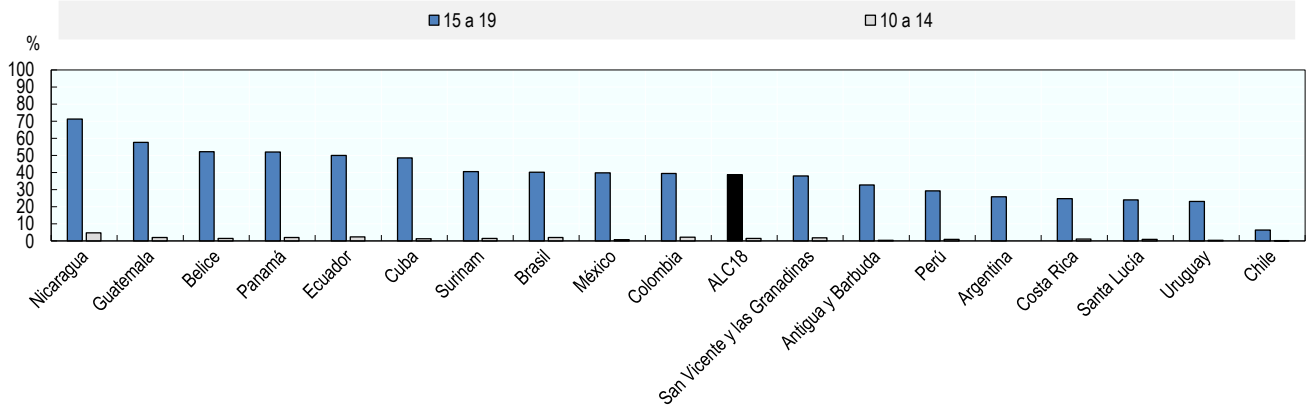
Figura 4.2. Proporción de mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) cuya necesidad de planificación familiar está satisfecha con métodos modernos



Fuente: Indicadores de Planificación Familiar 2025 del PNUD.

StatLink https://stat.link/u784ih

Figura 4.3. Tasa de natalidad adolescente por 1000 mujeres, 2023 o último año disponible



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/fgo1h7

Desnutrición infantil

Un componente clave del capital humano es contar con personas sanas y bien nutridas a lo largo de toda su vida, pero muchos niños no pueden acceder a alimentos suficientes, seguros y nutritivos ni a una dieta equilibrada que satisfaga sus necesidades para un crecimiento y desarrollo óptimos que les permita llevar una vida activa y saludable. A nivel mundial, se estima que 150.2 millones de niños presentan retraso del crecimiento, 42.8 millones emaciación y 35.5 millones sobrepeso (The Global Health Observatory, 2024[1]). Por ello, muchos países enfrentan una doble carga de malnutrición —caracterizada por la coexistencia de la desnutrición junto con el sobrepeso, la obesidad o las ENT relacionadas con la dieta— un desafío de salud en aumento en muchos países de ALC. La desnutrición infantil también contribuye a peores resultados cognitivos y educativos en la niñez tardía y la adolescencia, lo que a su vez afecta el potencial a lo largo de la vida y determina en gran medida el estatus socioeconómico de la persona.

La meta 2.2 de los ODS de la ONU busca poner fin a todas las formas de malnutrición para 2030, incluido el logro, para 2025, de las metas acordadas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación entre los niños menores de cinco años, e incluye un indicador sobre el sobrepeso infantil. Posteriormente, en marzo de 2025, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó una resolución para extender el Decenio de Acción de la ONU sobre Nutrición de su período original 2016-2025 hasta 2030, en reconocimiento de que el mundo no está en vías de poner fin al hambre y la malnutrición para la fecha objetivo original (United Nations, 2025[2]). Esta iniciativa busca erradicar el hambre y la malnutrición en todas sus formas (desnutrición, deficiencias de micronutrientes, sobrepeso u obesidad) y reducir la carga de las ENT relacionadas con la dieta en todos los grupos de edad.

Las tasas de retraso del crecimiento en ALC son generalmente más bajas que en otras regiones del mundo, pero siguen siendo un problema significativo en varios países. En promedio, el 11.2% de los niños menores de cinco años presenta retraso del crecimiento en ALC27 (Figura 4.4). La tasa es de casi 45% en Guatemala, 22% en Haití y alrededor de 18% en Ecuador y Honduras, mientras que es la más baja en Chile y Santa Lucía, por debajo del 3%. Las tasas de emaciación también son más bajas que en otras regiones, con un promedio del 2.7% entre los niños menores de cinco años, pero Barbados, Guyana y Trinidad y Tobago presentan tasas significativamente más altas que el promedio, superiores al 6%. Las tasas más bajas se observan en Chile, Perú, Ecuador y Guatemala, todas por debajo del 1%.

Los países con mayor prevalencia de retraso del crecimiento tienden a presentar una mortalidad en menores de 5 años superior al promedio, lo que refleja el hecho de que cerca de la mitad de todas las muertes antes de los 5 años pueden atribuirse a la malnutrición (Figura 4.5). Guatemala se desvía significativamente de la tendencia al presentar una tasa de retraso del crecimiento casi cuatro veces el promedio de ALC y una tasa de mortalidad en menores de 5 años 4 puntos por encima del promedio de ALC. Esto se debe principalmente a la alta tasa de pobreza y a la gran desigualdad en el país, lo que provoca que la mitad de la población no pueda costear la canasta básica de alimentos. A esto se suman los efectos de los desastres naturales y el cambio climático, que dañan la producción de alimentos y contribuyen a la inseguridad alimentaria y la malnutrición al reducir la productividad agrícola y alterar los sistemas alimentarios (WFP, 2024[3]).

El sobrepeso y la obesidad infantil se perfilan como uno de los desafíos más significativos del siglo. En ALC27, la prevalencia promedio de sobrepeso entre los niños menores de 5 años supera el 8% (Figura 4.6). Las tasas más altas se observan en Argentina y Paraguay, con un 12% o más, seguidos por Barbados, Trinidad y Tobago, Panamá, Uruguay y Cuba, donde más de uno de cada diez niños presenta sobrepeso. A su vez, las tasas son inferiores al 5% en Haití y Surinam.

Definición y comparabilidad

La definición de la OMS de sobrepeso infantil es el peso para la talla superior a 2 desviaciones estándar por encima de la mediana del patrón de crecimiento infantil de la OMS. La definición de la OMS de obesidad infantil es el peso para la talla superior a 3 desviaciones estándar por encima de la mediana del patrón de crecimiento infantil de la OMS.

El retraso del crecimiento (baja talla para la edad) refleja la incapacidad de alcanzar el potencial de crecimiento lineal debido a condiciones de salud y/o nutricionales subóptimas y prolongadas.

La emaciación generalmente indica una pérdida de peso reciente y severa, a menudo debida a una ingesta insuficiente de alimentos y/o a la presencia de una enfermedad infecciosa aguda, como la diarrea, que provocan pérdida de peso corporal.

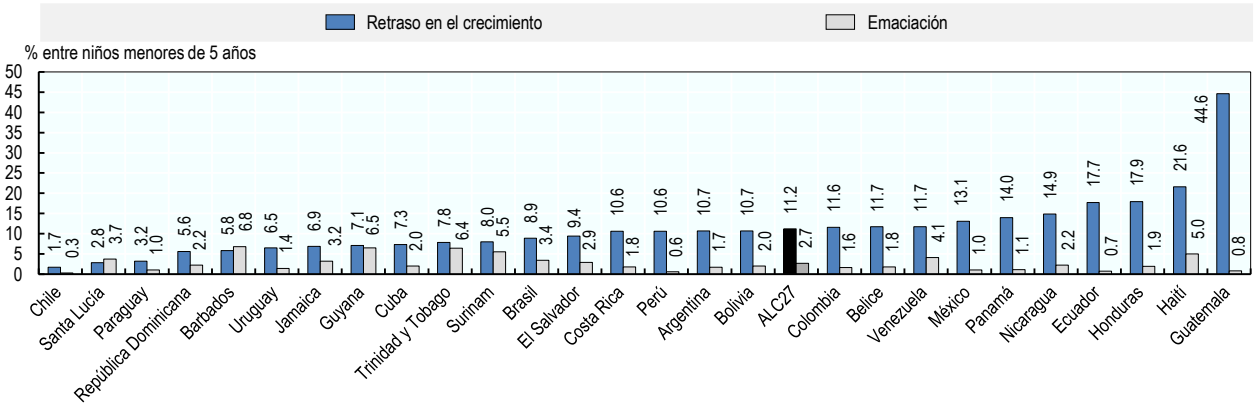
Referencias

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]

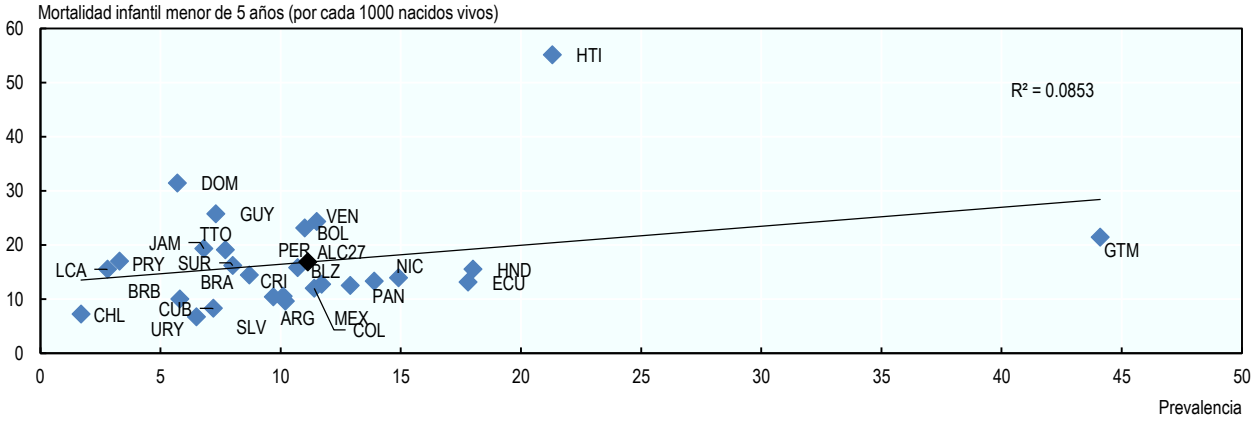
Figura 4.4. Prevalencia de retraso del crecimiento y emaciación entre los niños menores de 5 años, 2020 o último año disponible



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/juxr19

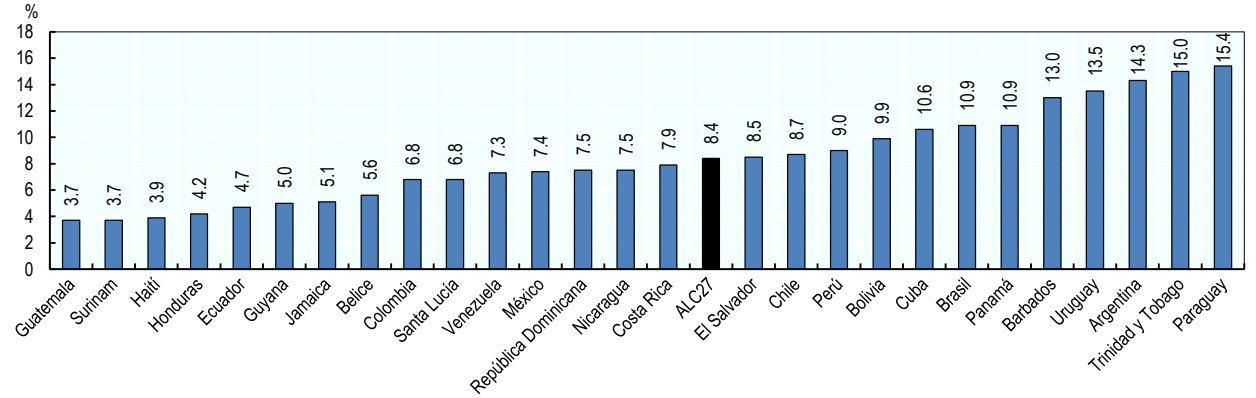
Figura 4.5. Mortalidad en menores de 5 años y prevalencia de retraso del crecimiento, 2023 o último año disponible



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025 y mortalidad infantil menor de 5 años del Banco Mundial 2026.

StatLink https://stat.link/7in4ek

Figura 4.6. Prevalencia de sobrepeso entre los niños menores de 5 años, 2024 o último año disponible



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/d8rkx6

Salud adolescente

La adolescencia es una fase de transición fundamental en el desarrollo humano, ya que representa el cambio de la niñez a la madurez física, psicológica y social. Durante este período, los adolescentes aprenden y desarrollan conocimientos y habilidades para hacer frente a aspectos críticos de su salud y desarrollo mientras su cuerpo madura. Es también una etapa en la que se consolidan los factores conductuales que pueden suponer riesgos para la salud futura. Los entornos obesogénicos, las influencias socioculturales y la sobreexposición a medios digitales nocivos han contribuido al aumento de las tasas de sobrepeso y obesidad en los países de ALC (UNICEF, 2025[1]). Al mismo tiempo, aunque el consumo de alcohol es más prevalente entre los adultos, los adolescentes pueden adoptar patrones de mayor riesgo, como el consumo episódico excesivo, a veces con tasas más altas que las de los adultos (Esposito et al., 2025[2]). Las adolescentes, especialmente las más jóvenes, son particularmente vulnerables a las consecuencias del embarazo y el parto, ya que su cuerpo puede no estar físicamente preparado (UNICEF, 2024[3]).

Los factores de riesgo de las ENT, la principal causa de muertes prematuras en la edad adulta, suelen adquirirse en la adolescencia. El sobrepeso y la obesidad son uno de estos factores de riesgo clave. En ALC, la prevalencia de obesidad entre los adolescentes es del 15.1% en mujeres y del 15.8% en hombres, ambas muy por encima de los promedios de la OCDE de 8.2% y 11.2%, respectivamente, en 2022 (Figura 4.7). Países como Bahamas, Antigua y Barbuda y Barbados presentan tasas de prevalencia de obesidad superiores al 22% entre las mujeres, mientras que entre los hombres las tasas más altas, también superiores al 22%, se observan en Chile, Trinidad y Tobago y San Cristóbal y Nieves. Guatemala es el único país de ALC donde las tasas de prevalencia de obesidad adolescente tanto en hombres como en mujeres son inferiores a los promedios correspondientes de la OCDE. Cabe destacar que, en Haití, la prevalencia de obesidad es más de ocho veces mayor en hombres (17.76%) que en mujeres (2.11%).

Además, el consumo de alcohol y tabaco son otros problemas importantes que afectan a los adolescentes de la región. Los datos sobre el consumo actual de tabaco corresponden a 2024, mientras que los datos más recientes disponibles sobre el consumo episódico excesivo de alcohol corresponden a 2019 (Figura 4.8). La prevalencia promedio en ALC del consumo actual de tabaco es del 9.8% en 2024 y la prevalencia de consumo episódico excesivo alcanza el 18% en 2019, ambas por debajo de los promedios correspondientes de la OCDE para los mismos años (12.2% y 30.9%, respectivamente). Argentina, México y Guatemala presentan las tasas de prevalencia más altas de consumo actual de tabaco (superiores al 15%) entre adolescentes de 13 a 15 años. En cuanto al consumo episódico excesivo, Perú, Chile y Argentina presentan las tasas más altas, todas por encima del 28%, siendo Perú el único país por encima del promedio de la OCDE, con 33.8%.

Otro problema clave para los adolescentes en todo el mundo es la alta prevalencia de embarazos durante la adolescencia. ALC fue la región con la segunda tasa de natalidad adolescente más alta en 2022, con tasas particularmente altas entre las niñas con menores niveles de logro educativo. En 18 países de ALC, la tasa promedio de natalidad adolescente es de 38 nacimientos por cada 1 000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años, casi cinco veces la tasa observada en los países de la OCDE, que se sitúa en 8 nacimientos por cada 1 000 (Figura 4.9). Cabe destacar que todos los países de ALC, excepto Chile, se sitúan por encima del promedio de la OCDE. La tasa de natalidad adolescente más alta se encuentra en Nicaragua, con 71 nacimientos por cada 1 000 mujeres adolescentes, seguida de Guatemala con 58 nacimientos. En contraste, Chile, con 6 nacimientos, seguido de cerca por Argentina, Uruguay y Costa Rica con 23, presentan las tasas de natalidad adolescente más bajas de la región.

Definición y comparabilidad

La medida más utilizada de bajo peso, sobrepeso y obesidad es el índice de masa corporal (IMC). Se trata de un número único que evalúa el peso de una persona en relación con su estatura y se define como el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la estatura en metros. La definición de la OMS de obesidad en niños de 5 a 19 años es un IMC para la edad superior a 2 desviaciones estándar por encima de la mediana de referencia de crecimiento de la OMS.

El consumo actual de tabaco se expresa como el porcentaje de la población joven de 13 a 15 años que consume actualmente algún producto de tabaco por cada 100 personas de ese grupo de edad. Los datos se obtienen de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes. El consumo episódico excesivo de alcohol entre adolescentes se define como la proporción de jóvenes (15 a 19 años) que han consumido al menos 60 gramos o más de alcohol puro en al menos una ocasión en los últimos 30 días. Un consumo de 60 gramos de alcohol puro equivale aproximadamente a 6 bebidas alcohólicas estándar.

La tasa de natalidad adolescente se define como el número anual de nacimientos de mujeres de 15 a 19 años por cada 1 000 mujeres de ese grupo de edad. También se conoce como la tasa de fecundidad específica para mujeres de 15 a 19 años.

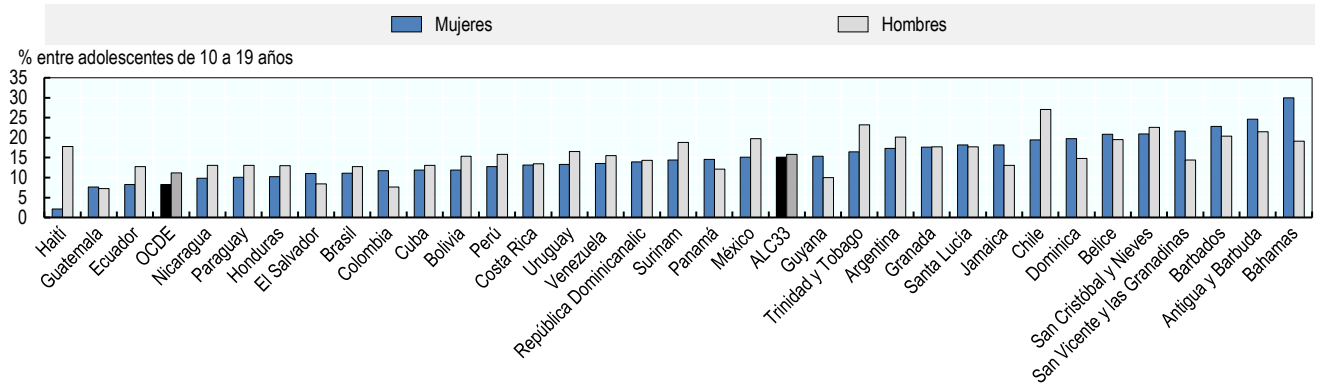
Referencias

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]

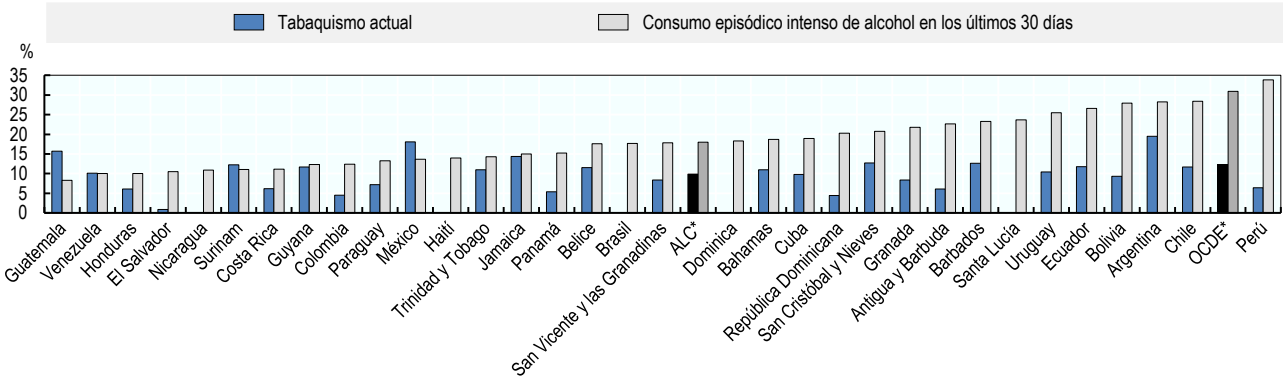
Figura 4.7. Prevalencia de obesidad entre adolescentes por sexo, 2022



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/svyrlt

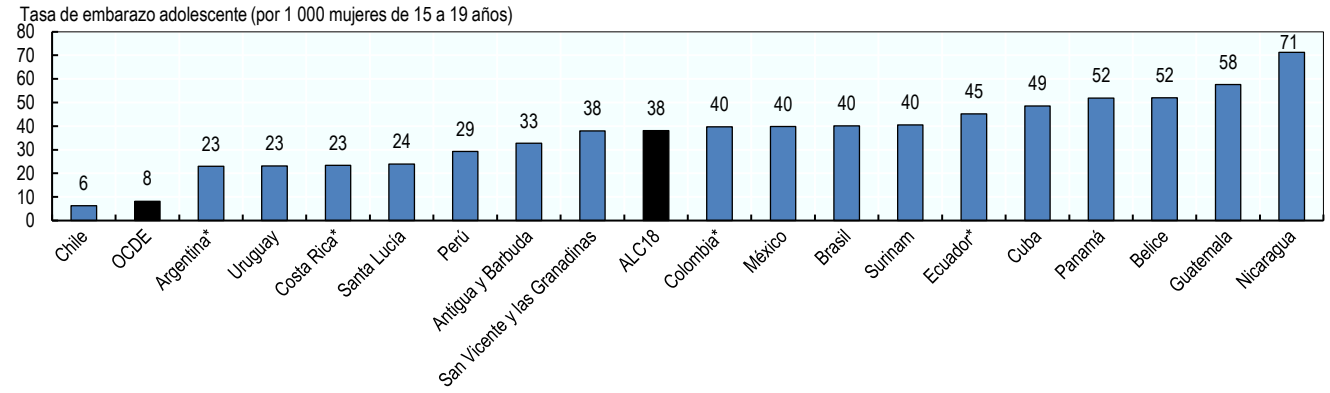
Figura 4.8. Prevalencia del consumo actual de tabaco, 2024, y consumo episódico excesivo de alcohol en los últimos 30 días, 2019, entre adolescentes



Nota: *ALC27, OCDE16 y adolescentes de 13 a 15 años para el consumo de tabaco, y ALC33, OCDE38 y adolescentes de 15 a 19 años para el consumo de alcohol.
Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/gvn3o1

Figura 4.9. Tasa de natalidad adolescente, 2023 (o último año disponible)



Nota: * Datos provenientes de cuestionarios de salud.
Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/baor41

Adultos con sobrepeso y obesidad

El sobrepeso y la obesidad son problemas de salud pública importantes, ya que la epidemia mundial tiene consecuencias de gran alcance para las personas, la sociedad y la economía. La obesidad es un factor de riesgo establecido para numerosas afecciones de salud, incluidas la hipertensión, el colesterol alto, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, los problemas respiratorios, las enfermedades del esqueleto y algunas formas de cáncer, y la mortalidad también aumenta progresivamente una vez que se supera el umbral del sobrepeso. Por lo tanto, la obesidad y el sobrepeso reducen la esperanza de vida, aumentan los costos de atención sanitaria, disminuyen la productividad de los trabajadores y reducen el PIB de los países (OECD, 2019[1]).

En ALC, la prevalencia de obesidad entre los adultos es del 38.5% en mujeres y del 24.28% en hombres, ambas muy por encima de los promedios de la OCDE de 25.3% y 6.24%, respectivamente, en 2022 (Figura 4.10). Los países del Caribe, incluidos Bahamas, San Cristóbal y Nieves y Belice, son los países de ALC con mayor prevalencia de obesidad femenina, donde más del 50% de las mujeres adultas son obesas (más de 1 de cada 2 mujeres adultas son obesas). Entre los hombres, las tasas de prevalencia más altas se observan también en Bahamas, San Cristóbal y Nieves y Argentina, con 39.2%, 37.4% y 34.8%, respectivamente. En contraste, Haití es el único país de la región con una prevalencia de obesidad por debajo del promedio de la OCDE para ambos sexos.

La prevalencia de obesidad aumentó de 2012 a 2022 en la región de ALC, en 6.1 puntos porcentuales (p.p.) entre los hombres y 8.2 p.p. entre las mujeres, muy por encima de los aumentos correspondientes de la OCDE de 3.9 y 2.8 p.p., respectivamente (Figura 4.11). Venezuela es el único país de ALC por debajo del cambio en puntos porcentuales de la OCDE tanto para mujeres como para hombres, y el único con una disminución a lo largo de la década, aunque esta disminución se observa solo en los hombres. Algunos de los países con mayor prevalencia de obesidad en 2022, como San Cristóbal y Nieves y Belice (véase la Figura 4.10), no se encuentran entre los que presentan los mayores aumentos. Esto sugiere que la obesidad puede haber alcanzado una meseta en niveles muy altos en varios países del Caribe donde la prevalencia ya superaba el 40% en 2012. En contraste, algunos países que experimentan el mayor crecimiento de la obesidad, incluidos Brasil, Argentina y Perú, no se encuentran entre los que presentan la mayor prevalencia de obesidad en 2022. Sin embargo, sus tendencias de rápido crecimiento indican que podrían alcanzar niveles de prevalencia de obesidad similares a los de los países del Caribe si no se implementan políticas eficaces.

La prevalencia de sobrepeso también aumentó de 2012 a 2022 en la región de ALC, con un incremento de 8.1 p.p. entre las mujeres y de 6.6 p.p. entre los hombres, ambos por encima de los aumentos de la OCDE de 2.6 y 3.1 p.p., respectivamente (Figura 4.12). En Ecuador, Bolivia y Guatemala, el aumento de la prevalencia de sobrepeso a lo largo de la década fue más del 34% mayor en hombres que en mujeres.

En 2022, los países aprobaron el Plan de Aceleración de la OMS para Detener la Obesidad, que busca frenar el aumento global de las tasas de obesidad (WHO, 2023[2]). En la región de ALC, nueve países son pioneros en esta iniciativa, entre ellos Argentina, Barbados, Brasil, Chile, México, Panamá, Perú, Trinidad y Tobago y Uruguay. El Plan de Aceleración recomienda la aplicación de etiquetados de advertencia en el frente del envase, restricciones a la comercialización de productos alimentarios no saludables, la regulación de los alimentos ofrecidos en las escuelas y la adopción de políticas fiscales que promuevan dietas saludables. Esto se complementa con políticas de vigilancia como el "sistema de vigilancia nutricional multinivel (SIEN)" de Perú. Sin embargo, la heterogeneidad en la prevalencia de obesidad en toda la región de ALC y los diferentes contextos específicos de cada país sugieren que se necesitan políticas adaptadas para lograr avances en toda la región (PAHO, 2025[3]). Para los países que experimentan un crecimiento muy rápido de la obesidad en la última década, existe una ventana crítica para la acción de salud pública, ya que la evidencia muestra que, sin intervenciones oportunas, es probable que la carga de la obesidad continúe en aumento, como ha ocurrido en otros países.

Definición y comparabilidad

Véase el indicador "Salud adolescente" en el Capítulo 4 para la definición del índice de masa corporal (IMC). Según la clasificación de la OMS, los adultos con un IMC de 25 o más presentan sobrepeso. Los adultos con un IMC entre 20 y 30 se consideran en preobesidad. Un IMC de 30 o más se define como obesidad.

En muchos países, las estimaciones autorreportadas de talla y peso se recopilan mediante encuestas de salud basadas en la población, mientras que otros países realizan mediciones directas en la población. Estas diferencias limitan la comparabilidad de los datos. Las estimaciones del IMC obtenidas mediante exámenes de salud son más fiables y generalmente arrojan valores más altos que las obtenidas mediante encuestas autorreportadas.

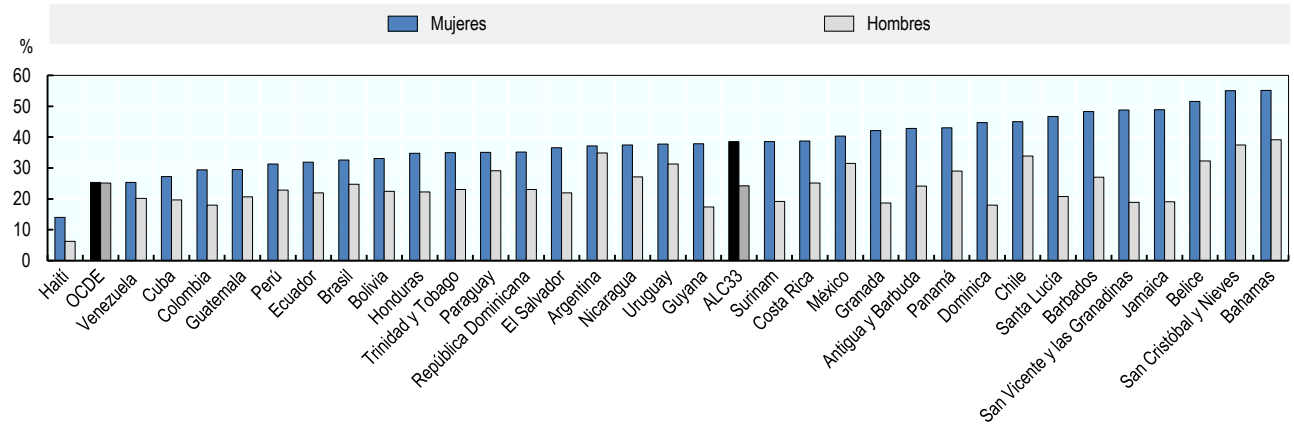
Referencias

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]

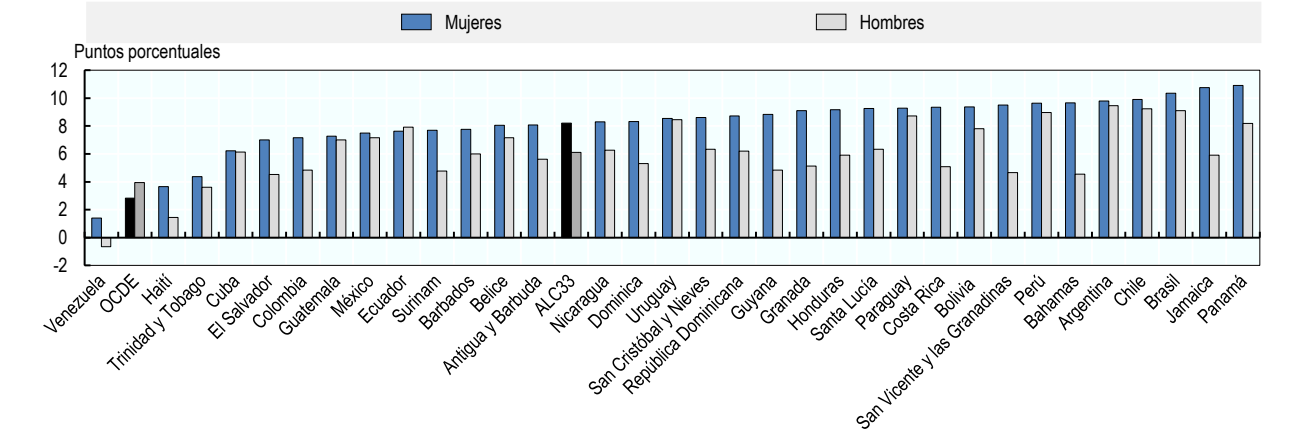
Figura 4.10. Prevalencia de obesidad entre adultos por sexo, 2022 (estimaciones brutas)



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/nms4ac

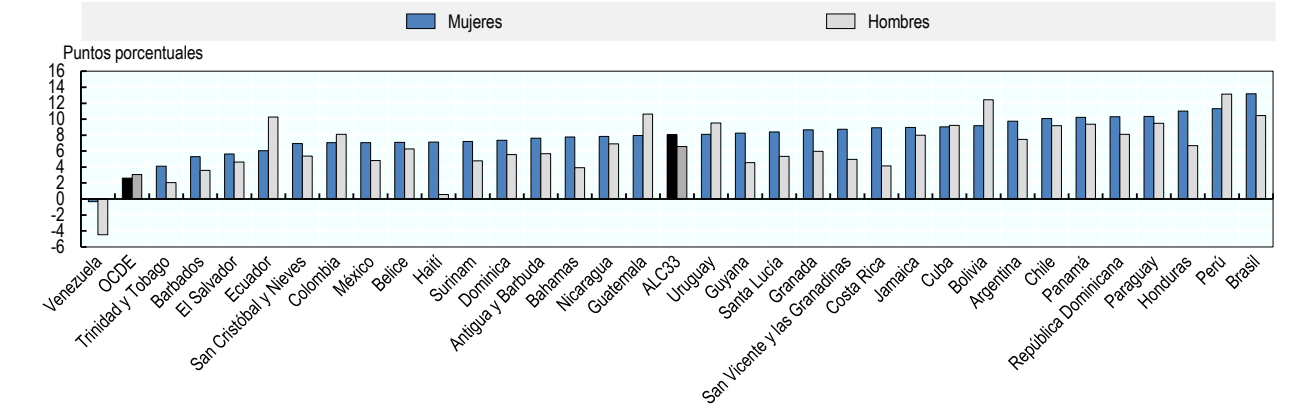
Figura 4.11. Obesidad entre adultos, cambio en p.p. 2012-2022, por sexo (estimaciones brutas)



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/9gaepk

Figura 4.12. Sobrepeso entre adultos, cambio en p.p. 2012-2022, por sexo (estimaciones brutas)



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/3dljm5

Dieta y nutrición

Una dieta saludable y nutricionalmente equilibrada es esencial para promover la salud y el bienestar, apoyar estilos de vida activos, prevenir la malnutrición y reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles (ENT), como las ECV, la diabetes y ciertos tipos de cáncer. Los principios de una dieta saludable son la adecuación, al proporcionar suficientes nutrientes esenciales; el equilibrio, al asegurar una ingesta energética apropiada y limitar los alimentos o bebidas con alto contenido de azúcar y grasas saturadas y trans; la moderación, al reducir el consumo de alimentos con efectos nocivos para la salud; y la diversidad, al incluir diariamente una variedad de verduras, frutas, legumbres, frutos secos y cereales integrales (WHO/FAO, 2024[1]). La región de ALC enfrenta el costo más alto del mundo de una dieta saludable, al tiempo que afronta la doble carga de la malnutrición, lo que contribuye a una pérdida anual del PIB de hasta el 16% (WFP, 2025[2]).

En 13 países de ALC, el 19.9% de la población consumió más de un refrigerio salado envasado ultraprocesado el día o la noche anterior en 2023 (Figura 4.13). Existen diferencias entre las zonas urbanas y rurales, con un mayor consumo de estos alimentos en las zonas urbanas (20.3%) en comparación con las zonas rurales (18.3%). Este patrón se observa en los 13 países de ALC, excepto en Ecuador, Nicaragua y Chile, donde el consumo en zonas rurales es 5, 3 y 1 p.p. mayor que en zonas urbanas, respectivamente. En cuanto a la prevalencia total de la población, Honduras, Guatemala y Costa Rica reportan los niveles más altos de consumo de refrigerios salados, con 27%, 35.1% y 38.9% de las personas que reportan consumir estos alimentos. En contraste, Perú, Brasil y Paraguay son los países con el menor consumo, todos por debajo del 12%.

Además, la OMS recomienda que los adultos consuman al menos 400 gramos —o cinco o más porciones— de frutas y verduras al día. En 13 países de ALC, el 9.2% de la población total reporta no haber consumido verduras ni frutas en las últimas 24 horas (Figura 4.14). En promedio, esta proporción es menor en las zonas urbanas (8.2%) que en las zonas rurales (10.4%), excepto en Bolivia, Chile, México, Paraguay y la República Dominicana. Las mayores brechas urbano-rurales se encuentran en Honduras, Nicaragua y Ecuador, donde el consumo nulo en zonas rurales supera al de zonas urbanas en 8.2, 7.7 y 5.2 p.p., respectivamente. Esto podría explicarse por el hecho de que los residentes rurales suelen tener menos acceso a alimentos saludables asequibles y a la diversidad alimentaria que los residentes de zonas urbanas, combinado con menos años de educación y niveles de ingresos más bajos (Gonçalves et al., 2023[3]).

El consumo excesivo de comida rápida se asocia con niveles más altos de tejido adiposo visceral, grasa hepática y probabilidad de presentar enfermedad hepática grasa asociada a disfunción metabólica (Odegaard et al., 2022[4]). En 2023, el 5.6% de la población de 13 países de ALC reporta haber consumido comida rápida el día o la noche anterior (Figura 4.15). El consumo de comida rápida es mayor en zonas urbanas (6.7%) que en zonas rurales (3.2%) en todos los países analizados. Las mayores diferencias se observan en Chile, Costa Rica y Paraguay, donde las brechas superan los 5 p.p. entre las poblaciones urbana y rural.

La transición nutricional de la región ha sido impulsada por el rápido desarrollo económico en muchos países de ALC durante las últimas décadas, lo que ha traído consigo importantes cambios en el estilo de vida con implicaciones directas para la salud de las personas. Las dietas se han desplazado hacia patrones más occidentalizados y un mayor acceso a productos ultraprocesados. Al mismo tiempo, la migración rural-urbana no planificada y el aumento de la inactividad física han dado lugar a un incremento del sobrepeso y la obesidad, junto con tasas persistentemente altas de retraso del crecimiento y deficiencias de micronutrientes, un fenómeno descrito como la doble carga de la malnutrición (WFP, 2025[2]). En toda la región, en 2020, 131 millones de personas no podían costear una dieta saludable, lo que afecta desproporcionadamente a quienes viven en las situaciones más vulnerables y de menor estatus socioeconómico, limitando su acceso a alimentos más nutritivos debido a precios más altos (FAO et al., 2023[5]).

Definición y comparabilidad

Los datos sobre el consumo de alimentos se recopilan utilizando el Cuestionario de Calidad de la Dieta (DQQ, por sus siglas en inglés), una herramienta estandarizada y de baja carga diseñada para medir la adecuación dietética y el riesgo de ENT relacionadas con la dieta a nivel poblacional. La adecuación dietética incluye tanto la adecuación de nutrientes como la de grupos de alimentos recomendados en las guías alimentarias basadas en alimentos. El DQQ recopila datos sobre el consumo de 29 grupos de alimentos, a partir de 1 000 informantes, y se ha implementado en más de 100 encuestas representativas a nivel nacional (Global Diet Quality Project, 2024[6]).

Todos los indicadores se refieren al consumo durante el día o la noche anterior. El consumo de refrigerios salados envasados ultraprocesados se define como la proporción de la población que consumió refrigerios salados envasados (incluidas papas fritas, chips y similares); el consumo nulo de verduras o frutas se define como la proporción de la población que no consumió verduras ni frutas; y el consumo de comida rápida se define como la proporción de la población que consumió comida rápida. El DQQ se construyó a partir del cuestionario MDD-W, alineado con la guía de medición publicada por la FAO.

Referencias

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]

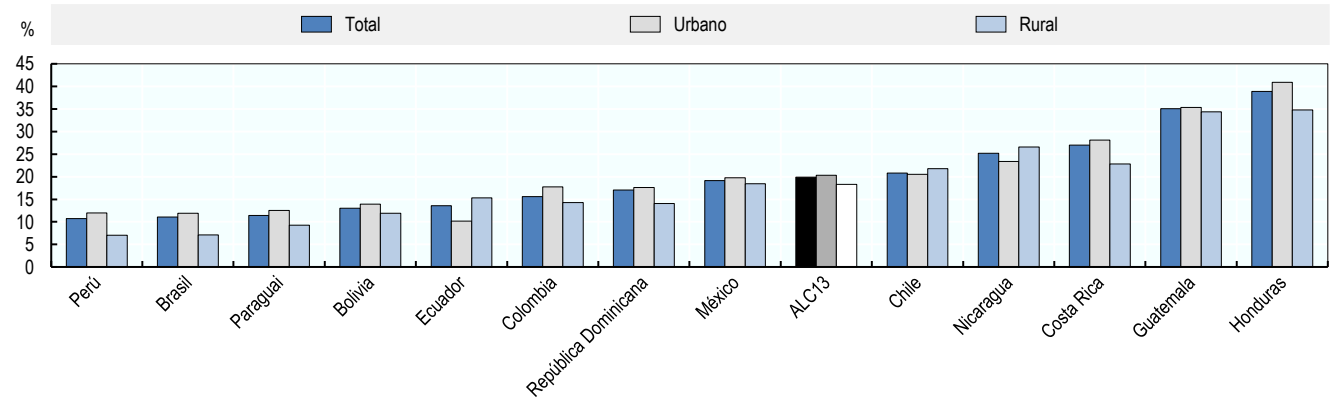
Gonçalves, N. et al. (2023), "Rural-urban disparities in fruit and vegetable consumption and cognitive performance in Brazil", *Brazilian Journal of Psychiatry*, https://doi.org/10.47626/1516-4446-2023-3316. [3]

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]

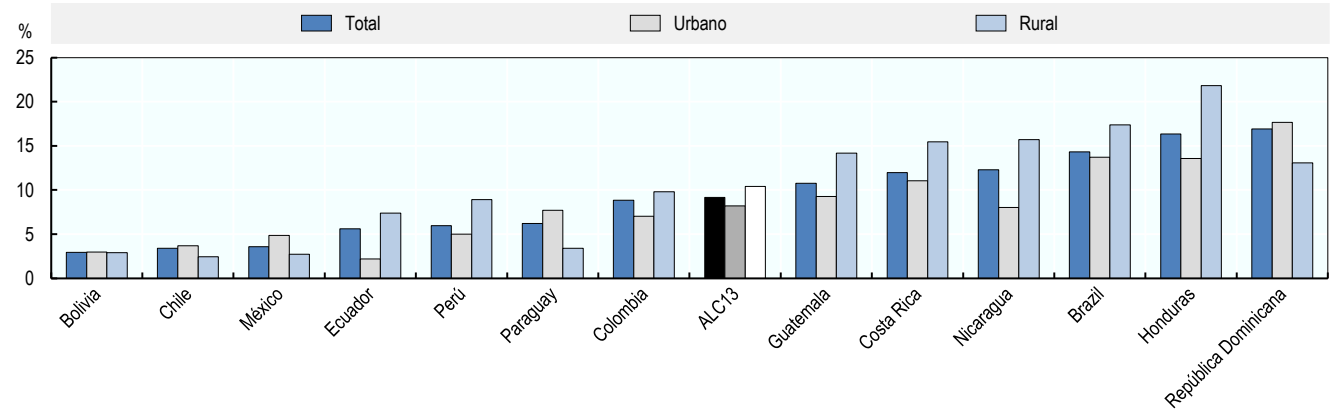
Figura 4.13. Consumo de refrigerios salados envasados ultraprocesados, por zonas urbanas y rurales, 2023 (o último año disponible)



Fuente: Global Diet Quality Project.

StatLink https://stat.link/ycltxr

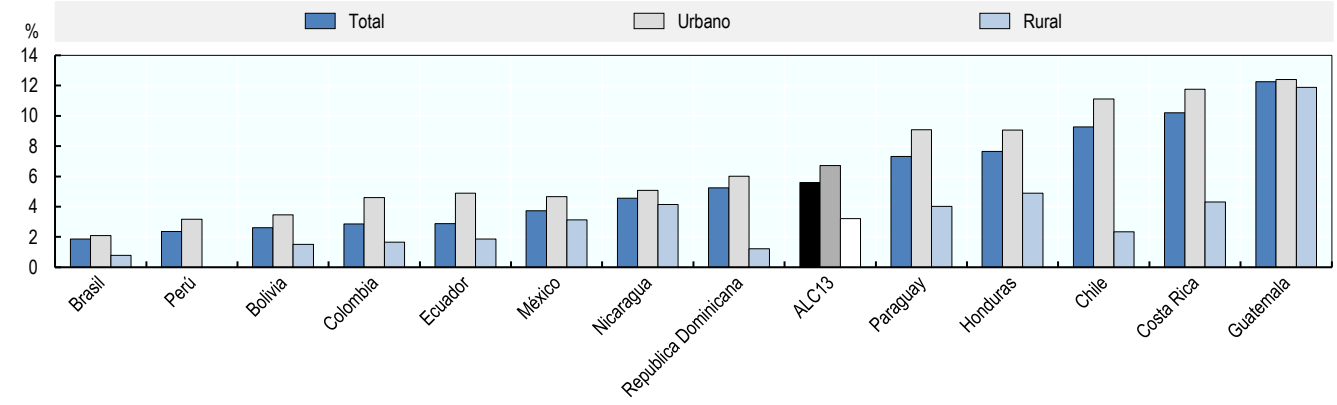
Figura 4.14. Consumo nulo de verduras o frutas, por zonas rurales y urbanas, 2023 (o último año disponible)



Fuente: Global Diet Quality Project.

StatLink https://stat.link/kdin98

Figura 4.15. Consumo de comida rápida, por zonas rurales y urbanas, 2023 (o último año disponible)



Fuente: Global Diet Quality Project.

StatLink https://stat.link/ltxizk

Agua y saneamiento

El acceso a agua potable, saneamiento e higiene seguros (WASH, por sus siglas en inglés) es fundamental para la salud, el bienestar y el desarrollo social. Un WASH inadecuado sigue siendo una causa importante de enfermedad, ya que contribuye a la diarrea, las infecciones respiratorias, la desnutrición, la esquistosomiasis, las infecciones por helmintos transmitidos por el suelo y el tracoma. En 132 países de ingresos bajos y medios, se estima que 829 000 muertes y 49.8 millones de AVAD por enfermedades diarreicas fueron atribuibles a un WASH inadecuado en 2016, equivalente al 60% de todas las muertes por diarrea (Prüss-Ustün et al., 2019[1]). La evidencia reciente también muestra que avanzar a los hogares en la escalera de servicios WASH, incluido el acceso a agua mejorada disponible en el predio y un saneamiento de mayor calidad, puede reducir sustancialmente el riesgo de diarrea infantil (Wolf et al., 2023[2]). Por lo tanto, ampliar el acceso a servicios al menos básicos sigue siendo tanto una prioridad de salud pública como un componente importante de niveles de vida más inclusivos.

El acceso a saneamiento básico mejoró en toda la región de ALC entre 2014 y 2024, aunque las zonas rurales siguen rezagadas respecto a las urbanas (Figura 4.16). En promedio, en ALC24, la cobertura urbana aumentó del 86.8% al 90.8%, mientras que la cobertura rural aumentó del 73.0% al 81.0%, reduciendo la brecha urbano-rural sin llegar a cerrarla. Para 2024, Chile había alcanzado el acceso universal tanto en zonas urbanas como rurales, mientras que Antigua y Barbuda, Costa Rica, Paraguay y Uruguay también se encontraban en o cerca de la cobertura universal. En el otro extremo de la distribución, Haití siguió siendo el claro caso atípico, con solo el 32.4% de la población urbana y el 24.1% de la población rural con acceso a saneamiento básico, y Bolivia también se mantuvo muy por debajo del promedio regional, especialmente en zonas rurales (53.3%). El progreso fue más sólido donde los niveles iniciales eran más bajos, particularmente en las zonas rurales de Bolivia, Paraguay y Perú, y en las zonas urbanas de Bolivia y Panamá. Aun así, persistieron amplias disparidades territoriales en varios países, notablemente Brasil, Panamá, Bolivia, Perú y Guatemala.

El acceso a agua potable básica fue sistemáticamente más alto que el acceso a saneamiento y se acercó a la universalidad en la mayoría de las zonas urbanas (Figura 4.17). En ALC26, la cobertura urbana aumentó solo marginalmente, del 97.0% en 2014 al 97.7% en 2024, lo que sugiere que la mayoría de los avances en las ciudades ahora provienen de alcanzar a los últimos grupos sin cobertura. En las zonas rurales, el progreso fue más sustancial, con una cobertura que aumentó del 85.3% al 90.6% en el mismo período. Para 2024, varios países ya habían alcanzado o casi alcanzado el acceso universal tanto para las poblaciones urbanas como rurales, entre ellos Brasil, Costa Rica, Paraguay, Trinidad y Tobago y Uruguay. No obstante, persistieron déficits rurales importantes, particularmente en Haití (54.8%), Bolivia (78.7%), El Salvador (80.4%), Ecuador (81.4%) y Colombia (83.7%). Las mejoras rurales más rápidas se observaron en Perú, El Salvador, Paraguay, Brasil y Haití, mientras que Jamaica fue el único país en la figura que mostró descensos tanto en la cobertura urbana como rural de agua potable a lo largo de la década.

Estos indicadores muestran un progreso constante en la ampliación de los servicios básicos de WASH en toda la región de ALC durante la última década, con avances más rápidos en las zonas rurales que ayudan a reducir brechas territoriales de larga data. Sin embargo, el saneamiento sigue rezagado respecto al agua potable en muchos países, y persisten déficits rurales considerables. Estas brechas importan porque los beneficios para la salud aumentan a medida que los hogares alcanzan niveles de servicio más altos, mientras que un WASH inseguro sigue siendo una fuente importante de enfermedades prevenibles. La inversión sostenida en infraestructura rural, calidad del servicio y apoyo focalizado a las comunidades desatendidas será esencial para convertir los avances recientes en un acceso universal y equitativo tanto al agua potable como al saneamiento (UNICEF/WHO, 2025[3]).

Definición y comparabilidad

Se clasifica como con acceso a servicios de saneamiento al menos básicos a las personas que utilizan una instalación de saneamiento mejorada que no es compartida con otros hogares. Las instalaciones de saneamiento mejoradas separan higiénicamente las excretas del contacto humano, mediante el uso de sistemas de descarga conectados a alcantarillado, fosas sépticas o letrinas de pozo, junto con letrinas de pozo mejoradas o inodoros de compostaje (UNICEF/WHO, 2025[3]).

Se clasifica como con acceso a servicios de agua potable al menos básicos a las personas que utilizan fuentes de agua potable mejoradas que requieren no más de 30 minutos por viaje para recolectar el agua. Una fuente de agua potable mejorada está construida de manera que está protegida del contacto externo, especialmente de materia fecal; las fuentes mejoradas incluyen agua entubada, grifos públicos, pozos perforados y pozos o manantiales protegidos (UNICEF/WHO, 2025[3]).

La base de datos del Programa Conjunto de Monitoreo del Abastecimiento de Agua y Saneamiento de la OMS y UNICEF (JMP, por sus siglas en inglés) incluye encuestas de hogares y censos representativos a nivel nacional que preguntan sobre agua y saneamiento, realizados principalmente en países en desarrollo. Generalmente, los países desarrollados aportan datos administrativos.

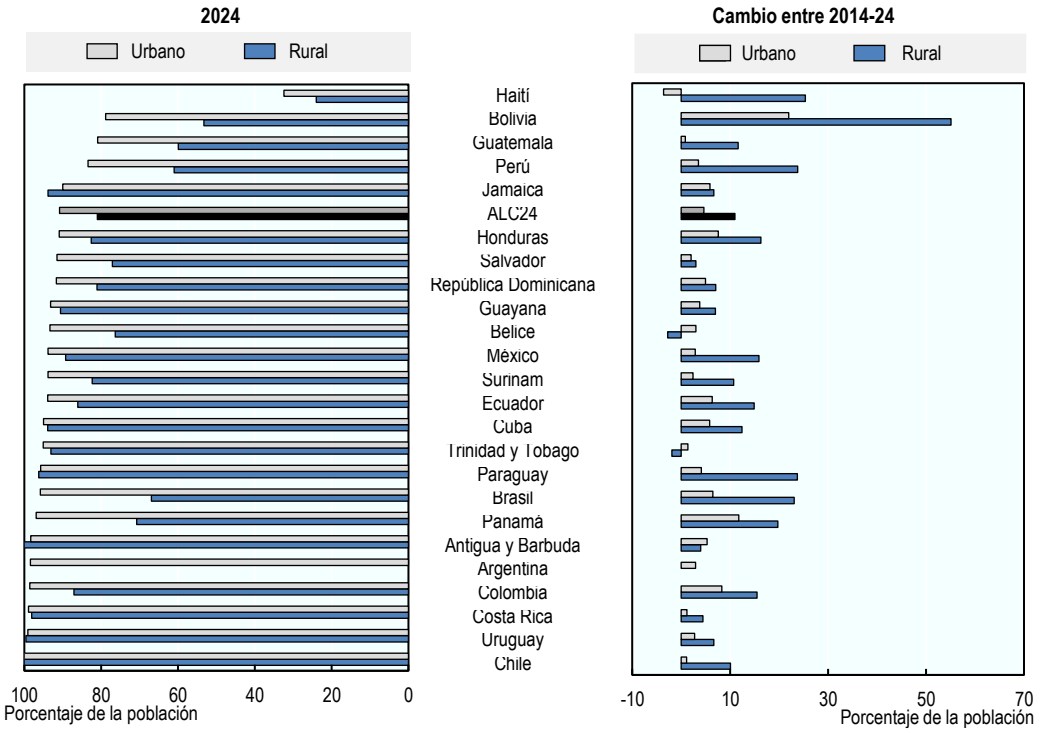
Referencias

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]

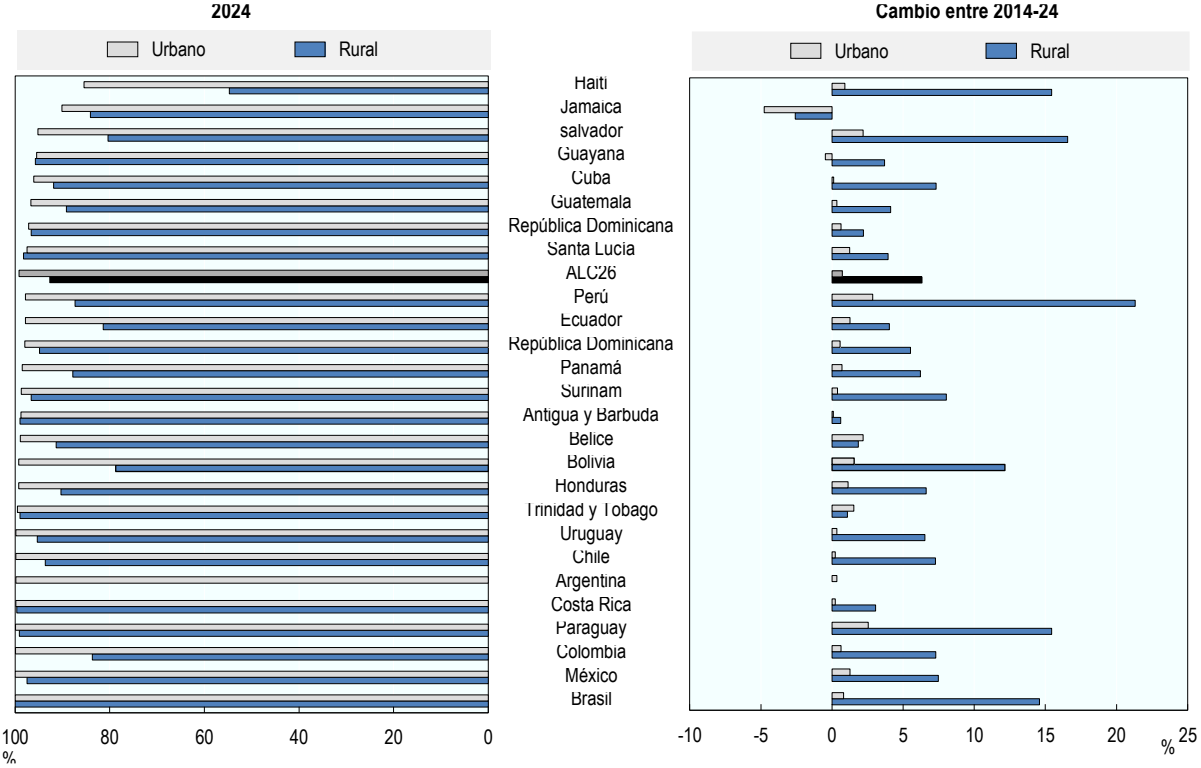
Figura 4.16. Acceso a saneamiento básico, 2024 y cambio entre 2014 y 2024



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/ugst6h

Figura 4.17. Proporción de la población con acceso a agua potable básica, 2024 y cambio entre 2014 y 2024



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/4rfl8j

Tabaco

El consumo de tabaco es el segundo factor de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial, y cobra más de 8 millones de vidas cada año, de las cuales aproximadamente 1.2 millones son resultado de la exposición de no fumadores al humo de segunda mano (WHO, 2023[1]). Los efectos negativos del tabaquismo se extienden más allá de la salud individual y poblacional, afectando también a la economía. Entre 2007 y 2023, la prevalencia mundial promedio de tabaquismo se redujo del 22.3% al 16.4%, una reducción relativa del 26% en 16 años (WHO, 2025[2]).

La prevalencia del consumo actual de cualquier producto de tabaco, ya sea diario o no diario, varía considerablemente en toda la región de ALC y también entre sexos. En 2025, la prevalencia promedio en ALC22 entre hombres mayores de 15 años es del 19%, muy por debajo del promedio de la OCDE de 24.8% para hombres del mismo grupo de edad (Figura 4.18). La prevalencia entre hombres es particularmente alta en Bahamas, Chile y Argentina, los únicos países de ALC por encima del promedio de la OCDE, con más del 25% de los hombres de 15 años o más que reportan consumo actual de tabaco. La prevalencia más baja entre hombres se observa en Panamá y Paraguay, ambos por debajo del 10%. Entre las mujeres, la prevalencia del consumo actual de tabaco es considerablemente menor que entre los hombres. Por ejemplo, las mujeres guatemaltecas fuman alrededor de 12 veces menos que los hombres. En 2025, el promedio en ALC22 entre mujeres es del 5.8%, muy por debajo del promedio de la OCDE de 17%. Chile encabeza la lista con una prevalencia superior al 23%, seguido de Argentina y Uruguay. La prevalencia femenina más baja se encuentra en Honduras, Guatemala y Panamá, todas por debajo del 2%.

Los cigarrillos electrónicos, un subconjunto de los sistemas electrónicos de administración de nicotina, han ganado popularidad rápidamente en toda la región de ALC, convirtiéndose en una preocupación clave de salud pública. Estos productos se han promocionado como “alternativas más saludables” al tabaco convencional; sin embargo, no han logrado ofrecer la reducción de riesgo esperada y ahora amenazan los avances logrados en el control del tabaco a través de la implementación de políticas- (Izquierdo-Condoy, 2025[3]). En 2024, la prevalencia del consumo actual de cigarrillos electrónicos entre adultos en ALC15 es del 1.6%, casi cuatro veces menor que el promedio de la OCDE de 5.8%. Trinidad y Tobago y Paraguay presentan una prevalencia de cigarrillos electrónicos entre adultos superior al 4%, mientras que países como Uruguay, Panamá y Santa Lucía reportan una prevalencia inferior al 0.5% (Figura 4.19).

Aumentar el precio del tabaco mediante impuestos más altos es una de las intervenciones más eficaces para reducir el consumo de tabaco, ya que desalienta a los jóvenes a comenzar a fumar y anima a los fumadores actuales a dejarlo. Una revisión reciente de estudios realizados en países de ALC encontró que los aumentos de impuestos reducen eficazmente el consumo de cigarrillos y también pueden esperarse que aumenten los ingresos fiscales por tabaco (Guindon, Paraje and Chaloupka, 2018[4]), lo que puede entonces apoyar intervenciones complementarias. La tributación promedio sobre una cajetilla de 20 cigarrillos en ALC es del 47.6%, muy por debajo del promedio de la OCDE de 72.8% (Figura 4.20). Los países con las mayores proporciones de impuestos totales sobre el tabaco son Chile, Brasil y Argentina, con 82.6%, 79.4% y 78.5%, respectivamente, aunque estos no son los países con los precios minoristas más altos. La cajetilla de cigarrillos más cara se encuentra en Bahamas, con un precio de USD 13, mientras que las más baratas se venden en Paraguay, con un precio de USD 0.46.

Los países de ALC pueden fortalecer sus regulaciones para reducir el consumo de tabaco mediante la implementación plena del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Para ello, puede seguirse la estrategia MPOWER de la OMS para monitorear el consumo de tabaco y las políticas de prevención; proteger a las personas del consumo de tabaco; ofrecer ayuda para dejar el tabaco; advertir sobre los peligros del tabaco; hacer cumplir las prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; y aumentar los impuestos sobre el tabaco (WHO, 2022[27]).

Definición y comparabilidad

La prevalencia del consumo actual de tabaco se define como el porcentaje de la población de 15 años o más que consume actualmente algún producto de tabaco (fumado y/o sin humo) de forma diaria o no diaria. Los productos de tabaco incluyen cigarrillos, pipas, puros, cigarrillos pequeños, pipas de agua (narguile, shisha), bidis, kretek, productos de tabaco calentado y todas las formas de tabaco sin humo (oral y nasal). Los productos de tabaco excluyen los cigarrillos electrónicos (que no contienen tabaco), los “puros electrónicos”, las “pipas de agua electrónicas”, JUUL y los “pipas electrónicas”. Las estimaciones para 2025 se modelaron utilizando tasas de prevalencia específicas por edad y sexo a partir de encuestas nacionales. Los resultados se estandarizaron por edad según la Población Estándar de la OMS.

La prevalencia del consumo actual de cigarrillos electrónicos entre adultos se obtiene de la encuesta representativa a nivel nacional más reciente.

Los datos de precios minoristas de los productos de tabaco y nicotina provienen de una recolección primaria mediante la encuesta de dos tipos de establecimientos minoristas en la capital: supermercados o hipermercados y quioscos, puestos de periódicos, estancos o tiendas de alimentos independientes. Los precios se recopilan de la marca más vendida (cajetilla de 20 unidades). En cuanto a los datos de impuestos, los países son encuestados cada dos años y se les solicita reportar los ingresos fiscales anuales a nivel nacional/federal de todos los productos de tabaco para el año más reciente disponible.

Referencias

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]

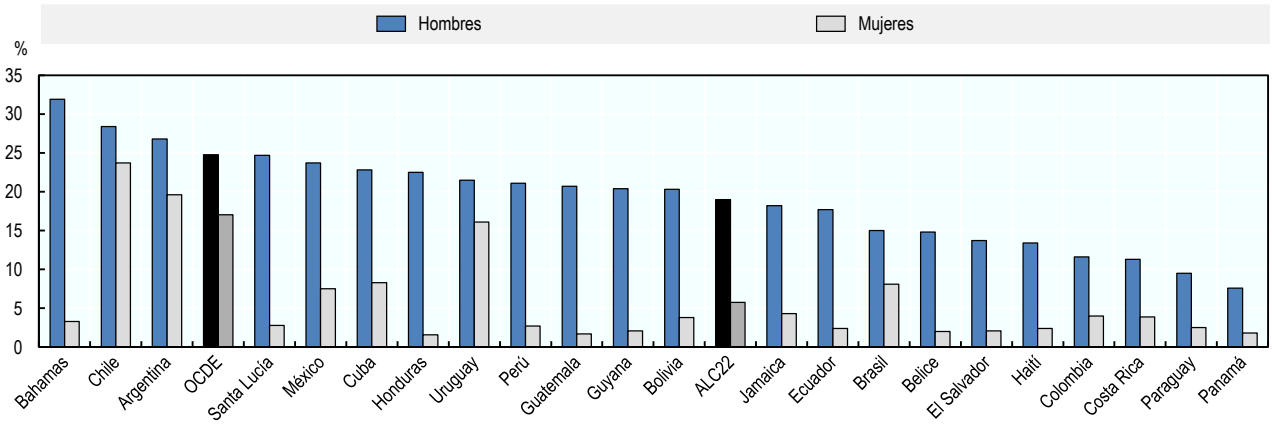
Izquierdo-Condoy, J. (2025), “Bridging the regulatory gap: a call for a regional, evidence-informed approach to e-cigarette control in Latin America”, *Frontiers in Public Health*, Vol. 13, https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1689171. [3]

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]

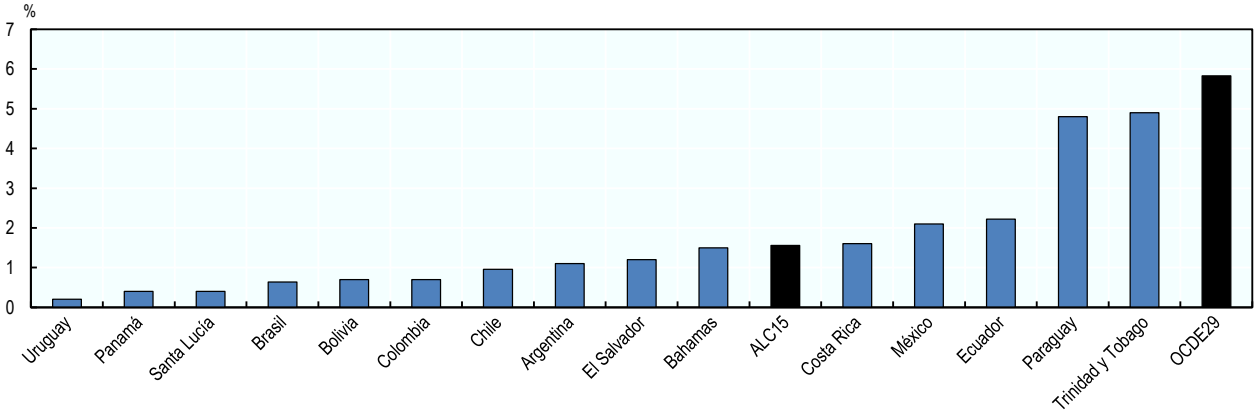
Figura 4.18. Prevalencia del consumo actual de tabaco (%), estandarizada por edad, 2025, por sexo



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/6fcwhv

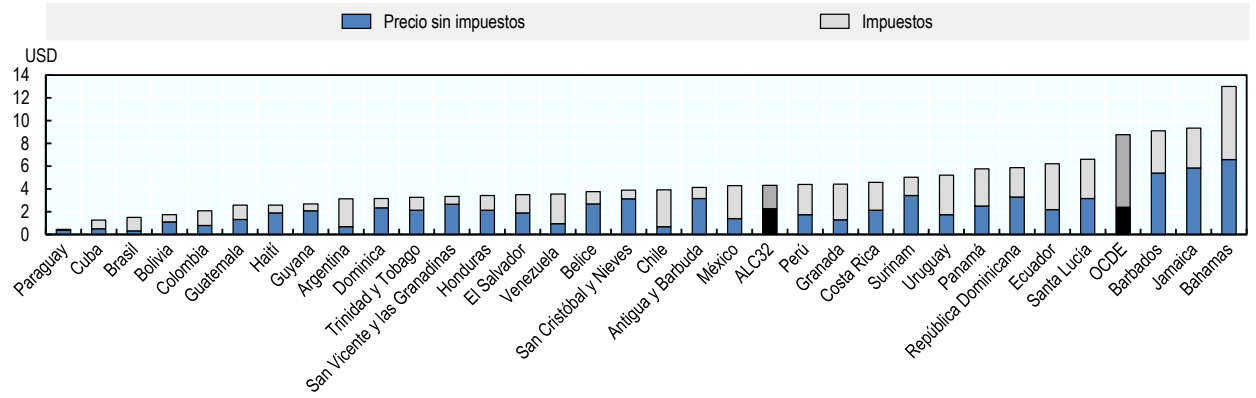
Figura 4.19. Prevalencia del consumo actual de cigarrillos electrónicos entre adultos (%), 2024



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/sfbkzw

Figura 4.20. Precio minorista de una cajetilla de 20 cigarrillos (marca más vendida) en USD e impuestos nacionales, 2024



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/z29jt0

Consumo de alcohol y drogas

El consumo de alcohol y sustancias psicoactivas continúa imponiendo una carga sustancial, aunque en gran medida prevenible, sobre la salud de la población en América Latina y el Caribe (ALC). El alcohol por sí solo está causalmente vinculado a más de 200 enfermedades y afecciones de salud, y la OMS estima que el consumo nocivo de alcohol causó 2.6 millones de muertes a nivel mundial en 2019. En las Américas, el consumo de alcohol se mantiene alrededor de un 40% por encima del promedio mundial y se caracteriza por patrones de consumo particularmente riesgosos. Al mismo tiempo, los trastornos por consumo de drogas son una preocupación de salud pública en aumento en la Región, y la OPS estima que 17.7 millones de personas en las Américas vivían con un trastorno por consumo de drogas en 2021, lo que provocó cerca de 78 000 muertes directamente atribuibles a estos trastornos (Martinez et al., 2025[1]).

En 2022, el consumo total de alcohol entre las personas de 15 años o más promedió 5.6 litros de alcohol puro per cápita en toda la región de ALC33, sustancialmente por debajo del promedio de la OCDE de 8.8 litros (Figura 4.21). El consumo varió entre 1.8 litros en Guatemala y 11.9 litros en Santa Lucía. Otros países con niveles comparativamente altos de consumo incluyeron Antigua y Barbuda (9.9 litros), Barbados (9.8), Argentina (9.0) y Brasil (8.2), mientras que Venezuela, Ecuador, Honduras y Haití también se mantuvieron por debajo de los 3 litros per cápita. La cerveza representó la mayor proporción del consumo de alcohol en ALC en promedio, seguida de los licores, mientras que el consumo de vino se mantuvo comparativamente bajo. No obstante, las preferencias de bebidas variaron notablemente entre países: el vino representó una proporción relativamente grande del consumo total en Argentina y Uruguay, mientras que los licores representaron una gran proporción del consumo en varios países del Caribe, notablemente Santa Lucía, Dominica y San Vicente y las Granadinas.

La mortalidad por envenenamiento con drogas sigue siendo mucho más baja en ALC que en los países de la OCDE, aunque los aumentos recientes en algunos países merecen atención (Figura 4.22). En ALC25, la tasa de mortalidad por envenenamiento con drogas se situó en 0.58 muertes por cada 100 000 habitantes en 2023, en comparación con 5.21 en la OCDE36. Este promedio regional estuvo ligeramente por debajo del nivel de 2010 (0.61), pero por encima del valor de 2019 (0.42). En 2023, Granada registró la tasa más alta reportada en la región, con 2.38 muertes por cada 100 000 habitantes, seguida de Costa Rica (1.83), Uruguay (1.81), Brasil (1.43) y Trinidad y Tobago (1.42). En contraste, varios países reportaron tasas en cero o cercanas a cero. A pesar de los niveles absolutos comparativamente bajos, la tendencia al alza observada en países como Brasil, Costa Rica, México y Uruguay sugiere que la mortalidad relacionada con drogas se está convirtiendo en un problema de salud pública más visible en partes de la región.

La mortalidad específica por alcohol muestra un patrón diferente. Las tasas son considerablemente más altas que las observadas para el envenenamiento con drogas, y la variación entre países es amplia (Figura 4.23). En ALC25, la tasa de mortalidad específica por alcohol fue de 6.72 por cada 100 000 habitantes en 2023, por debajo del promedio de la OCDE36 de 9.45, pero solo ligeramente por encima del nivel regional de 2019 (6.65) y muy por debajo del nivel de 2010 (8.30). Guatemala reportó la tasa más alta en 2023 (18.21 muertes por cada 100 000 habitantes), seguida de San Cristóbal y Nieves (17.57), Belice (12.81), México (12.49) y Nicaragua (10.91). En el otro extremo de la distribución, las tasas más bajas se observaron en la República Dominicana (0.90), Panamá (1.50), Jamaica (1.69), Antigua y Barbuda (1.72) y Colombia (1.76). En el largo plazo, varios países registraron descensos considerables, entre ellos San Vicente y las Granadinas, Chile, Dominica, Guyana y Nicaragua.

Los patrones de consumo nocivo y la alta mortalidad específica por alcohol persisten en varios países, a pesar de que el consumo promedio de alcohol se mantiene por debajo de los niveles de la OCDE, mientras que la mortalidad por envenenamiento con drogas, aunque todavía baja según los estándares de la OCDE, ha aumentado en algunos países. Abordar esta carga requerirá políticas más sólidas de control del alcohol, mejor prevención e intervención temprana, y un mayor acceso a servicios de tratamiento y reducción de daños. Los resultados deben interpretarse con cautela, especialmente en países pequeños, donde las fluctuaciones interanuales pueden reflejar el tamaño de la población, la integridad del reporte y cambios en la codificación.

Definición y comparabilidad

Los datos sobre el consumo total de alcohol per cápita se obtuvieron del WHO Global Health Observatory y representan los litros de alcohol puro consumidos por persona de 15 años o más durante un año calendario, derivados de datos de producción, importación, exportación y ventas, a menudo recopilados a través de sistemas de tributación. El indicador se calcula dividiendo este consumo total registrado de alcohol (numerador) entre la población residente a mitad de año de 15 años o más para el mismo año calendario, según las proyecciones de variante media de la WPP de la ONU (denominador).

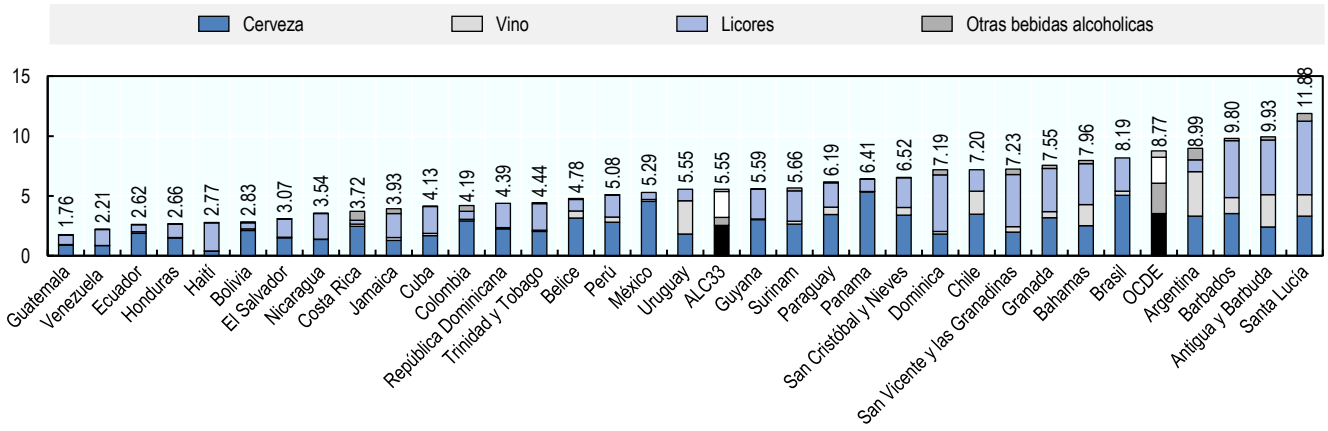
Los datos sobre muertes por envenenamiento con drogas y específicas por alcohol se extrajeron de la base de datos de mortalidad de la OMS. Las tasas de mortalidad se calculan dividiendo el número anual de muertes entre las estimaciones de población a mitad de año. Las tasas se han estandarizado por edad utilizando datos de población de los cuatro países de la OCDE en ALC como población estándar. Los códigos CIE10 utilizados para definir las causas subyacentes de muerte por alcohol o drogas se basan en la Oficina de Estadísticas Nacionales (Cornes et al., 2021[2]).

Referencias

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]

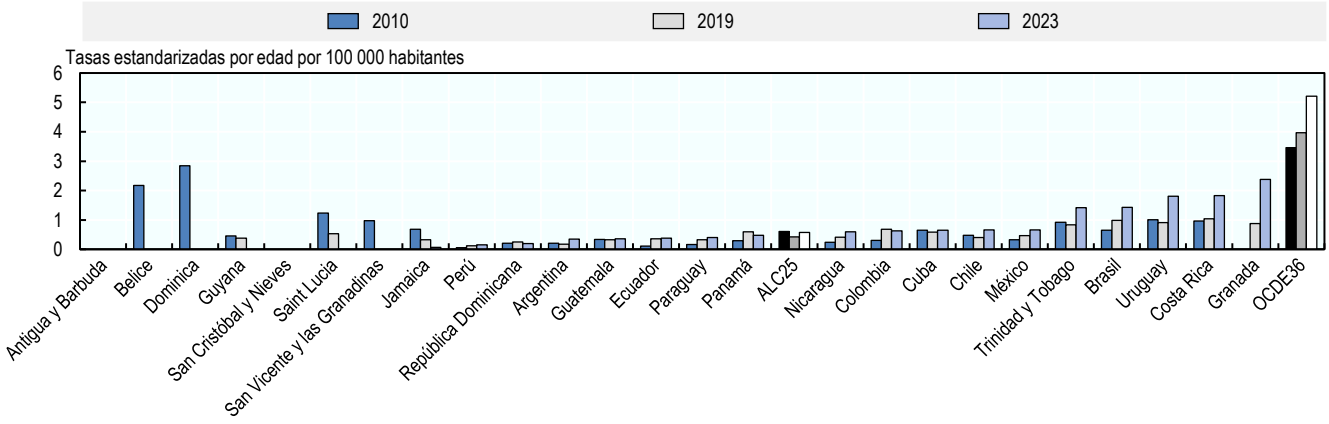
Figura 4.21. Consumo total de alcohol per cápita (15+) (en litros de alcohol puro), por tipo de bebida, 2022



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/m6ych1

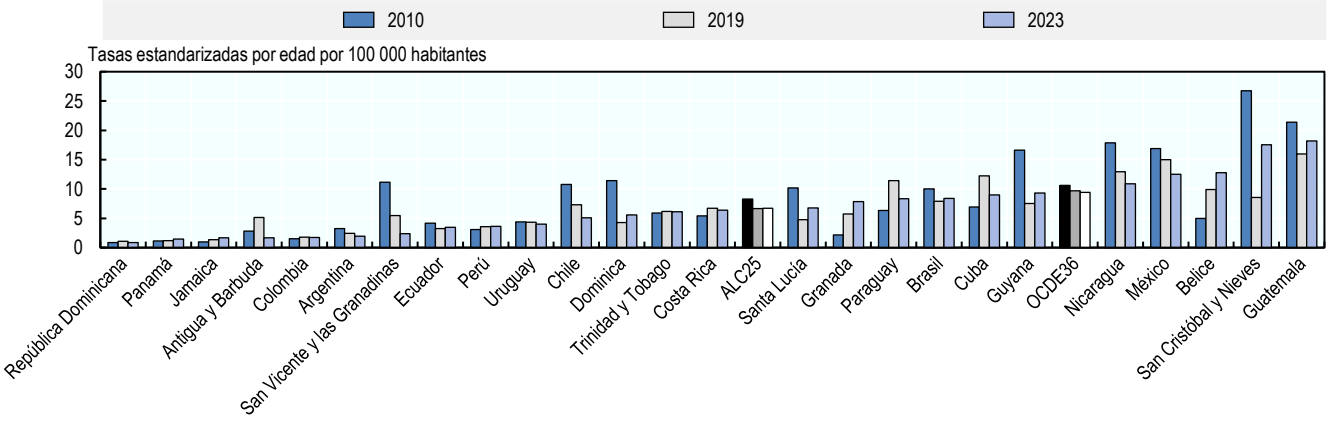
Figura 4.22. Tasas de muertes por envenenamiento con drogas, 2010, 2019 y 2023 (o último año disponible)



Fuente: Base de datos de mortalidad de la OMS (2026).

StatLink https://stat.link/z35hd4

Figura 4.23. Tasas de mortalidad específica por alcohol, 2010, 2019 y 2023 (o último año disponible)



Fuente: Base de datos de mortalidad de la OMS (2026).

StatLink https://stat.link/gnfhws

Seguridad vial

Aproximadamente 1.9 millones de personas mueren cada año a causa de accidentes de tránsito, que son la principal causa de mortalidad entre las personas de 5 a 29 años. Existe una gran disparidad por nivel de ingresos, ya que el 92% de las muertes por accidentes de tránsito ocurren en países de ingresos bajos y medios (WHO, 2023[1]). La carga de las lesiones de tránsito recae de manera desproporcionada en los usuarios viales vulnerables: peatones, ciclistas y motociclistas. Las lesiones de tránsito costarán a la economía mundial USD 1.8 billones (en USD constantes de 2010) entre 2015 y 2030, lo que equivale a un impuesto anual del 0.12% sobre el producto interno bruto mundial (Chen et al., 2019[2]).

En 2023, los 25 países de ALC con datos disponibles de la base de datos de mortalidad de la OMS reportaron un promedio de 20 muertes por cada 100 000 hombres y 4.2 muertes por cada 100 000 mujeres debido a accidentes de tránsito, ambas muy por encima de los promedios de la OCDE37 de 7.5 y 2.0 muertes por cada 100 000 habitantes, respectivamente (Figura 4.24). Para el resto de los países de ALC, los datos de mortalidad se obtienen de estimaciones modeladas del IHME. Los países con las tasas de mortalidad masculina más altas por accidentes de tránsito también tienden a presentar las tasas de mortalidad femenina más altas, aunque hay algunas excepciones. En general, en los países de ALC, los hombres tienen 4.8 veces más probabilidades de morir en un accidente de tránsito que las mujeres. Haití, Bolivia y Honduras presentan la mortalidad masculina por accidentes de tránsito más alta de la región, con tasas que superan las 45 muertes por cada 100 000 habitantes. Entre las mujeres, las tasas más altas se observan en Haití, Bolivia, San Cristóbal y Nieves y El Salvador, todas por encima de 9 muertes por cada 100 000 habitantes. En el extremo opuesto, las tasas más bajas de la región se observan en Jamaica y Granada, ambas por debajo de 4 muertes por cada 100 000 habitantes, y son los únicos países de ALC por debajo del promedio masculino de la OCDE37. Entre las mujeres, San Vicente y las Granadinas es el único país que reporta 0 muertes en 2022 (último año disponible), seguido de Jamaica, Santa Lucía y Antigua y Barbuda, con 0.26, 0.98 y 1.60 muertes por cada 100 000 habitantes, respectivamente.

Los principales factores de riesgo de muertes y lesiones por accidentes de tránsito son conducir bajo los efectos del alcohol, el exceso de velocidad y el no uso de cascos para motocicleta, cinturones de seguridad y sistemas de retención infantil. La conducción distraída es una amenaza creciente para la seguridad vial, particularmente debido al uso de teléfonos móviles y otras tecnologías dentro del vehículo. Enviar mensajes de texto mientras se conduce provoca distracción cognitiva, manual y visual, e incluso el uso de teléfonos con manos libres reduce el desempeño de conducción (WHO, 2023[1]). Dado que tanto los dispositivos de mano como los de manos libres generan distracción cognitiva, algunas leyes nacionales regulan ambos (Tabla 4.1). Conducir con una concentración de alcohol en sangre (CAS) superior a 0.05 g/dl (gramos por decilitro) aumenta sustancialmente el riesgo de choques y la probabilidad de lesiones fatales o graves. La aplicación mediante puntos de control aleatorios de pruebas de alcoholemia es muy costo-efectiva y puede reducir los choques relacionados con el alcohol en aproximadamente un 20%. A partir de 2023, los 30 países de ALC con datos disponibles han implementado leyes nacionales contra conducir bajo los efectos del alcohol. El uso del cinturón de seguridad reduce las muertes entre los ocupantes de vehículos hasta en un 50%. Sin embargo, Antigua y Barbuda no cuenta con una ley nacional de cinturón de seguridad, y varios otros países no exigen su uso a todos los ocupantes. Los sistemas de retención infantil, incluidos los asientos para bebés y los asientos elevadores, reducen el riesgo de muerte en un choque en aproximadamente un 71% entre los bebés (WHO, 2023[1]), y, sin embargo, las leyes nacionales obligatorias de retención infantil existen solo en 19 países de ALC. La gestión de la velocidad sigue siendo uno de los principales desafíos para la seguridad vial y requiere una respuesta multidisciplinaria de largo plazo. Existe legislación nacional sobre límites de velocidad en 28 países de ALC, con excepción de Dominica y Venezuela. Sin embargo, en varios países las autoridades locales pueden modificar los límites de velocidad. El uso correcto del casco de motocicleta reduce el riesgo de muerte en más de 6 veces y de lesión grave hasta en un 74%. La aplicación de las leyes sobre el uso del casco puede aumentar las tasas de uso a más del 90% (WHO, 2023[1]). Sin embargo, Antigua y Barbuda y Dominica carecen de regulaciones obligatorias sobre el uso del casco. En otros países de ALC, las tasas de uso del casco de motocicleta varían ampliamente, siendo inferiores al 50% tanto para conductores como para pasajeros en Ecuador y Paraguay, mientras que seis países de ALC reportan tasas de uso superiores al 90% para ambos.

En la región de ALC se ha logrado progreso en los últimos cinco años. Por ejemplo, algunos países han reducido sus límites de velocidad en entornos rurales y urbanos, incluida Colombia. Se han introducido nuevas regulaciones sobre el uso del teléfono móvil al conducir en Jamaica y México. Se ha adoptado legislación obligatoria sobre el casco de motocicleta en Guyana, y se han introducido regulaciones de retención infantil en México. Sin embargo, se requiere mayor acción política e inversión para estar a la altura de la magnitud de la carga de mortalidad por accidentes de tránsito en la región.

Definición y comparabilidad

Véase el indicador “Mortalidad por todas las causas” en el Capítulo 3 para la definición, fuente y metodología subyacente a las tasas de mortalidad. De los 33 países de ALC, ALC25 se refiere a los 25 países con datos de mortalidad medidos disponibles en la Base de Datos de Mortalidad de la OMS, mientras que ALC8 se refiere a los países cuyos datos de mortalidad se basan en estimaciones del IHME. Para obtener información sobre la legislación relativa a los cinco principales factores de riesgo de muertes por accidentes de tránsito, véanse los perfiles de país de seguridad vial.

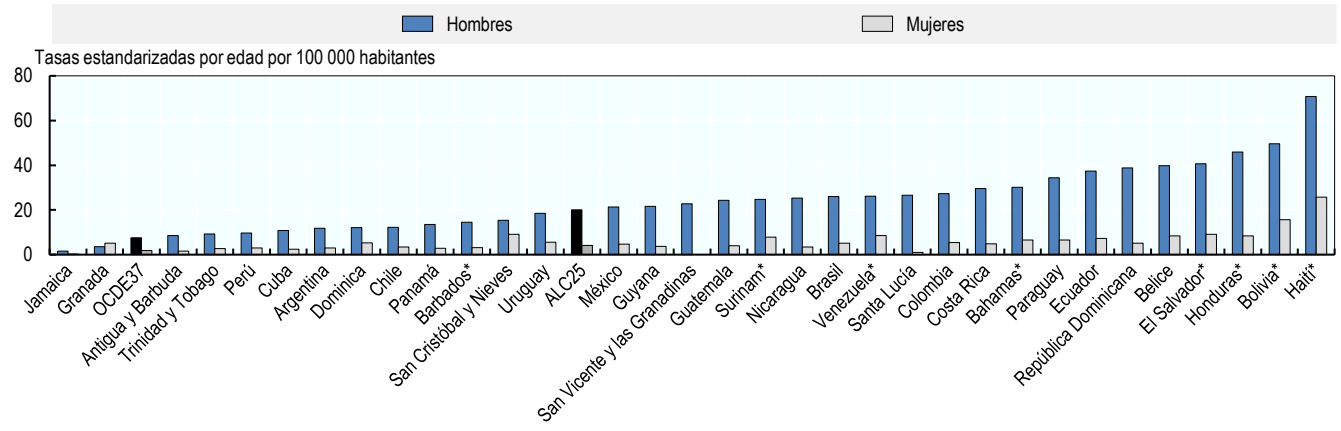
Referencias

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]

Figura 4.24. Tasas de mortalidad por accidentes de tránsito, por sexo, 2023 (o último año disponible)



Nota: * Estimaciones del IHME.
Fuente: Base de datos de mortalidad de la OMS (2026) y Global Burden of Disease (2025), IHME.

StatLink https://stat.link/x04g27

Tabla 4.1. Existencia de legislación nacional sobre cinco factores de riesgo principales de muertes por accidentes de tránsito, último año disponible

País	Conducción bajo los efectos del alcohol	Cinturón de seguridad		Sistema de retención infantil	Límite de velocidad			Casco de motocicleta		Uso del teléfono móvil
	Ley nacional	Ley nacional	Aplicabilidad a todos los ocupantes	Ley nacional	Ley nacional o local	Rural (km/h)	Urbano (km/h)	Ley nacional	Tasa de uso del casco de motocicleta (% conductor / % pasajero)	Ley nacional sobre el uso de teléfono móvil de mano o manos libres
Antigua y Barbuda	Sí	No	-	No	Nacional	64	32	No	-	No
Argentina	Sí	Sí	Sí	Sí	Ambos	110	60	Sí	69/42	Sí
Bahamas	Sí	Sí	Sí	Sí	Ambos	48	40	Sí	-	No
Barbados	Sí	Sí	Sí	Sí	Nacional	80	80	Sí	-	Sí
Belice	Sí	Sí	No	No	Nacional	88	40	Sí	-	No
Bolivia	Sí	Sí	No	No	Ambos	80	40	Sí	-	No
Brasil	Sí	Sí	Sí	Sí	Ambos	100	80	Sí	100	Sí
Chile	Sí	Sí	Sí	Sí	Ambos	100	50	Sí	95/87	Sí
Colombia	Sí	Sí	Sí	No	Ambos	90	50	Sí	79/53	Sí
Costa Rica	Sí	Sí	Sí	Sí	Nacional	60	50	Sí	97/90	Sí
Cuba	Sí	Sí	Sí	No	Nacional	90	50	Sí	95/95	Sí
Dominica	Sí	Sí	Sí	No	Ninguna	-	-	No	-	No
República Dominicana	Sí	Sí	Sí	Sí	Nacional	60	60	Sí	-	Sí
Ecuador	Sí	Sí	Sí	Sí	Ambos	120	60	Sí	26/13	Sí
El Salvador	Sí	Sí	No	Sí	Nacional	90	50	Sí	-	Sí
Guatemala	Sí	Sí	No	No	Ambos	80	60	Sí	-	Sí
Guyana	Sí	Sí	No	Sí	Nacional	64	64	Sí	-	Sí
Haití	Sí	Sí	Sí	No	Nacional	-	50	Sí	-	Sí
Honduras	Sí	Sí	Sí	No	Nacional	-	-	Sí	-	Sí
Jamaica	Sí	Sí	Sí	Sí	Nacional	80	80	Sí	-	Sí
México	Sí	Sí	No	Sí	Ambos	80	50	Sí	-	Sí
Nicaragua	Sí	Sí	No	Sí	Nacional	100	45	Sí	95/95	Sí
Panamá	Sí	Sí	Sí	No	Nacional	100	80	Sí	95/95	Sí
Paraguay	Sí	Sí	Sí	Sí	Ambos	110	50	Sí	35/11	Sí
Perú	Sí	Sí	Sí	Sí	Ambos	60	50	Sí	-	Sí
Santa Lucía	Sí	Sí	No	No	Nacional	-	-	Sí	-	Sí
Surinam	Sí	Sí	Sí	Sí	Nacional	80	40	Sí	95/90	Sí
Trinidad y Tobago	Sí	Sí	No	Sí	Nacional	80	50	Sí	98/98	Sí
Uruguay	Sí	Sí	Sí	Sí	Ambos	90	45	Sí	93/82	Sí
Venezuela	Sí	Sí	Sí	Sí	Ninguna	-	-	Sí	-	Sí

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

Riesgos ambientales y climáticos

El cambio climático es uno de los mayores desafíos para la humanidad. Está vinculado a muchos tipos diferentes de afectaciones ambientales, como las temperaturas extremas, la propagación de enfermedades tropicales y sus vectores, y la contaminación del aire. La contaminación del aire es ya el riesgo ambiental para la salud más significativo y una causa importante de muerte y discapacidad, y provoca aproximadamente 7 millones de muertes prematuras al año, y es probable que su impacto futuro sea aún mayor si no se desarrolla una acción política adecuada. Además, el 99% de la población mundial respira aire que excede las directrices de calidad del aire de la OMS, y los países de ingresos bajos y medios sufren las mayores exposiciones (WHO, 2026[1]).

Si bien el costo económico de la mortalidad relacionada con el calor varía ampliamente en toda la región de ALC, la carga general ha aumentado de manera constante en las últimas décadas. En ALC27, las pérdidas monetizadas anuales promedio a nivel mundial debidas a la mortalidad relacionada con el calor para el período 2020-2024 fueron un 244% más altas que el promedio de 2000-2004, expresadas como el número equivalente de ingresos anuales promedio (Figura 4.25). En 2024, esta carga fue la más baja en Bahamas, San Vicente y las Granadinas y Belice, donde las pérdidas se mantienen por debajo de 1000 equivalentes de ingreso anual promedio. Por ejemplo, en San Vicente y las Granadinas la pérdida equivale a aproximadamente 322 ingresos anuales. En el extremo opuesto, México y Brasil presentaron pérdidas muy elevadas, alcanzando 409 384.8 y 498 325.9 equivalentes de ingreso, respectivamente.

El dengue es una enfermedad viral transmitida por mosquitos de las especies Aedes aegypti y Aedes albopictus. El número reproductivo básico (R0) del dengue ha aumentado en toda la región de ALC al comparar el período 2015-2024 con 1951-1960. En promedio, ALC25 registró un aumento de 0.23 para Ae. aegypti y de 0.25 para la especie Ae. albopictus, lo que significa que cada caso ahora genera, en promedio, alrededor de una cuarta parte más de infecciones secundarias que en el período 1951-1960 (Figura 4.26). Colombia, Ecuador y Nicaragua presentaron los mayores aumentos en el R0 relacionado con aegypti (superiores a 0.7), mientras que Brasil, Bolivia y Colombia mostraron los mayores incrementos en el R0 relacionado con albopictus (superiores a 0.59). Solo unos pocos países experimentaron descensos en el R0 del dengue, con Trinidad y Tobago, Haití, República Dominicana, Jamaica y Argentina registrando reducciones para Ae. aegypti (entre 0.20 y 0.04) y Cuba, Uruguay y Argentina para Ae. albopictus (entre 0.30 y 0.03).

En los países de ALC31, las tasas de mortalidad atribuidas a la contaminación del aire doméstico y ambiental en 2019 fueron en promedio de 42.1 muertes estandarizadas por edad por cada 100 000 habitantes en mujeres y 53.7 en hombres. Las tasas de mortalidad en hombres fueron más altas que en mujeres en todos los países de ALC con datos disponibles, excepto en Haití. Haití presentó las tasas de mortalidad más altas tanto para mujeres como para hombres, con 216 y 204 muertes por cada 100 000 habitantes, respectivamente. Bahamas, Panamá, Antigua y Barbuda, y Barbados presentaron las tasas de mortalidad masculina más bajas de la región, con menos de 22 muertes por cada 100 000 habitantes, mientras que las tasas de mortalidad femenina más bajas se registraron en Bahamas y Uruguay, con menos de 12 muertes por cada 100 000 habitantes (Figura 4.27).

El cambio climático está alterando la ecología de los mosquitos vectores del dengue y ampliando las áreas geográficas donde estas especies pueden vivir. Mientras que el Ae. aegypti está adaptado a entornos urbanos más cálidos (24-34°), el Ae. albopictus es más prevalente en entornos suburbanos y rurales más frescos (15-30°); sin embargo, actualmente se está expandiendo hacia regiones templadas que anteriormente solo estaban pobladas por el Ae. aegypti, lo que aumenta el riesgo proyectado de infección por dengue (Chacón and Santos-Vega, 2026[2]). La OPS recomienda una vigilancia sostenida del dengue, el control focalizado de mosquitos en áreas de alto riesgo y una atención clínica sólida para prevenir casos graves y muertes. Las comunidades desempeñan un papel clave en las acciones de prevención apoyadas por campañas de educación sanitaria. Finalmente, mejorar el diagnóstico, aumentar la detección temprana y avanzar en la investigación sobre vacunas es esencial para fortalecer la prevención del dengue (Anand et al., 2024[3]).

Definición y comparabilidad

Los datos sobre los costos de la mortalidad relacionada con el calor combinan estimaciones de las tasas de mortalidad relacionada con el calor y el valor del año de vida estadístico (VSLY, por sus siglas en inglés) estimado para los países miembros de la OCDE. Utiliza una proporción fija del VSLY respecto al producto interno bruto per cápita. El valor de la mortalidad se presenta como el número de ingresos de las personas al que equivaldría la pérdida en un país y región determinados.

En las enfermedades virales, el R0 representa el número esperado de casos generados directamente por un caso en una población de individuos susceptibles a la infección. Tanto para los costos de la mortalidad relacionada con el calor como para el cambio absoluto en el R0 asociado al dengue, los datos se extraen del explorador de datos de The Lancet Countdown 2025 (Lancet Countdown, 2025[4]).

La contaminación por material particulado ambiente (exterior) resulta de las emisiones de la actividad industrial, los hogares y los vehículos, que son mezclas complejas de contaminantes del aire, muchos de los cuales son nocivos para la salud. De todos estos contaminantes, el material particulado fino, incluso en niveles bajos, tiene el mayor efecto sobre la salud humana.

Referencias

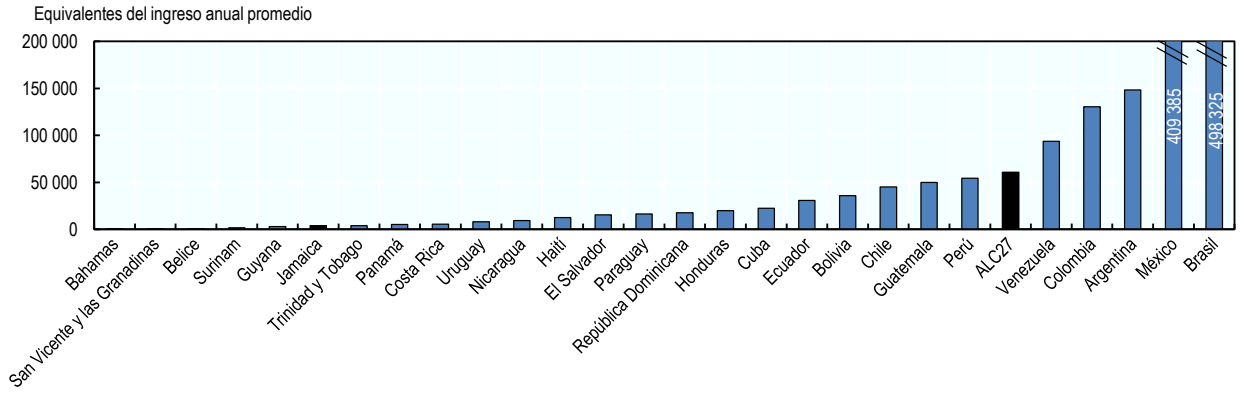
Anand, A. et al. (2024), “An urgent call for action: addressing the unprecedented rise in dengue cases in the Americas”, *Annals of Medicine & Surgery*, Vol. 86/7, pp. 3814-3815, https://doi.org/10.1097/ms9.0000000000002186. [3]

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]

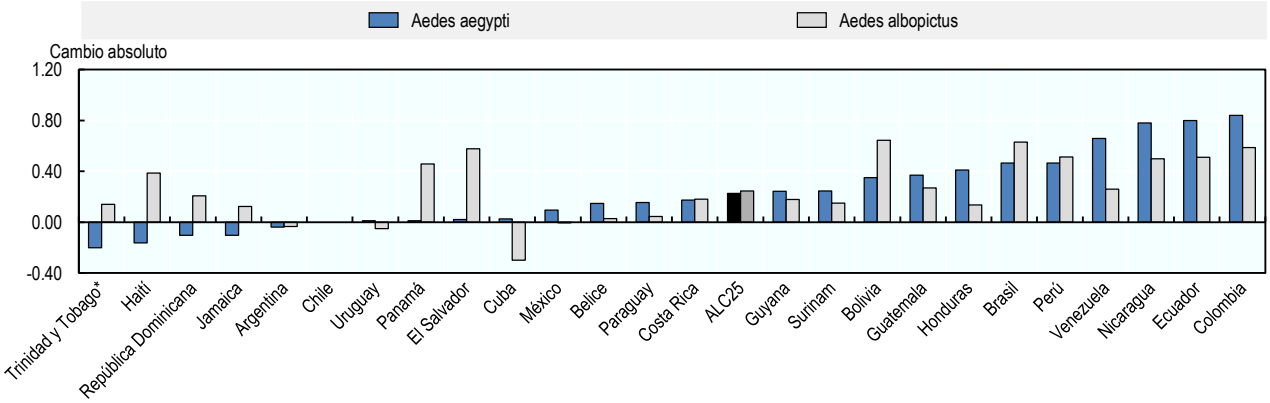
Figura 4.25. Costos de la mortalidad relacionada con el calor, 2024



Fuente: The Lancet Countdown report, 2025.

StatLink https://stat.link/3l829u

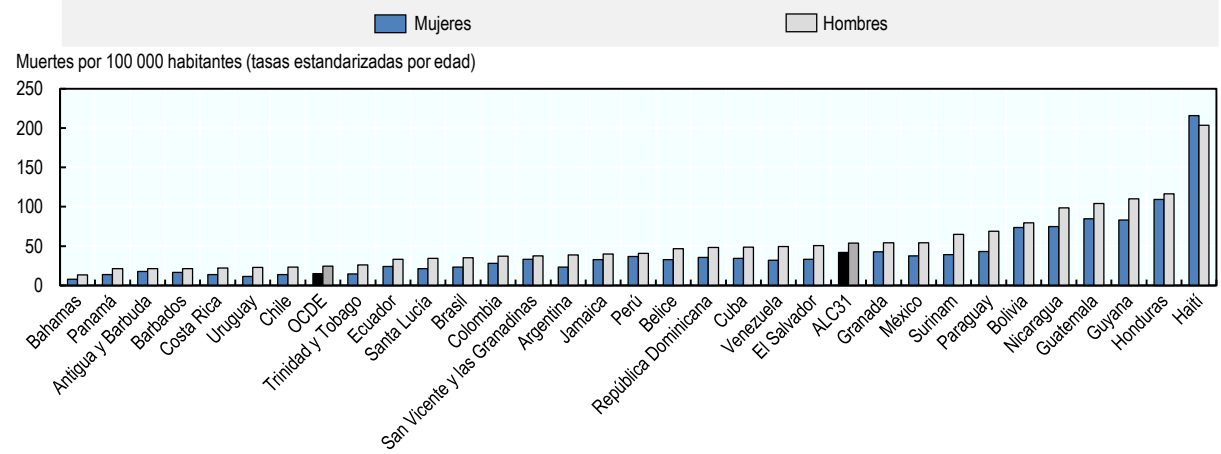
Figura 4.26. Cambio absoluto en el número reproductivo básico (R0) para la transmisión del dengue por los mosquitos Aedes aegypti y Aedes albopictus en 2015-2024, en comparación con el período de referencia 1951-1960



Nota: * Trinidad y Tobago no cuenta con datos disponibles para Aedes aegypti en 2024; el intervalo se calculó como el promedio de 2015 a 2023.
Fuente: The Lancet Countdown report, 2025.

StatLink https://stat.link/nsvqdj

Figura 4.27. Tasa de mortalidad atribuida a la contaminación del aire doméstico y ambiental, por sexo, 2019



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2024.

StatLink https://stat.link/wia2k4

5 Datos de salud e infraestructura del sistema de salud

Disponibilidad de datos de salud

Los sistemas de información en salud son más eficaces cuando los datos fluyen entre quienes los generan, utilizan y aprovechan. El uso generalizado de datos interoperables y de alta calidad sustenta nuevos servicios y aplicaciones de salud digital, y facilita que la información sea comprendida y utilizada en distintos entornos y por diferentes usuarios (OECD, 2021[1]). En la Encuesta de Políticas de Calidad de la Atención 2025 de la OCDE para Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe, se preguntó a los países si determinados tipos de datos de salud estaban disponibles para las autoridades nacionales o subnacionales, si se gestionaban mediante sistemas de registro electrónico de salud (RES) y si los pacientes podían acceder a sus propios datos. Los resultados muestran que, aunque muchos países han establecido sistemas digitales y utilizan los datos para la gobernanza, la evaluación de la calidad o el monitoreo del desempeño, el acceso de los pacientes no siempre está garantizado.

Los datos hospitalarios están disponibles para las autoridades nacionales o subnacionales en todos los países participantes, aunque en Argentina, Colombia y Granada solo lo están para las autoridades subnacionales. La mayoría de los países utiliza algún tipo de RES, pero su cobertura varía. En Perú, estos sistemas tienen cobertura nacional, abarcan distintos niveles de atención e integran sistemas paralelos. En Colombia, en cambio, funcionan principalmente dentro de cada institución, en lugar de constituir sistemas nacionales integrados. El acceso de los pacientes sigue siendo muy limitado: solo Costa Rica y Perú ofrecen acceso digital generalizado a sus datos en todos los niveles de atención, mientras que los demás países suelen facilitar el acceso en formato físico y previa solicitud.

Los datos de atención primaria suelen estar disponibles para las autoridades públicas de los países participantes, aunque el grado de centralización varía. En Paraguay, la información se recopila por regiones sanitarias y no a escala nacional. Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y México, entre otros, utilizan estos datos administrativamente en todo el país. Sin embargo, la infraestructura digital sigue siendo desigual. En Colombia, el uso de RES en atención primaria, antes concentrado principalmente en Bogotá, se ha extendido gradualmente a otras regiones, mejorando la interoperabilidad. Una resolución de 2025 establece su implementación obligatoria por parte de los prestadores. En Granada, los RES solo están disponibles en algunas clínicas públicas. En otros países, los sistemas funcionan en paralelo entre prestadores sin plena interoperabilidad, como ocurre en todos los países del Caribe con datos disponibles. Pese al creciente uso de los datos de atención primaria para la gobernanza y el monitoreo de los servicios, el acceso de los pacientes sigue siendo limitado.

Los datos sobre medicamentos de prescripción presentan brechas comparativamente mayores. Aunque la mayoría de los países señala que las autoridades tienen acceso a los datos de prescripción y que estos se gestionan al menos parcialmente de forma electrónica, son menos los que integran esta información a escala nacional con otros niveles de atención o permiten que los pacientes accedan directamente a la información sobre sus medicamentos. Esto representa una oportunidad desaprovechada. Los datos digitales de prescripción pueden apoyar la farmacovigilancia, el monitoreo del uso de antimicrobianos y el control de costos. Cuando se comparten con los pacientes, también pueden reducir los errores de medicación, mejorar la adherencia y facilitar transiciones asistenciales más seguras.

En países donde los datos hospitalarios y de atención primaria ya se recopilan digitalmente y se utilizan para la gobernanza y el monitoreo del desempeño, ampliar el acceso digital seguro de los pacientes reforzaría la continuidad asistencial, apoyaría la toma de decisiones compartida y mejoraría la rendición de cuentas. Las brechas actuales dificultan la continuidad de la información entre autoridades, prestadores y pacientes, especialmente para las personas con enfermedades crónicas. Reforzar esta continuidad es una oportunidad importante para mejorar la calidad, la eficiencia y la atención centrada en las personas.

Definición y comparabilidad

Los datos proceden de la Encuesta de Políticas de Calidad de la Atención 2025 de la OCDE para Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026. La encuesta se administró en línea entre octubre y diciembre de 2025 a funcionarios de los ministerios de Salud de los países participantes. Participaron 12 países: Argentina, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Granada, México, Paraguay, Perú y Santa Lucía. Se incluyen además otros siete países, cuya información fue recopilada de manera ad hoc por la OCDE mediante consultas a expertos y la revisión de literatura publicada. La encuesta recopiló información sobre la disponibilidad nacional o subnacional de determinadas fuentes e indicadores de salud. Para esta publicación se seleccionó un subconjunto de indicadores. La Guía del lector ofrece más información sobre el cuestionario, su alcance y los aspectos metodológicos.

Referencias

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

Tabla 5.1. Disponibilidad de información sobre la atención al paciente entre entornos, 2025

Disponibilidad, digitalización y acceso de pacientes a los datos de salud en los entornos hospitalario, de atención primaria y de prescripción

	Nivel de atención	Disponibilidad de datos a la autoridad nacional o subnacional?	¿Gestiona datos de atención al paciente en registro electrónico?	¿Tienen los pacientes acceso digital a sus propios datos?
Argentina	Hospitalaria	✓	✓	X
	Atención primaria	X	✓	X
	Medicamentos (receta)			X
Belice	Hospitalaria	✓	✓	X
	Atención primaria	✓	X	X
	Medicamentos (receta)	✓	✓	X
Brasil	Hospitalaria			X
	Atención primaria	✓	X	X
	Medicamentos (receta)			X
Chile	Hospitalaria	✓	X	X
	Atención primaria	X	✓	X
	Medicamentos (receta)	X	X	X
Colombia	Hospitalaria	✓	✓	X
	Atención primaria	✓	✓	X
	Medicamentos (receta)	✓	✓	X
Costa Rica	Hospitalaria	✓	✓	✓
	Atención primaria	✓	✓	✓
	Medicamentos (receta)	✓	✓	✓
Ecuador	Hospitalaria	✓	X	X
	Atención primaria	✓	X	X
	Medicamentos (receta)			X
Granada	Hospitalaria	✓	✓	X
	Atención primaria		✓	X
	Medicamentos (receta)	X	X	X
México	Hospitalaria	✓	X	X
	Atención primaria	✓	✓	X
	Medicamentos (receta)	X	X	X
Paraguay	Hospitalaria	✓	✓	X
	Atención primaria	✓	X	X
	Medicamentos (receta)	✓	✓	X
Perú	Hospitalaria	✓	✓	✓1
	Atención primaria	✓	✓	✓1
	Medicamentos (receta)	✓	X	✓1
Santa Lucía	Hospitalaria	✓	✓	X
	Atención primaria	✓	X	X
	Medicamentos (receta)			X
República Dominicana	Hospitalaria	✓		X
	Atención primaria	✓		X
	Medicamentos (receta)	✓		X
El Salvador	Hospitalaria	✓	✓	X
	Atención primaria	✓	✓	X
	Medicamentos (receta)	✓	✓	X
Guatemala	Hospitalaria	✓	✓	X
	Atención primaria	✓	✓	X
	Medicamentos (receta)	✓		X
Haití	Hospitalaria	✓		X
	Atención primaria	✓		X
	Medicamentos (receta)	✓		X
Honduras	Hospitalaria	✓		X
	Atención primaria	✓		X
	Medicamentos (receta)	✓		X
Nicaragua	Hospitalaria	✓	X	X
	Atención primaria	✓	X	X
	Medicamentos (receta)	✓	X	X
Panamá	Hospitalaria	✓	✓	X
	Atención primaria	✓	✓	X
	Medicamentos (receta)	✓	✓	X

Nota: Basado en las siguientes preguntas: (i) ¿Están disponibles los datos de atención al paciente en formato digital para una autoridad nacional? (ii) ¿Se gestionan los datos de atención al paciente en un sistema nacional o subnacional de registro electrónico de salud (RES)? (iii) ¿Tienen los pacientes acceso a sus propios datos y, de ser así, cómo se proporciona ese acceso? Las respuestas abarcan los siguientes entornos de atención: todos los entornos de atención, datos hospitalarios, datos de atención primaria, datos de mortalidad, medicamentos con receta, atención de largo plazo formal, datos de registros de cáncer y encuestas de salud poblacional. La figura presenta una selección de estos entornos. 1Perú está ampliando la ciudadanía digital en salud, desplegando plataformas que permiten a los pacientes acceder electrónicamente a su información de salud, aunque la cobertura aún no es nacional. Fuente: Encuesta sobre calidad de la atención de la OCDE.

Uso y capacidades de datos de salud

Los sistemas de información en salud robustos son una piedra angular de los sistemas de salud de alto desempeño, ya que permiten la continuidad de la atención, la evaluación del desempeño y la formulación de políticas basadas en evidencia. La OCDE ha enfatizado que la capacidad de enlazar datos entre entornos de atención y de apoyar su uso secundario es esencial para monitorear la calidad, mejorar los resultados y fortalecer la rendición de cuentas- (OECD, 2023[1]). De manera similar, la OMS destaca que los sistemas de información en salud integrados e interoperables son fundamentales para avanzar hacia la cobertura universal de salud e impulsar la mejora del sistema (WHO, 2021[2]).

Figura 5.1 muestra la capacidad de los países para enlazar datos a nivel de paciente entre entornos de atención. La capacidad varía considerablemente entre los países de ALC. Costa Rica, Perú y Paraguay reportan un enlace casi integral entre los conjuntos de datos de atención primaria, hospitalarios, de prescripción y de mortalidad, lo que permite el seguimiento a lo largo de la vía de atención. En contraste, varios otros países reportan solo enlaces limitados, a menudo restringidos a las conexiones hospital-mortalidad (Chile) u hospital-prescripción (Brasil), lo que refleja sistemas de información más fragmentados.

En toda la región, los enlaces más comunes conectan los datos hospitalarios con los registros de mortalidad y los datos hospitalarios con los datos de prescripción. En contraste, los enlaces que involucran a la atención primaria —particularmente las conexiones entre la atención primaria y los datos de prescripción u hospitalarios— están disponibles de forma menos consistente. Estas brechas restringen la capacidad de evaluar la continuidad de la atención y los resultados de largo plazo más allá del entorno hospitalario, y limitan la producción de evaluaciones de desempeño precisas que puedan impulsar eficazmente la mejora de la calidad.

Incorporar los usos secundarios de los datos de salud dentro de los marcos legales y de política nacionales es otra dimensión crítica de la capacidad en materia de datos de salud. La Figura 5.2 muestra una variación considerable entre países en cuanto a si los planes, las leyes o las estrategias nacionales incluyen explícitamente usos secundarios como el monitoreo de la calidad, la planificación del sistema o la investigación en distintos entornos de atención. Algunos países reportan un reconocimiento formal más amplio de los usos secundarios en múltiples entornos, mientras que otros indican disposiciones más limitadas o específicas de un entorno, a menudo concentradas en los datos hospitalarios. Estas diferencias reflejan distintos niveles de desarrollo de políticas en cuanto a la gobernanza y el uso estratégico de los datos de salud.

El uso regular de los datos de salud para la evaluación y la mejora de la calidad sigue siendo desigual en toda la región. Once países reportan utilizar de forma rutinaria los datos hospitalarios y nueve países los datos de mortalidad para publicar o monitorear indicadores de calidad; el reporte sistemático basado en datos de atención primaria, de prescripción, de atención de largo plazo o de registros de cáncer es menos común. En algunos casos, los datos pueden existir e incluso ser enlazables, pero todavía no se traducen de forma rutinaria en indicadores de calidad reportados públicamente. Esto sugiere que la disponibilidad de datos y la capacidad de enlace no conducen automáticamente a un uso sistemático para el monitoreo del desempeño. Fortalecer la capacidad analítica y los arreglos institucionales para la inteligencia sanitaria sigue siendo un paso importante en muchos países.

Definición y comparabilidad

Los datos sobre la disponibilidad de datos de salud provienen de la Encuesta de Políticas de Calidad de la Atención de Panorama de la Salud: América Latina 2026 de la OCDE (2025). La encuesta se administró en línea entre octubre y diciembre de 2025 a funcionarios de los Ministerios de Salud de los países participantes, como parte de la recopilación de datos para Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026. Participaron doce países: Argentina, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Granada, México, Paraguay, Perú y Santa Lucía. La encuesta recopiló información sobre la disponibilidad de fuentes de datos e indicadores de salud seleccionados a nivel nacional y/o subnacional. Abarcó áreas que incluyen los datos de registros de cáncer, los datos de atención de largo plazo formal, los datos de mortalidad, las encuestas de salud poblacional y los métodos mediante los cuales los pacientes pueden acceder a sus datos de salud. Para esta publicación, se seleccionó un subconjunto de indicadores para su reporte.

Se puede encontrar más información sobre el cuestionario de la encuesta, su alcance y los detalles metodológicos en la guía del lector.

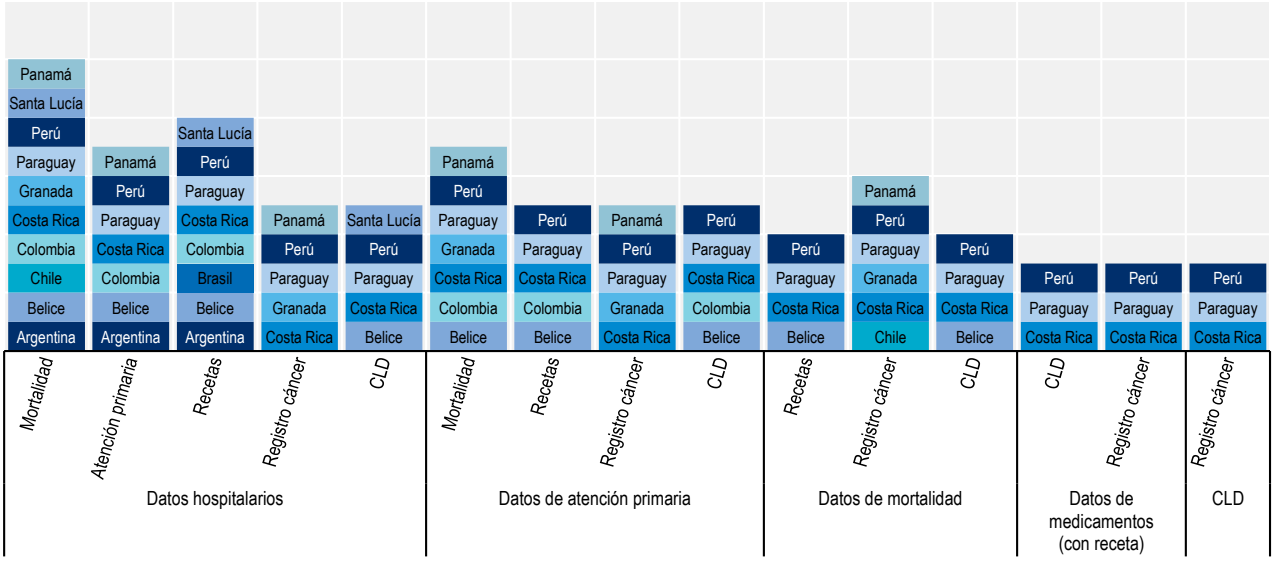
Referencias

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]

Figura 5.1. Madurez en los enlaces de datos entre entornos de atención, 2025

Capacidad actual para enlazar registros a nivel de paciente entre entornos de atención con el fin de producir evaluaciones de la calidad de la atención

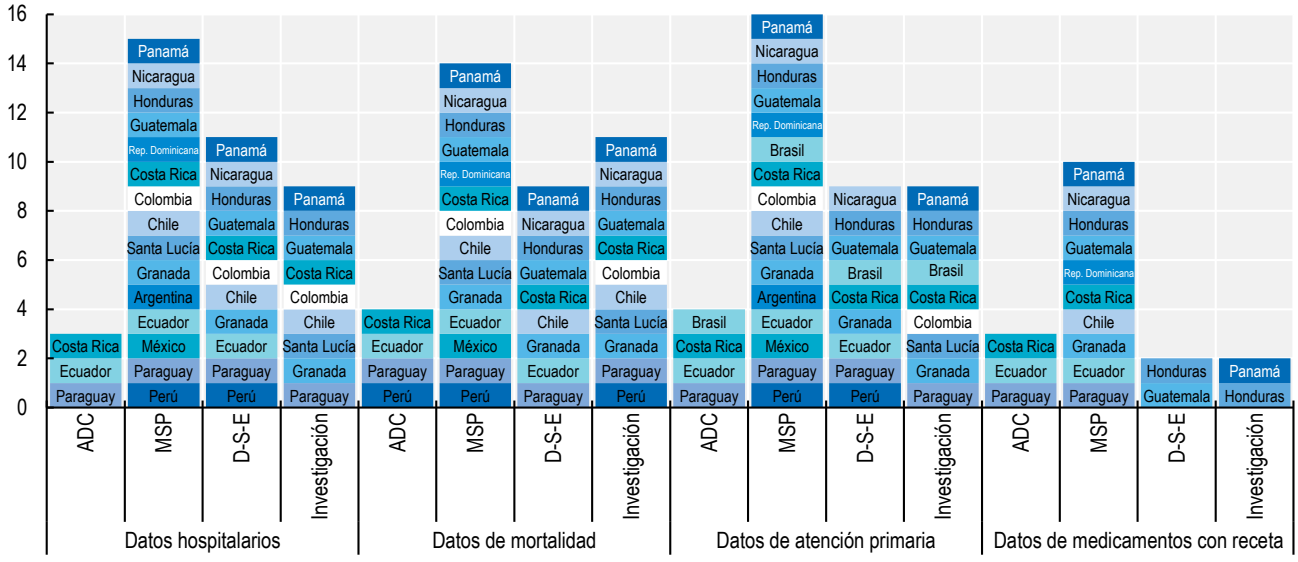


Nota: Los gráficos mapean la capacidad actual de los países para enlazar registros a nivel de paciente entre entornos de atención con el fin de producir evaluaciones de la calidad de la atención. CLD: Cuidados de larga duración.
Fuente: Panorama general de la salud de la OCDE: Encuesta sobre políticas de calidad de la atención en América Latina, 2025.

StatLink https://stat.link/5top0r

Figura 5.2. Uso secundario de los datos de salud, 2025

Usos secundarios de los datos de salud por entorno de atención



Nota: Respuestas a la pregunta «¿Su plan nacional, marco legal o políticas incluyen usos secundarios de los datos de salud?». ADC: Apoyo a la decisión clínica. MSP: Monitoreo de la salud poblacional. D-S-E: Desempeño, Seguridad y Eficiencia.
Fuente: Panorama general de la salud de la OCDE: Encuesta sobre políticas de calidad de la atención en América Latina, 2025.

StatLink https://stat.link/s0jgyx

Tecnologías médicas: Equipos de radioterapia

La radioterapia es una piedra angular de la atención oncológica moderna, utilizada ya sea como tratamiento curativo o para brindar alivio paliativo en enfermedades avanzadas. Se basa en radiación ionizante administrada mediante equipos especializados para destruir las células cancerosas al tiempo que se minimiza el daño al tejido sano circundante. Los datos del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) clasifican los equipos de radioterapia en varias categorías que reflejan diferentes tecnologías de tratamiento (WHO, 2021[1]). Las unidades de radioterapia de haz de fotones y electrones —normalmente aceleradores lineales o máquinas de teleterapia de cobalto-60— son las más comunes y constituyen la base de la radioterapia de haz externo en todo el mundo. Las unidades de braquiterapia administran radiación de forma interna mediante fuentes radiactivas selladas colocadas dentro o cerca del tumor. Los generadores de rayos X proporcionan radiación de menor energía, utilizada normalmente para tratamientos superficiales, mientras que los sistemas de terapia con protones e iones representan tecnologías de haz de partículas altamente especializadas, capaces de administrar dosis de radiación muy precisas con un menor daño a los tejidos circundantes.

En América Latina y el Caribe, la infraestructura de radioterapia varía considerablemente entre países, lo que refleja diferencias en los recursos de los sistemas de salud (Elbanna et al., 2023[2]). La Figura 5.3 muestra la disponibilidad de equipos de radioterapia en relación con la carga de cáncer, medida como el número de unidades de radioterapia por cada 1 000 casos de cáncer. En promedio, los países de ALC cuentan con alrededor de 1.38 unidades de radioterapia por cada 1 000 casos de cáncer, ligeramente por debajo del promedio de la OCDE de 1.45.

La disponibilidad varía considerablemente entre los países de la región. Algunos países más pequeños reportan niveles relativamente altos de equipos en relación con la incidencia de cáncer, entre ellos Barbados (3.6 unidades por cada 1 000 casos de cáncer) y Surinam (2.7), mientras que Uruguay (1.8) y Guyana (1.6) también superan el promedio de la OCDE. En contraste, varios países grandes presentan una menor disponibilidad, entre ellos Cuba (0.66), Brasil (0.86) y Chile (0.89), mientras que Colombia, Perú, Honduras y Nicaragua reportan alrededor de una unidad por cada 1 000 casos de cáncer. La composición de los equipos de radioterapia también difiere entre regiones. En ALC, las unidades de haz de fotones y electrones representan alrededor de 1.05 unidades por cada 1 000 casos de cáncer, en comparación con 1.17 en los países de la OCDE, mientras que la disponibilidad de braquiterapia es ligeramente mayor en ALC (0.32) que en la OCDE (0.24). Los sistemas de terapia con protones o iones (0.01 por cada 1 000 casos de cáncer) están presentes en los países de la OCDE, pero no se reportan en ALC, lo que indica un acceso más limitado a las tecnologías de radioterapia avanzada en la región (Figura 5.4).

Si bien algunos países han ampliado el acceso a las tecnologías modernas de haz externo, los equipos de radioterapia siguen estando muy concentrados en las grandes ciudades en muchos países de ALC, lo que genera disparidades geográficas en el acceso al tratamiento. En promedio, alrededor del 62% de las unidades de radioterapia se ubican en la capital y el 69% en las dos ciudades más grandes, en comparación con el 25% y el 40%, respectivamente, en los países de la OCDE (Figura 5.4).

Otras tecnologías médicas, incluidos los tomógrafos computarizados (TC), las unidades de resonancia magnética (RM) y los equipos de mamografía, son esenciales para diagnosticar enfermedades y detectar afecciones como el cáncer en etapas más tempranas. Los datos comparables internacionalmente y actualizados sobre su disponibilidad en ALC siguen siendo limitados, siendo la fuente integral más reciente el Atlas Mundial de Dispositivos Médicos de la OMS de 2022, utilizado en *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2023* (OECD/The World Bank, 2023[3]). Mejorar el monitoreo de estas tecnologías es importante a medida que crece la demanda de diagnóstico por imágenes y aumenta la inversión en equipos de capital intensivo en toda la región.

Definición y comparabilidad

El indicador mide la disponibilidad de equipos de radioterapia en relación con la carga de cáncer, expresada como el número de unidades de radioterapia por cada 1 000 casos nuevos de cáncer. El denominador se basa en la incidencia estimada de cáncer en 2022 del Observatorio Mundial del Cáncer (GLOBOCAN), producido por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC). Los datos sobre equipos de radioterapia provienen del Directorio de Centros de Radioterapia (DIRAC) mantenido por el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), que compila información sobre instalaciones y equipos de radioterapia en todo el mundo. La comparabilidad entre países puede verse afectada por diferencias en la integridad del reporte en la base de datos DIRAC, ya que algunas instalaciones pueden no reportar sus equipos ni actualizar su información con regularidad.

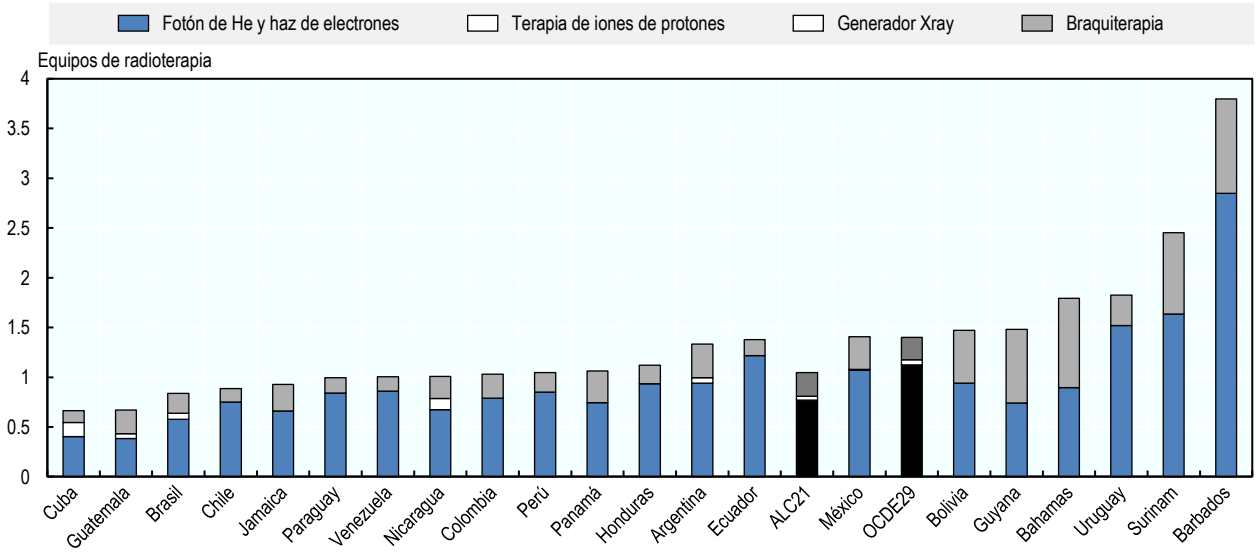
Referencias

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), *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/532b0e2d-en. [3]

WHO (2021), *Technical specifications of radiotherapy equipment for cancer treatment*, World Health Organization, https://iris.who.int/handle/10665/339912. [1]

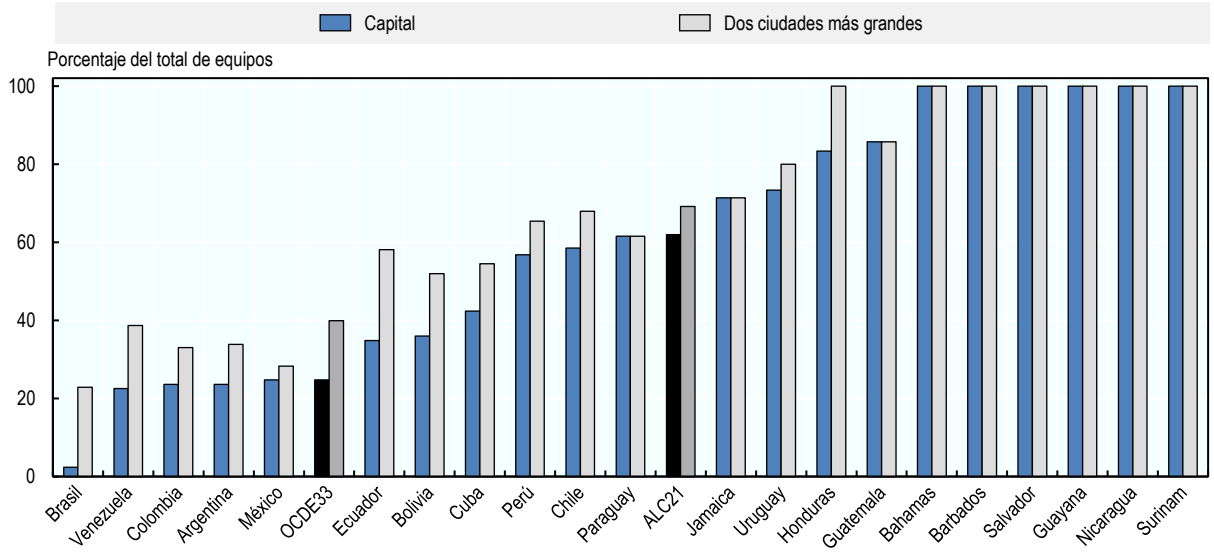
Figura 5.3. Equipos de radioterapia por cada 1000 casos de cáncer, 2023 o último año disponible



Nota: Los datos más recientes disponibles sobre equipos de radioterapia para los países de ALC y de la OCDE corresponden a distintos años entre 2021 y 2025. Como resultado, puede surgir cierta distorsión debido a los desajustes entre el año del conteo de equipos y el año de referencia de las estimaciones de incidencia de cáncer (2022).
Fuente: Incidencia estimada de cáncer en 2022 del Observatorio Mundial del Cáncer. Equipos de radioterapia del Directorio de Centros de Radioterapia (DIRAC) mantenido por el Organismo Internacional de Energía Atómica.

StatLink https://stat.link/0letz1

Figura 5.4. Proporción de equipos de radioterapia ubicados en la capital del país o en las dos ciudades principales. 2023 o último año disponible



Nota: Los datos más recientes disponibles sobre equipos de radioterapia para los países de ALC y de la OCDE corresponden a distintos años entre 2021 y 2025, siendo 2023 el año más común entre los países de la figura.
Fuente: Equipos de radioterapia del Directorio de Centros de Radioterapia (DIRAC) mantenido por el Organismo Internacional de Energía Atómica.

StatLink https://stat.link/9k6rjs

Atención hospitalaria

Los hospitales representan un componente importante de la infraestructura del sistema de salud y concentran una gran parte de la inversión de capital en la mayoría de los países. La disponibilidad de camas hospitalarias ofrece una indicación de los recursos disponibles para brindar atención de internación. Sin embargo, una mayor oferta de camas suele asociarse con mayores tasas de admisión, un fenómeno conocido como la Ley de Roemer, que establece que «una cama construida es una cama ocupada». Por lo tanto, es esencial asegurar que los recursos hospitalarios se utilicen de manera eficiente y que el acceso a la atención de internación esté bien coordinado. Aumentar el número de camas o de estancias hospitalarias no necesariamente mejora los resultados de salud de la población y puede generar ineficiencias si la atención hospitalaria sustituye a servicios ambulatorios o comunitarios más apropiados.

La disponibilidad de camas hospitalarias ofrece una indicación de los recursos disponibles para brindar servicios de internación. En los países de ALC, el número de camas hospitalarias se mantiene muy por debajo del promedio de la OCDE (Figura 5.5). En promedio, los países de ALC cuentan con 22.6 camas hospitalarias por cada 10 000 habitantes, en comparación con 42.0 camas por cada 10 000 habitantes en los países de la OCDE. Sin embargo, la disponibilidad de camas varía considerablemente en toda la región. Barbados reporta la mayor densidad, con alrededor de 64 camas por cada 10 000 habitantes, seguido de Haití y Cuba con alrededor de 40 a 50 camas por cada 10 000 habitantes. En el otro extremo de la distribución, Guatemala tiene menos de 5 camas por cada 10 000 habitantes, mientras que Honduras, Nicaragua y México también reportan niveles relativamente bajos de disponibilidad de camas hospitalarias. Estas grandes disparidades reflejan diferencias en la inversión en infraestructura hospitalaria, así como variaciones en la organización de la atención y en el papel que desempeñan los hospitales dentro de los sistemas de salud nacionales. La disponibilidad de camas para atención psiquiátrica también es sustancialmente menor en ALC que en los países de la OCDE. En promedio, los países de la OCDE reportan alrededor de 6.2 camas psiquiátricas por cada 10 000 habitantes (Figura 5.5). En contraste, la disponibilidad de camas psiquiátricas en los países de ALC con datos disponibles es mucho menor. México reporta alrededor de 0.3 camas por cada 10 000 habitantes, mientras que Ecuador, Costa Rica, Chile y Colombia reportan entre 0.4 y 1.7 camas por cada 10 000 habitantes. Argentina muestra la mayor disponibilidad entre los países con datos disponibles, con alrededor de 4.9 camas por cada 10 000 habitantes. Estas cifras ponen de relieve la capacidad relativamente limitada para la atención de salud mental de internación en gran parte de la región.

Las tasas de egreso hospitalario ofrecen una indicación del uso de los servicios de internación. En nueve países de ALC con datos disponibles, las tasas de egreso hospitalario promedian alrededor de 5 543 egresos por cada 100 000 habitantes, considerablemente inferiores al promedio de la OCDE de alrededor de 13 797 por cada 100 000 habitantes (Figura 5.6). Dentro de la región, las tasas de egreso varían sustancialmente. Uruguay y Chile reportan los niveles más altos, con alrededor de 9 300 y 8 300 egresos por cada 100 000 habitantes, respectivamente, seguidos de Brasil con alrededor de 6 450 egresos por cada 100 000 habitantes. En el extremo inferior, Argentina y México reportan menos de 3 700 egresos por cada 100 000 habitantes. En general, los países con mayor disponibilidad de camas hospitalarias tienden a presentar mayores tasas de egreso y viceversa, aunque las diferencias en las prácticas de admisión, la organización del sistema de salud y el acceso a la atención de internación también desempeñan un papel importante.

En once países de ALC con datos disponibles, la estancia media (EM) en los hospitales es de alrededor de 5.7 días, más corta que el promedio de la OCDE de 7.9 días (Figura 5.6). Las estancias más largas se observan en Costa Rica, con alrededor de 7.1 días en promedio, seguida de Panamá (6.7 días) y Chile (6.1 días). Las estancias más cortas se registran en Ecuador (4.5 días) y México (4.7 días). La EM refleja los patrones de uso y eficiencia hospitalaria, pero debe interpretarse con cautela. Las estancias más cortas pueden indicar una atención más eficiente y un desplazamiento hacia entornos de atención ambulatoria o posaguda, lo que reduce el costo por egreso. Sin embargo, las estancias excesivamente cortas también pueden indicar un alta prematura, mientras que las estancias más largas pueden reflejar retrasos en el alta debido a la limitada disponibilidad de servicios de rehabilitación o de atención de largo plazo. A la inversa, las estancias más largas pueden reflejar en ocasiones una mayor complejidad de los pacientes o diferencias en la práctica clínica (Rojas-García et al., 2017[1]).

Definición y comparabilidad

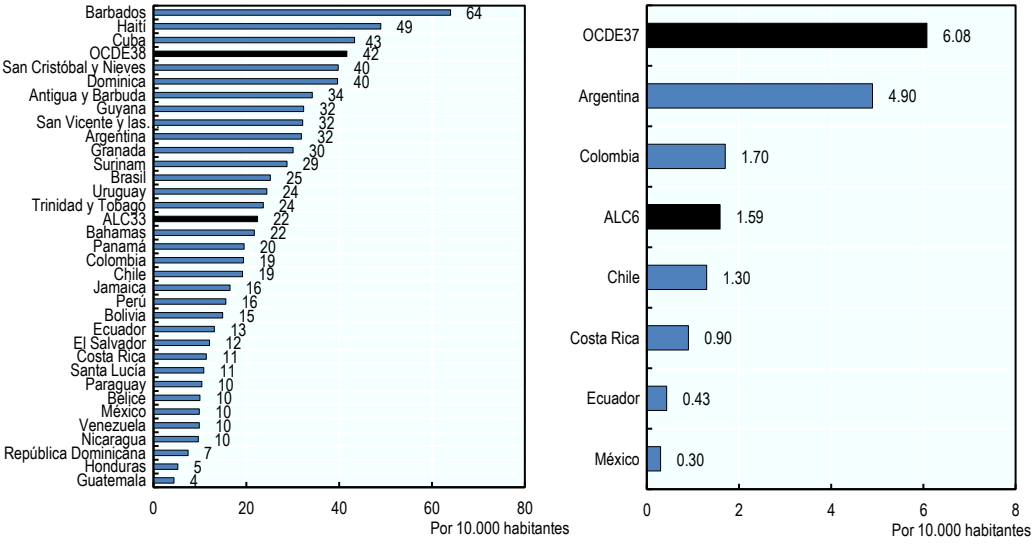
Todas las camas hospitalarias incluyen las destinadas a atención aguda y a atención crónica/de largo plazo, tanto en el sector público como en el privado. Un egreso se define como el alta de un paciente que ha permanecido al menos una noche en el hospital. Incluye las defunciones en el hospital tras la atención de internación, pero normalmente excluye las altas del mismo día. Las tasas de egreso presentadas no están estandarizadas por edad, por lo que no consideran las diferencias en la estructura etaria de la población entre países. Las cifras reportadas para la EM se refieren al número de días que los pacientes pasan pernoctando en una institución de internación de atención aguda. La EM se mide generalmente dividiendo el número total de días de estancia de todos los pacientes en instituciones de internación de atención aguda durante un año entre el número de admisiones o egresos. Existen variaciones considerables en la forma en que los países definen la atención aguda y en lo que incluyen o excluyen en las estadísticas reportadas. En su mayor parte, los datos de egresos y EM en la región de ALC abarcan únicamente instituciones del sector público.

Referencias

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]

Figura 5.5. Camas hospitalarias totales y camas para atención psiquiátrica

Camas hospitalarias totales (panel izquierdo) y camas para atención psiquiátrica (panel derecho) por cada 10 000 habitantes, 2024 o último año disponible

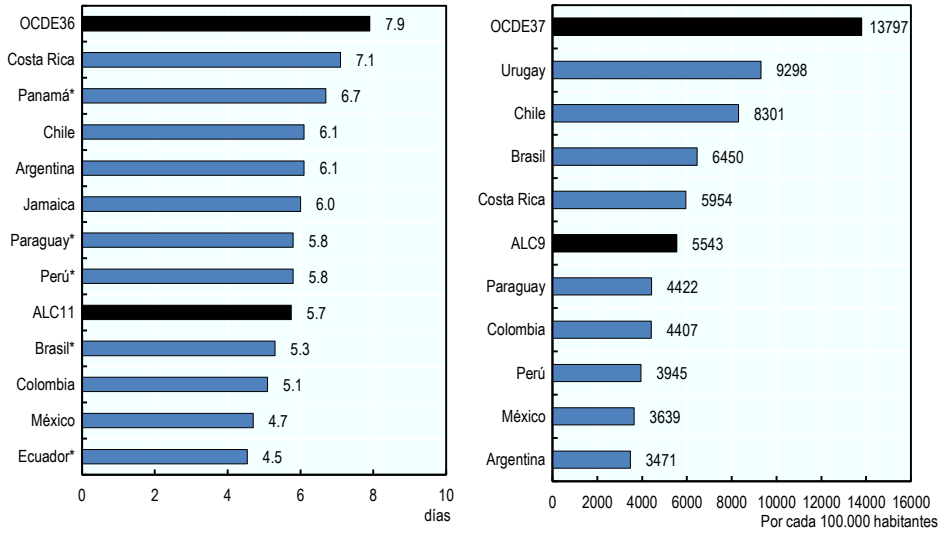


Nota: Las camas psiquiátricas en Costa Rica corresponden a un valor estimado. En el caso de Argentina, la cifra refleja únicamente los egresos de establecimientos del sector oficial (de dependencia nacional, provincial o municipal); no se incluyen otros sectores.
Fuente: OMS GHO 2025, Estadísticas de Salud de la OCDE 2026 y cuestionario de la OCDE Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026 sobre camas psiquiátricas en Ecuador.

StatLink https://stat.link/wv06s7

Figura 5.6. Egresos hospitalarios y estancia media para la atención aguda en hospitales, último año disponible

Estancia media de internación (panel izquierdo) y egresos hospitalarios por cada 100 000 habitantes (panel derecho), 2024 o último año disponible



Nota: *El país no puede discriminar entre admisiones curativas y de otro tipo para el cálculo de la estancia media de internación. Panamá solo incluye los hospitales de la Caja de Seguro Social. Perú solo incluye los hospitales de EsSalud (22.6% de la población en 2023) para la estimación de la estancia. Estadísticas de población de la ONU para los conteos de población. En cuanto a los egresos hospitalarios, los datos de Paraguay se derivan del formulario de egreso hospitalario del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y abarcan únicamente las instituciones directamente dependientes del MSPBS, que representan un estimado del 59% de la población y no la totalidad del sistema nacional de salud. Los datos de egresos de Perú abarcan únicamente los hospitales directamente dependientes del Ministerio de Salud, que representan un estimado del 65% de la población. Brasil reporta hospitalizaciones en lugar de egresos. Los datos de Panamá, Uruguay, Perú y Brasil provienen de fuentes nacionales públicas y sus especificaciones exactas no pudieron validarse plenamente frente a las definiciones y estándares de la OCDE.
Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE 2026, cuestionario de la OCDE Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026 y fuentes nacionales.

StatLink https://stat.link/in7rld

Embarazo y parto

La salud materna y neonatal se benefician de una atención prenatal adecuada y de servicios de parto seguros, incluida la atención brindada por profesionales de la salud capacitados y el acceso a establecimientos de salud para el parto, lo que ayuda a reducir el riesgo de complicaciones e infecciones (véanse también los indicadores sobre planificación familiar y alimentación del lactante y del niño pequeño en el Capítulo 4) (Measure Evaluation, 2019[1]). En consonancia con su importancia, el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3.7 exige el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, la información y la educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales para 2030.

En los países de ALC, la mayoría de las mujeres embarazadas reciben el mínimo recomendado de cuatro consultas de atención prenatal, aunque la cobertura varía sustancialmente entre países. En promedio, el 86% de las mujeres en ALC reciben al menos cuatro consultas prenatales, en comparación con el 93% en los países de la OCDE. La cobertura es particularmente alta en varios países, entre ellos Uruguay y Puerto Rico (98%), Perú y Guyana (95%), y Brasil, Costa Rica y Trinidad y Tobago (94%), México y Santa Lucía (90%), Bahamas y Nicaragua (92%), y la República Dominicana y Belice (93%). Además, algunos países otorgan poca importancia a la recopilación de estos indicadores, dado que ha sido alta durante muchos años y se considera una meta ya cumplida. Este es el caso de varios países de la OCDE. Sin embargo, la cobertura sigue siendo considerablemente menor en algunas partes de la región. Granada (55%), San Cristóbal y Nieves (59%), Haití (67%) y Surinam (68%) reportan los niveles más bajos, lo que sugiere brechas importantes en el acceso a los servicios de salud materna (Figura 5.7).

La mayoría de los partos en ALC son atendidos por profesionales de la salud capacitados, como médicos, enfermeras o parteras, y la gran mayoría ocurre en establecimientos de salud, lo que indica que la atención del parto seguro es ahora casi universal en gran parte de la región (Figura 5.8). La cobertura de partos atendidos por personal capacitado se acerca al 100% en muchos países, entre ellos Chile, Cuba, Uruguay y varios países del Caribe, y alcanza el 98-99% en Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica y la República Dominicana. La cobertura sigue siendo algo menor en Ecuador (96%), Perú y Belice (95%), Honduras (94%) y Panamá (93%), y particularmente en Paraguay (91%), México (88%) y Bolivia (72%) (Figura 5.8 – panel izquierdo). De manera similar, la mayoría de los partos tienen lugar en establecimientos de salud, con niveles en torno al 99-100% en países como Chile, Cuba, Uruguay, Brasil y Costa Rica. Se observan tasas más bajas en Panamá, Honduras y Belice (alrededor del 92%), y especialmente en Guatemala (71%) y Haití (67%), donde una mayor proporción de partos todavía ocurre fuera de los establecimientos de salud formales (Figura 5.8 – panel derecho).

En muchos países de la OCDE, la proporción de partos en establecimientos de salud ya no se monitorea de forma sistemática, porque los partos en el hogar reflejan cada vez más una elección de los padres en lugar de una falta de acceso a la atención, y a menudo ocurren con parteras capacitadas y sistemas de referencia apropiados. En contraste, donde el parto en establecimientos sigue siendo incompleto, los partos fuera de los establecimientos de salud aún pueden señalar barreras de acceso a la atención especializada. En general, la alta cobertura observada en la mayoría de los países de ALC sugiere que el acceso a la atención profesional del parto se ha convertido en gran medida en un componente estándar de los servicios de salud materna. A medida que la cobertura se acerca a la universalidad en muchos países, el indicador se vuelve menos informativo para distinguir el desempeño de los sistemas de salud. Si bien sigue siendo importante monitorearlo para asegurar el acceso continuo a la atención del parto seguro, las futuras evaluaciones de la calidad de la atención materna en la región pueden depender cada vez más de indicadores más matizados de calidad y resultados durante el parto.

Definición y comparabilidad

La cobertura de atención prenatal —al menos cuatro consultas (%)— mide el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con un nacido vivo que recibieron atención prenatal cuatro o más veces durante el embarazo. Los partos atendidos por personal de salud capacitado miden el porcentaje de nacidos vivos asistidos por profesionales capacitados, como médicos, enfermeras o parteras, que pueden atender partos normales y reconocer o referir complicaciones. Los partos ocurridos en un establecimiento de salud miden el porcentaje de nacidos vivos que tienen lugar en establecimientos de salud reconocidos, incluidos hospitales, clínicas y centros de maternidad.

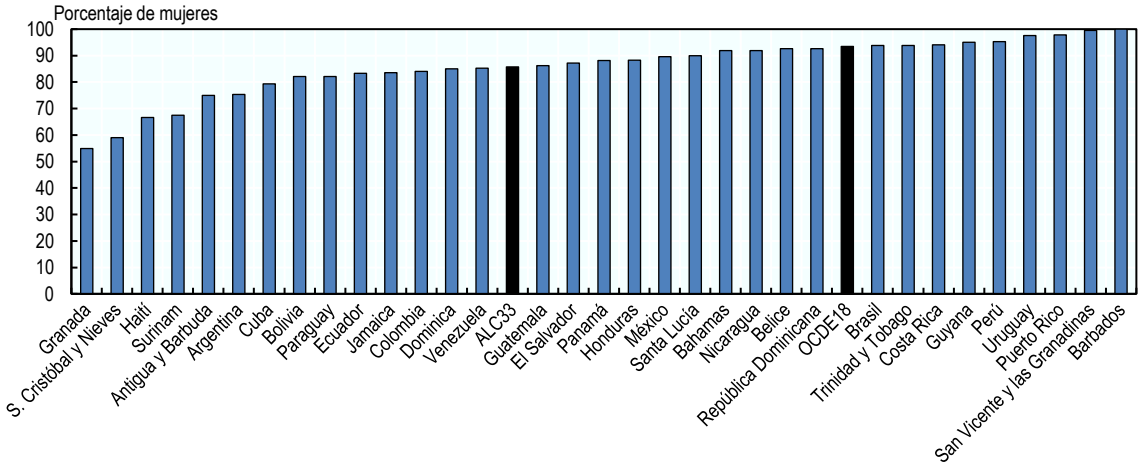
Las estimaciones se derivan principalmente de encuestas de hogares representativas a nivel nacional, como las Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), basadas en los reportes de las mujeres sobre nacimientos recientes. En algunos países, también pueden utilizarse sistemas rutinarios de información en salud o datos de registro civil cuando la cobertura del reporte es alta. La comparabilidad entre países puede verse afectada por diferencias en el momento y la metodología de las encuestas, la clasificación de los establecimientos de salud o del personal capacitado, y el posible sesgo de recuerdo en las respuestas a las encuestas.

Referencias

Measure Evaluation (2019), *Indicator Compedium - Antenatal Care Coverage*, https://www.measureevaluation.org/rbf/indicator-collections/service-use-and-coverage-indicators/antenatal-care-coverage. [1]

Figura 5.7. Cobertura de atención prenatal: al menos cuatro consultas, 2024 o último año disponible

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un nacido vivo y recibieron atención prenatal cuatro o más veces durante el embarazo

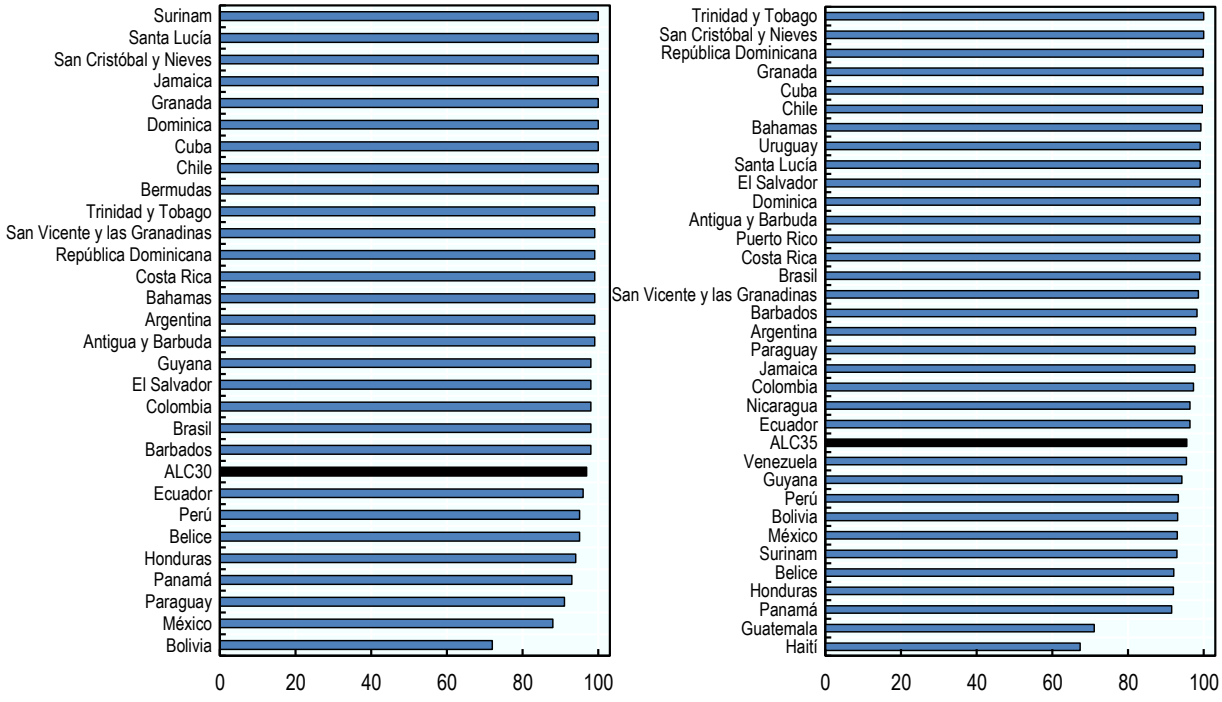


Fuente: OMS GHO 2025.

StatLink https://stat.link/a2nji0

Figura 5.8. Partos atendidos por personal de salud capacitado y partos ocurridos en un establecimiento de salud, 2024 o último año disponible

Porcentaje de partos atendidos por personal de salud capacitado (panel izquierdo) y partos ocurridos en un establecimiento de salud (panel derecho), sobre el total de nacidos vivos



Fuente: OMS GHO 2025.

StatLink https://stat.link/soztae

Atención de salud infantil

En la región de ALC, las enfermedades infecciosas como la diarrea y la neumonía siguen siendo causas importantes de enfermedad y muerte entre los niños menores de cinco años, aun cuando se dispone de tratamientos eficaces y ampliamente reconocidos (PAHO, 2017[1]) Los sistemas de salud pueden reducir considerablemente estos riesgos al asegurar el acceso oportuno a los servicios básicos de salud infantil, incluidos el manejo domiciliario apropiado y la atención brindada por profesionales de la salud capacitados. Las intervenciones recomendadas —como la terapia de rehidratación oral (TRO) para la diarrea, la vacunación, la suplementación con zinc y vitamina A, y el tratamiento antibiótico apropiado para las infecciones respiratorias agudas— son de bajo costo, están bien establecidas y se promueven ampliamente en la atención primaria de salud. Como resultado, la medida en que los niños reciben estos tratamientos o en que los cuidadores buscan asesoramiento profesional cuando surge una enfermedad ofrece una indicación del acceso y el uso de servicios de salud esenciales, así como de la disponibilidad de recursos e información básicos para los cuidadores.

La TRO combinada con la alimentación continuada es un tratamiento simple y eficaz para la diarrea infantil, que ayuda a prevenir la deshidratación y reduce la mortalidad entre los niños menores de cinco años. Sin embargo, el uso de este tratamiento recomendado varía considerablemente entre los países de ALC. En promedio, el 46% de los niños con diarrea en ALC reciben terapia de rehidratación oral y alimentación continuada, aunque la cobertura oscila entre alrededor de un tercio en Argentina y Cuba (33%) y Guyana (37%) y más de la mitad en la República Dominicana (54%), Honduras y Trinidad y Tobago (52%), y el 61% en Perú. En El Salvador, la cobertura (solo TRO) es de alrededor del 70-75% en las zonas rurales y urbanas. También se observan diferencias importantes entre las zonas rurales y urbanas en varios países, como Cuba, Jamaica y Perú (Figura 5.9).

Buscar asesoramiento o tratamiento en un establecimiento o proveedor de salud es un paso importante en el manejo oportuno de la diarrea infantil, particularmente cuando los síntomas se agravan. En los países de ALC con datos disponibles, alrededor del 30% de los cuidadores reciben atención de un proveedor de salud cuando un niño menor de cinco años tiene diarrea. Las tasas varían sustancialmente entre países, oscilando entre el 25% en Trinidad y Tobago y el 32% en Jamaica, el 45% en Guyana y el 51% en Honduras, y más de la mitad en Cuba, Argentina y la República Dominicana (alrededor del 53-57%). En algunos países se observan diferencias entre niños y niñas, aunque estas variaciones son generalmente pequeñas. Los niveles relativamente bajos de búsqueda de atención en varios países sugieren que muchos casos de diarrea infantil se manejan en el hogar sin orientación profesional, lo que subraya la importancia del conocimiento de los cuidadores y del acceso a los servicios de atención primaria.

La búsqueda de atención en un establecimiento o proveedor de salud es esencial para el diagnóstico y tratamiento oportunos de las infecciones respiratorias agudas (IRA), que siguen siendo una de las principales causas de enfermedad y muerte entre los niños pequeños. En los países de ALC con datos disponibles, la proporción de niños menores de cinco años con síntomas de IRA para quienes se buscó asesoramiento o tratamiento de un profesional de la salud varía considerablemente. La búsqueda de atención es muy alta en Argentina (94%) y Cuba (90%) y se mantiene por encima del 80% en la República Dominicana (85%) y Guyana (84%). Se observan niveles más bajos en Honduras (70%), y particularmente en El Salvador (61%) y Perú (59%). En el caso de Perú, esto es por diseño, ya que su modelo de atención integrada fomenta la resolución de la atención en el entorno familiar y comunitario con el apoyo supervisor del primer nivel. Las diferencias entre las zonas rurales y urbanas son generalmente modestas en los países con datos disponibles, aunque los niveles rurales son ligeramente más altos en algunos casos, como Guyana y El Salvador (Figura 5.10). Es importante destacar la relevancia del uso racional de antibióticos, tanto por las implicaciones para la salud del desarrollo de resistencia a los antimicrobianos como por ser una fuente de desperdicio en los sistemas de salud (OECD/The World Bank, 2020[2]).

Definición y comparabilidad

Se utilizan tres indicadores para evaluar el acceso y el uso de servicios esenciales para el manejo de las enfermedades infantiles comunes. La terapia de rehidratación oral (TRO) y la alimentación continuada para la diarrea miden el porcentaje de niños menores de cinco años que tuvieron diarrea en el período de referencia y recibieron sales de rehidratación oral (SRO), líquidos caseros recomendados o mayor cantidad de líquidos, junto con la alimentación continuada. La búsqueda de atención para la diarrea mide el porcentaje de niños menores de cinco años con diarrea para quienes se buscó asesoramiento o tratamiento en un establecimiento o proveedor de salud. La búsqueda de atención para los síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) mide el porcentaje de niños menores de cinco años con síntomas compatibles con IRA (como tos acompañada de respiración rápida o dificultosa) para quienes se buscó asesoramiento o tratamiento en un establecimiento o proveedor de salud. Las estimaciones se derivan principalmente de encuestas de hogares representativas a nivel nacional, incluidas las Encuestas de Demografía y Salud, las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y programas similares, basadas en los reportes de los cuidadores sobre episodios de enfermedad entre los niños en las dos semanas previas a la encuesta.

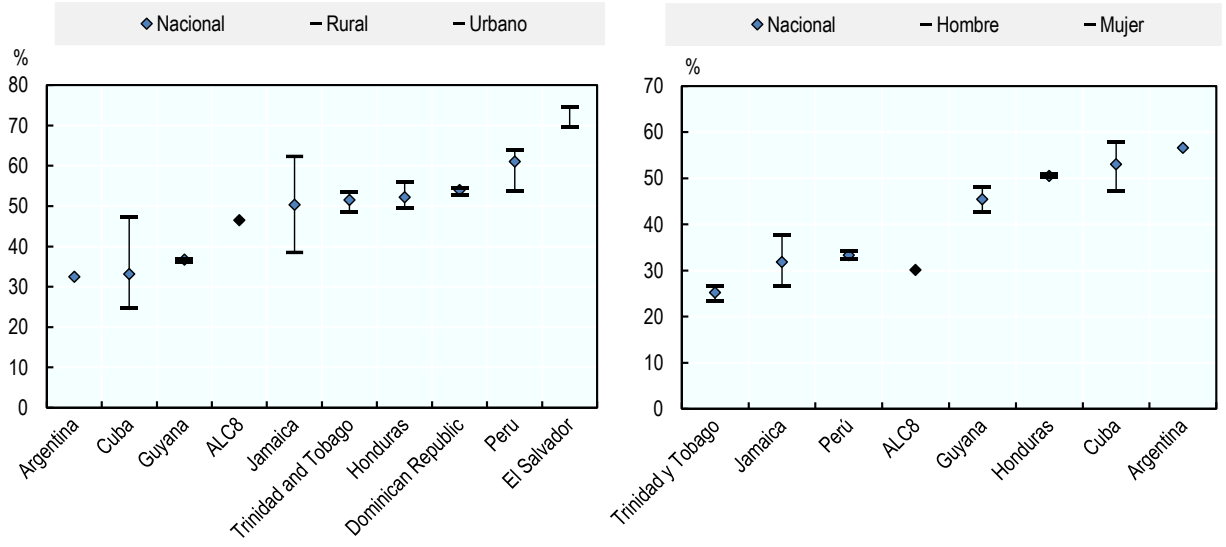
Referencias

OECD/The World Bank (2020), *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/740f9640-es. [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]

Figura 5.9. Niños (menores de 5 años) que tuvieron diarrea y recibieron terapia de rehidratación oral y aquellos atendidos en un establecimiento de salud, 2023 o último año disponible

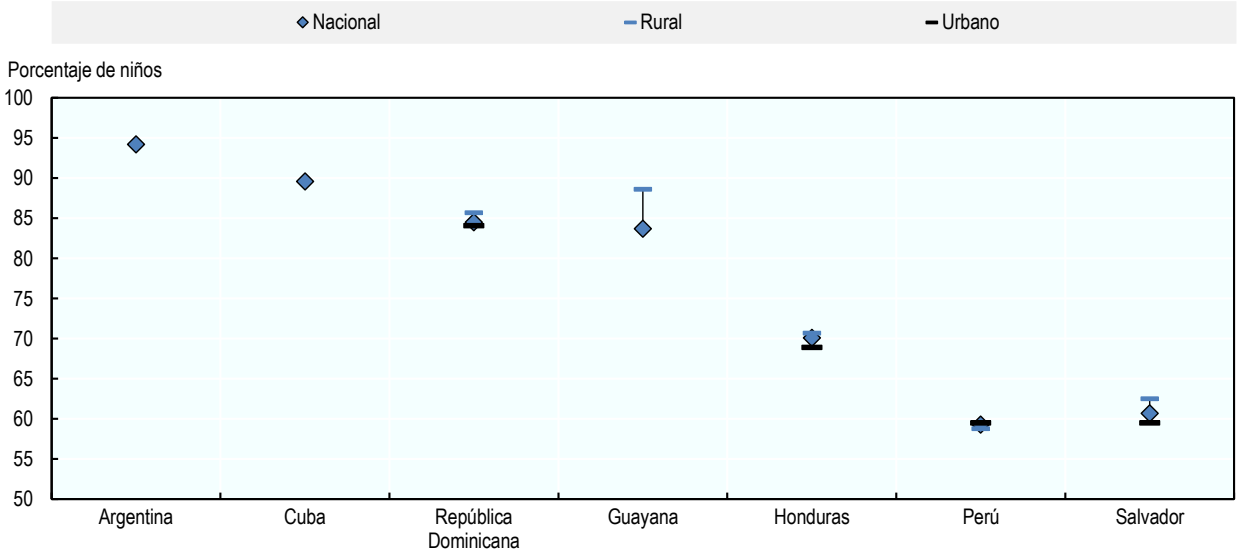
Panel izquierdo: Porcentaje de niños (menores de 5 años) que tuvieron diarrea y recibieron terapia de rehidratación oral y alimentación continuada. Panel derecho: Porcentaje de niños (menores de cinco años) con diarrea para quienes se buscó asesoramiento o tratamiento en un establecimiento o proveedor de salud



Nota: La terapia de rehidratación oral corresponde a: sales de rehidratación oral O líquidos caseros recomendados O mayor cantidad de líquidos. El Salvador solo considera a los niños con diarrea a quienes se les administra terapia de rehidratación oral.
Fuente: Base de datos de cobertura de salud infantil de UNICEF 2025.

StatLink https://stat.link/6f9kwi

Figura 5.10. Niños menores de 5 años con síntomas de infección respiratoria aguda para quienes se buscó asesoramiento o tratamiento en un establecimiento o proveedor de salud, 2023 o último año disponible



Fuente: Base de datos de cobertura de salud infantil de UNICEF 2025.

StatLink https://stat.link/b1xodm

6 Gasto y financiamiento en salud

Gasto en salud per cápita y en relación con el PIB

El nivel y la tendencia del gasto en salud en un país pueden explicarse por factores demográficos, sociales y económicos, así como por los arreglos de financiamiento y organizativos del sistema de salud. En 2024, en promedio, el gasto corriente en salud per cápita en los países de la OCDE fue casi cuatro veces el de los países de ALC, con USD PPA 6 097 en comparación con USD PPA 1 518. En 2024, o el último año disponible, el gasto en salud per cápita osciló entre unos USD PPA 105 en Haití y USD PPA 4 003 en Chile, con Panamá, Uruguay y Argentina también gastando por encima de USD PPA 3 000 por persona. Cuba, Bahamas, Brasil y Trinidad y Tobago también reportaron un gasto superior a USD PPA 2 000 por persona. En promedio en ALC33, los esquemas gubernamentales y de seguro obligatorio representaron alrededor del 60% del gasto en salud, o USD PPA 905 per cápita, mientras que los esquemas voluntarios y los pagos de bolsillo representaron el 40% restante, o USD PPA 613 per cápita. En contraste, los esquemas gubernamentales y de seguro obligatorio financiaron alrededor del 77% del gasto en salud en los países de la OCDE (Figura 6.1 – panel izquierdo).

En 2024, el gasto corriente en salud representó el 6,5% del PIB en ALC33, un aumento de 0,33 puntos porcentuales (p.p.) desde 2014, en comparación con un promedio de la OCDE del 9,3% del PIB, con un aumento de 0,60 p.p. (Figura 6.1 – panel derecho). La brecha en el gasto en salud como proporción del PIB entre los países de ALC y de la OCDE se ha ampliado, por tanto, ligeramente. El gasto en salud superó el 10% del PIB en Chile y Argentina, mientras que Brasil, Cuba, El Salvador y Uruguay también estuvieron entre los países con mayor gasto en términos relativos. En el otro extremo del rango, el gasto en salud representó menos del 4% del PIB en Guyana, Haití, Venezuela y Antigua y Barbuda. Entre 2014 y el último año disponible, la proporción del PIB destinada a salud cayó más marcadamente en Cuba, Guyana, Antigua y Barbuda y Haití, mientras que aumentó en más de 2 p.p. en Chile y Trinidad y Tobago, y en más de 1,5 p.p. en Paraguay.

El crecimiento general del gasto en salud y el desempeño económico configuran cuánto gastan los países en atención sanitaria a lo largo del tiempo. Entre 2019 y 2024, el gasto real en salud per cápita en ALC33 creció un 1,7% anual en promedio, en general en línea con el crecimiento del PIB real per cápita (Figura 6.2). Esto contrasta con los países de la OCDE, donde el gasto real en salud creció más rápido que el PIB, con un 2,7% frente a un 1,1% anual. En ALC, el gasto real en salud aumentó más rápidamente en Guyana, Paraguay, Guatemala, la República Dominicana y Panamá, donde el crecimiento anual promedio superó el 5%. En Paraguay, el crecimiento del gasto en salud superó claramente el crecimiento económico, mientras que en Panamá y la República Dominicana acompañó un crecimiento del PIB relativamente fuerte. En contraste, Haití, Surinam, Cuba, Dominica, Antigua y Barbuda y Venezuela registraron un crecimiento real negativo del gasto en salud, lo que indica una contracción en el poder adquisitivo real de los sistemas de salud. Guyana sigue siendo un caso atípico claro, con un crecimiento muy rápido tanto del gasto en salud como del PIB, reflejando el impacto de la evolución reciente del sector petrolero.

En promedio, el gasto de capital en salud representó el 0,3% del PIB en ALC29, en comparación con el 0,4% en los países de la OCDE (Figura 6.2). En 2023, Panamá, Bolivia, Guyana y Nicaragua reportaron los niveles más altos de gasto de capital en salud, entre el 0,6% y el 0,9% del PIB. En contraste, el gasto de capital fue inferior al 0,1% en ocho países.

Definición y comparabilidad

El gasto en salud corresponde a la suma del gasto en servicios de atención de salud, productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios, servicios de salud pública, administración sanitaria y seguros de salud, realizado por residentes en el país o en el extranjero. Se incluyen las importaciones para uso final y se excluyen las exportaciones para uso final.

El financiamiento de la salud puede analizarse desde la perspectiva de los esquemas de financiamiento, los agentes de financiamiento y los tipos de ingresos. Los esquemas de financiamiento se definen en el Sistema de Cuentas de Salud (OECD/Eurostat/WHO, 2017[1]) e incluyen esquemas gubernamentales, seguros de salud obligatorios y voluntarios, y fondos privados, como los pagos de bolsillo de los hogares, las ONG y las empresas privadas. Los pagos de bolsillo son gastos asumidos directamente por los pacientes e incluyen mecanismos de copago y cualquier pago informal a los proveedores de salud. Las PPA del conjunto de la economía (PIB) se utilizan como las tasas de conversión más disponibles.

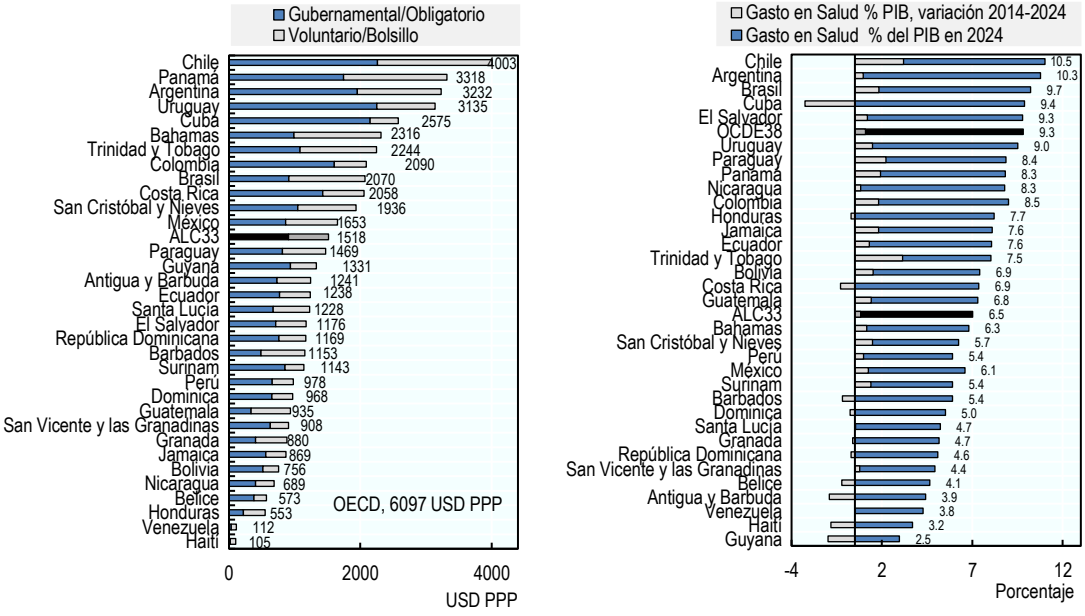
La formación bruta de capital fijo en el sector salud se mide por el valor total de los activos fijos adquiridos por los proveedores de salud durante el período contable (menos el valor de los activos vendidos) y utilizados repetida o continuamente durante más de un año en la prestación de servicios de salud. Muchos países reportan la formación bruta de capital fijo en el marco del Sistema de Cuentas de Salud.

Referencias

OECD/Eurostat/WHO (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264270985-en. [1]

Figura 6.1. Gasto total en salud per cápita en 2024 y cambio en el gasto total en salud como proporción del PIB desde 2014

Panel izquierdo: Gasto total en salud per cápita (USD PPA corrientes), 2024. Panel derecho: Cambio en el gasto total en salud como proporción del PIB, 2014-2024 (o último año disponible)

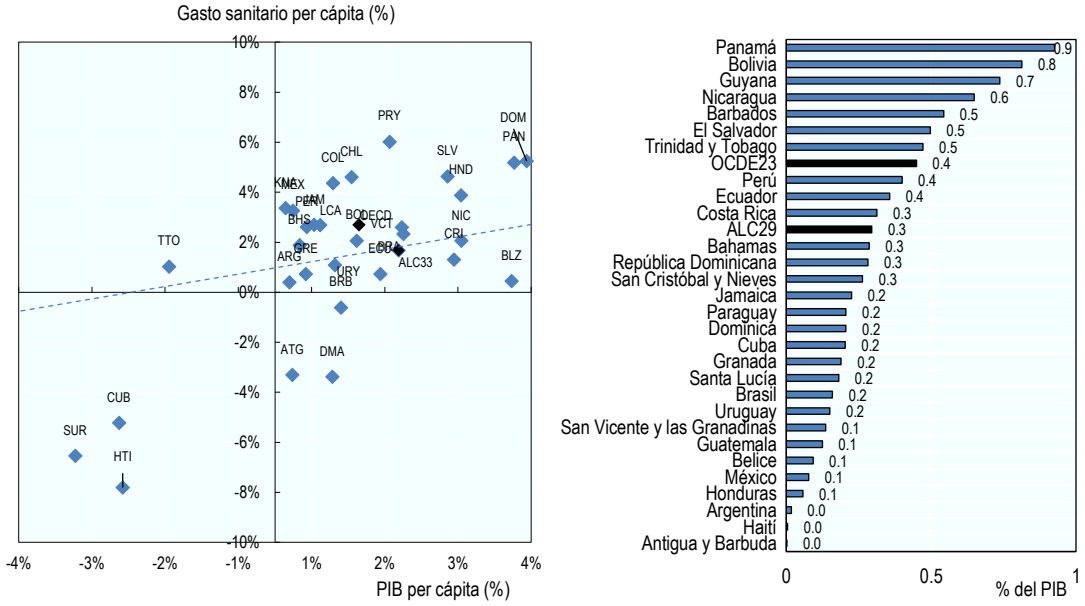


Nota: Cifras en USD PPA internacionales de 2024. Cambio del GCS como proporción del PIB 2014-2024 expresado en p.p.
Fuente: Base de Datos Mundial de Gasto en Salud de la OMS 2025; Estadísticas de Salud de la OCDE 2025 para los países de la OCDE.

StatLink https://stat.link/0g6w7d

Figura 6.2. Tasa de crecimiento del gasto en salud y del PIB per cápita, y gasto de capital en salud como porcentaje del PIB

Panel izquierdo: Tasa de crecimiento promedio (en términos reales) del gasto en salud y del PIB per cápita, 2019-2024 o el último período de 5 años. Panel derecho: Gasto de capital en salud como porcentaje del PIB, 2023



Nota: Panel izquierdo: Venezuela (2,2%, 10,5%) y Guyana (14,8%, 31,7%) se excluyeron del gráfico por ser casos atípicos.
Fuente: Base de Datos Mundial de Gasto en Salud de la OMS 2025; explorador de datos de la OCDE para los países de la OCDE.

StatLink https://stat.link/opjwk4

Financiamiento de la atención sanitaria mediante esquemas gubernamentales y de seguro obligatorio de salud

Los arreglos de financiamiento de los sistemas de salud pueden clasificarse en términos generales según su naturaleza obligatoria o voluntaria. Los países que financian predominantemente la atención sanitaria mediante esquemas gubernamentales brindan cobertura de atención a las personas con base en su residencia. En otros casos, los sistemas que se financian con esquemas de seguro obligatorio de salud (ya sea a través de entidades públicas o privadas) vinculados al pago de contribuciones sociales o primas de seguro de salud brindan cobertura de atención con base en la afiliación. Además de estos, una proporción variable del gasto en atención sanitaria consiste en los pagos de bolsillo de los hogares —ya sea como pagos independientes o como parte de arreglos de copago—, así como en diversas formas de esquemas de pago voluntario, como el seguro voluntario de salud. En la región de ALC, la sustancial fragmentación de los sistemas de salud a menudo da lugar a la coexistencia de esquemas de financiamiento y, en algunos casos, a su superposición. Existe una heterogeneidad sustancial en los arreglos de financiamiento en ALC, donde están presentes en la región la mayoría de los modelos estándar de financiamiento público (Lorenzoni et al., 2019[1]).

La Figura 6.3 reporta el gasto en salud financiado por los esquemas gubernamentales y de seguro obligatorio de salud como proporción del PIB en 2024 (o el último año disponible), el pico de la COVID-19 en 2021 y en 2015. Cuba continuó asignando la mayor proporción del PIB al gasto público en salud, con un 7,8%, a pesar de una marcada caída desde el 12,6% en 2021. Haití se mantuvo en la parte inferior, con un 0,6%, mientras que Guyana y Venezuela también estuvieron por debajo del 2% del PIB. En promedio, el gasto público en salud en ALC se mantuvo en general sin cambios entre 2015 y 2024, en alrededor del 3,8% del PIB, tras aumentar temporalmente al 4,5% en 2021. En contraste, el promedio de la OCDE aumentó del 6,5% del PIB en 2015 al 7,0% en 2024, lo que implica una brecha más amplia con ALC. El gasto en general se disparó durante la pandemia y luego retrocedió, aunque en algunos países —incluidos Paraguay, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Uruguay y Chile— los esfuerzos de gasto público en salud se mantuvieron claramente por encima de los niveles previos a la COVID.

Los esquemas gubernamentales y de seguro obligatorio de salud siguieron siendo la principal fuente de financiamiento de la salud en 2024, representando el 57% del gasto corriente en salud en promedio en ALC (Figura 6.4). Esto sigue estando muy por debajo del promedio de la OCDE del 75%. Proporciones más altas indican que una parte mayor del gasto en salud se financia mediante esquemas obligatorios y mancomunados en lugar de pagos voluntarios o de bolsillo y, por tanto, señalan una cobertura de base más amplia de las necesidades de salud. Entre 2015 y 2024, el promedio regional aumentó solo ligeramente, del 56% al 57%, lo que dejó la brecha con el promedio de la OCDE prácticamente sin cambios. En 2024, solo Cuba y Colombia alcanzaron o superaron el promedio de la OCDE, mientras que Surinam, Uruguay, Costa Rica y Guyana también estuvieron entre los países con las mayores proporciones de financiamiento obligatorio. En el otro extremo del rango, Haití, Venezuela, Guatemala y Honduras continuaron dependiendo mucho más del gasto voluntario y de bolsillo. Los mayores aumentos desde 2015 se observaron en Saint Kitts y Nevis, Guyana, Santa Lucía, Jamaica y Surinam, mientras que Panamá, Cuba, Argentina y Barbados registraron los mayores descensos. En el caso de Colombia, los indicadores relativamente favorables de protección financiera en la región no deberían interpretarse como una evaluación integral del desempeño del sistema de salud. Persisten desafíos en la sostenibilidad financiera, el acceso efectivo, las desigualdades territoriales y la oportunidad en la prestación de servicios.

Varios factores —incluidos el tipo de sistema vigente, el espacio fiscal disponible, y la prioridad política y de política otorgada a la salud— determinan el tamaño de los fondos públicos asignados a la salud. Las prioridades presupuestarias relativas también pueden variar de un año a otro como resultado de la toma de decisiones políticas y de las condiciones económicas. En 2024, el gasto en salud de los esquemas gubernamentales y de seguro obligatorio representó el 13,2% del gasto público total en ALC, en comparación con el 15,5% en los países de la OCDE (Figura 6.5). Costa Rica destinó la mayor proporción de su presupuesto público a la salud, con un 24,9%, seguida de Paraguay, Uruguay, Cuba y Panamá, todos cerca o por encima del 20%. En el otro extremo del espectro, Venezuela, Haití, Dominica, Saint Kitts y Nevis, Granada, Guyana, Barbados y San Vicente y las Granadinas asignaron menos del 8% del gasto público a la salud. Entre 2015 y 2024, el promedio regional se mantuvo casi sin cambios, mientras que el promedio de la OCDE aumentó modestamente. Los mayores aumentos en la región se observaron en Paraguay, Chile, Jamaica, Trinidad y Tobago, Perú y Bolivia, mientras que los mayores descensos se registraron en Dominica, Costa Rica y Guyana (Figura 6.5).

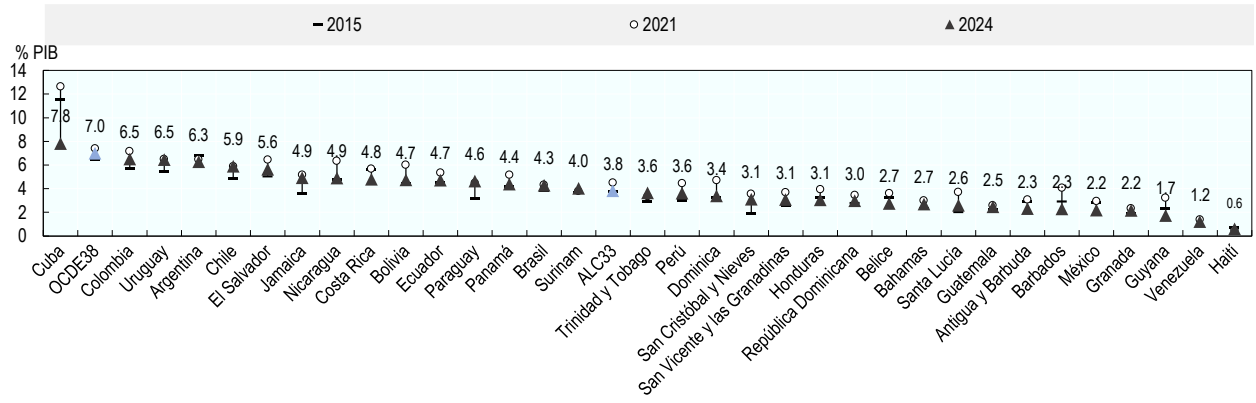
Definición y comparabilidad

La clasificación del financiamiento utilizada en el Sistema de Cuentas de Salud proporciona un desglose completo del gasto en salud entre las unidades públicas y privadas que realizan dicho gasto. El gasto público en salud incluye el gasto del gobierno y de los fondos públicos de seguridad social.

Referencias

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]

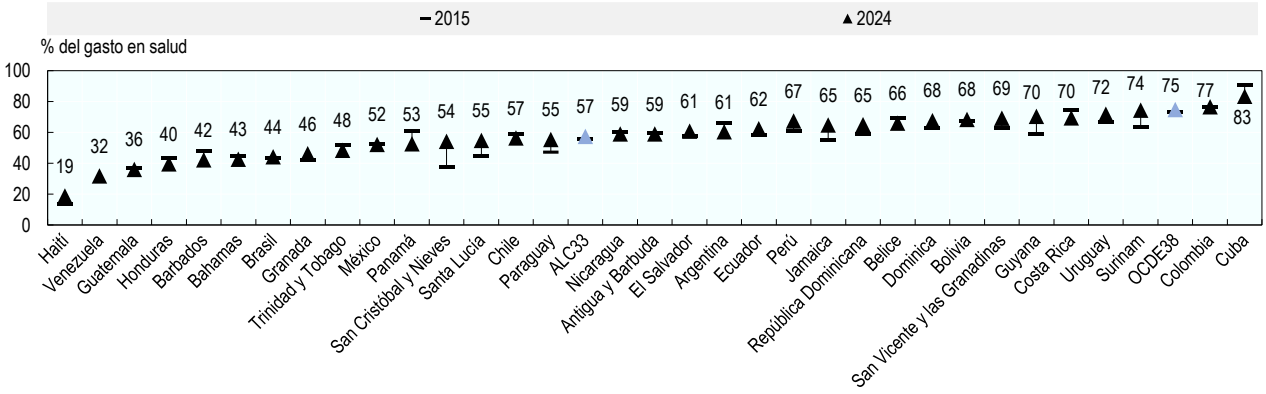
Figura 6.3. Cambio en el gasto público en salud como proporción del PIB, 2015-2024



Nota: La etiqueta corresponde a 2024 o al último año disponible.
Fuente: Base de Datos Mundial de Gasto en Salud de la OMS 2025, Estadísticas de Salud de la OCDE 2025 para los países de la OCDE.

StatLink https://stat.link/vyrf7g

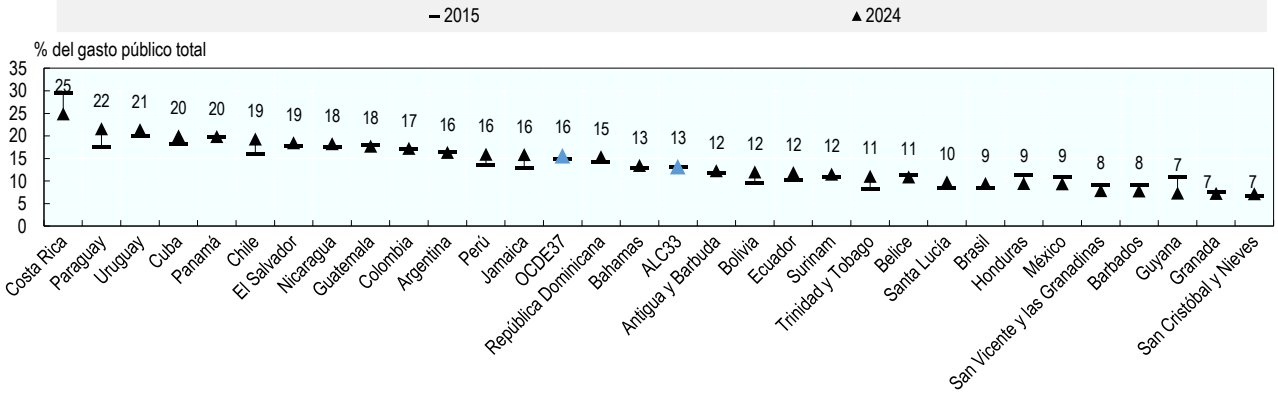
Figura 6.4. Cambio de la proporción pública en el gasto corriente en salud, 2015-2024



Nota: La etiqueta corresponde a 2024 o al último año disponible.
Fuente: Base de Datos Mundial de Gasto en Salud de la OMS 2025, Estadísticas de Salud de la OCDE 2025 para los países de la OCDE.

StatLink https://stat.link/50kirx

Figura 6.5. Cambio en el gasto en salud de los esquemas gubernamentales y de seguro obligatorio (público) como proporción del gasto público, 2015-2024



Nota: La etiqueta corresponde a 2024 o al último año disponible.
Fuente: Base de Datos Mundial de Gasto en Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/fngkrl

Financiamiento de la atención sanitaria mediante los pagos de bolsillo de los hogares, los esquemas de pago voluntario y los recursos externos

El gasto en salud fuera de los esquemas gubernamentales y obligatorios comprende el gasto de bolsillo (GDB), los esquemas de pago voluntario y los recursos externos. El gasto de bolsillo se refiere a los pagos directos de los hogares por la atención sanitaria, mientras que los esquemas de pago voluntario incluyen las primas de seguro privado y otros arreglos de prepago voluntario. Los recursos externos se refieren a los fondos para la salud recibidos de donantes o fuentes similares.

En promedio en 2024, o el último año disponible, el 32% del gasto corriente en salud en ALC se pagó de bolsillo, todavía muy por encima del promedio de la OCDE del 20% (Figura 6.6). Las mayores proporciones de gasto de bolsillo se observaron en Guatemala, Honduras y Haití, donde más de la mitad del gasto corriente en salud provino directamente de los hogares. Barbados, Granada y Trinidad y Tobago también reportaron proporciones superiores al 45%. En el otro extremo del espectro, Colombia, Cuba y Uruguay se mantuvieron por debajo del 20%, mientras que Jamaica y Surinam se situaron en alrededor del 20%. Entre 2015 y 2024, la proporción de los pagos de bolsillo en el gasto total en salud en ALC cayó solo ligeramente, del 33% al 32%, similar a la modesta reducción observada en los países de la OCDE. Algunos países registraron reducciones sustanciales, en particular Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Jamaica, Guyana y Granada. Sin embargo, las proporciones de gasto de bolsillo aumentaron marcadamente en Haití, y también aumentaron en Panamá, Cuba, Barbados, Chile, Belice y Trinidad y Tobago. A pesar de algunos avances, el gasto de bolsillo todavía supera el 20% del gasto corriente en salud en la mayoría de los países de ALC, lo que indica una vulnerabilidad continua al gasto catastrófico en salud en caso de enfermedad o emergencia.

La Figura 6.7 muestra que los esquemas de pago voluntario representaron el 10,3% del gasto corriente en salud en ALC en 2024, o el último año disponible, casi el doble del promedio de la OCDE del 5,4%. Las mayores proporciones se reportaron en Venezuela, Bahamas, Brasil y Haití, donde los esquemas voluntarios representaron cerca del 30% o más del gasto corriente en salud. Antigua y Barbuda también reportó una proporción relativamente alta, del 20%. En contraste, los esquemas voluntarios representaron menos del 5% del gasto corriente en salud en Cuba, Dominica, Guyana, Nicaragua, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas y Bolivia. Entre 2015 y 2024, el promedio regional cambió muy poco, aumentando del 10,1% al 10,3%, pero las tendencias por país divergieron. Los mayores aumentos se observaron en Argentina, México, Costa Rica, Bahamas y Antigua y Barbuda, mientras que Haití, Surinam, Guyana, Uruguay y Chile registraron descensos considerables. El seguro privado de salud sigue siendo una fuente importante de cobertura secundaria en muchos países, ya sea complementando beneficios no incluidos en el paquete básico, complementando la cobertura pública al cubrir los cargos a los usuarios, o duplicando la cobertura para quienes buscan un acceso más rápido a la atención privada.

En 2024, o el último año disponible, los recursos externos representaron una proporción insignificante del gasto en salud en la mayoría de los países de ALC, pero se mantuvieron sustanciales en Haití, con un 31,6% del gasto corriente en salud, y en Honduras, con un 10,1% (Figura 6.8). Los recursos externos también representaron alrededor del 5% del gasto corriente en salud en Surinam y Santa Lucía. En promedio en ALC26, la proporción de recursos externos cayó del 3,8% en 2015 al 3,0% en 2024, pero se mantuvo muy por encima del promedio de OCDE26 del 0,1%.

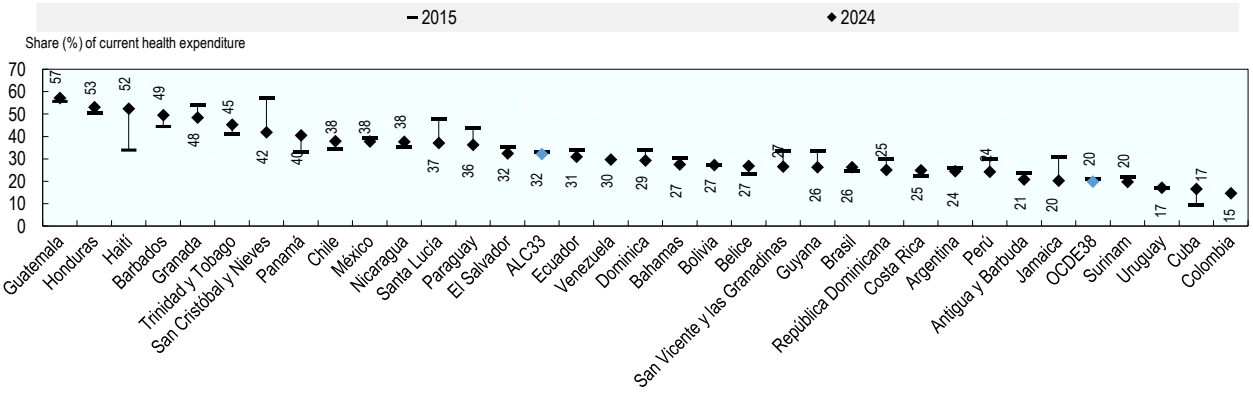
Definición y comparabilidad

La clasificación del financiamiento utilizada en el Sistema de Cuentas de Salud proporciona un desglose completo del gasto en salud entre las unidades públicas y privadas que realizan dicho gasto. El sector privado comprende planes de prepago y mancomunación de riesgos, gasto de bolsillo de los hogares e instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares y empresas. Los pagos de bolsillo son gastos asumidos directamente por el paciente. Incluyen mecanismos de copago y, en ciertos países, estimaciones de pagos informales a los proveedores de salud.

Los esquemas voluntarios de pago de la atención de salud incluyen los seguros de salud voluntarios, las instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares y los esquemas de financiamiento de las empresas. Los datos sobre cobertura de seguros voluntarios se obtuvieron de las respuestas de los países a la Encuesta de 2018 sobre Características de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe.

El financiamiento externo de la salud se mide mediante los desembolsos de Asistencia Oficial para el Desarrollo destinados a salud por todos los donantes. Los desembolsos representan la transferencia internacional efectiva de recursos financieros. Los desembolsos para salud se identifican mediante los códigos de clasificación del sector de destino 121 (salud general, excepto 12 181, educación/formación médica, y 12 182, investigación médica), 122 (salud básica), 130 (políticas/programas de población y salud reproductiva, excepto 13 010, política de población y gestión administrativa) y 510 (apoyo presupuestario general) (http://www.oecd.org/dac/stats/aidtohealth.htm). El apoyo presupuestario general destinado a salud se estima aplicando al valor reportado como AOD la proporción del gasto público en salud sobre el gasto total de las administraciones públicas. Dado que los países utilizan los fondos desembolsados a lo largo de varios años, los fondos desembolsados en el año t se comparan con el gasto total en salud del año t+1.

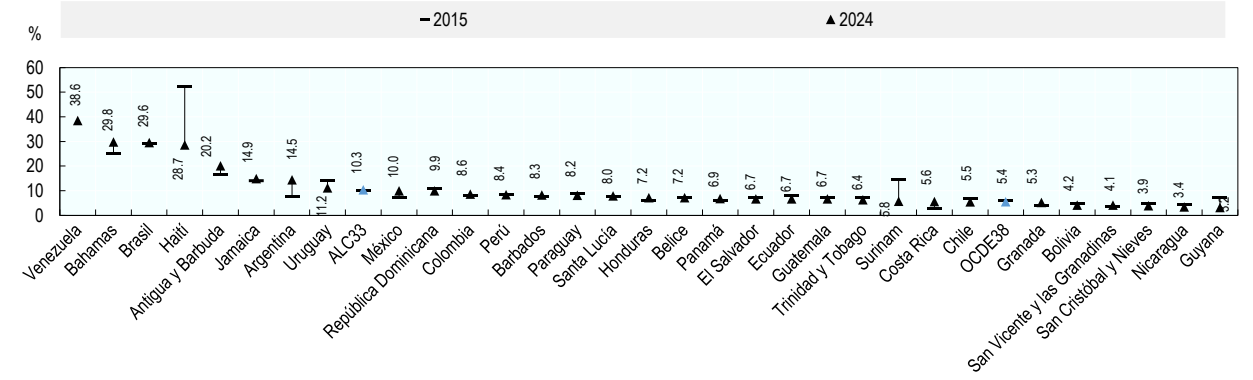
Figura 6.6. Cambio en el gasto de bolsillo como proporción del gasto corriente en salud, 2015-2024



Nota: La etiqueta corresponde a 2024 o al último año disponible.
Fuente: Base de Datos Mundial de Gasto en Salud de la OMS 2025, Estadísticas de Salud de la OCDE 2025 para los países de la OCDE.

StatLink https://stat.link/gm7kz0

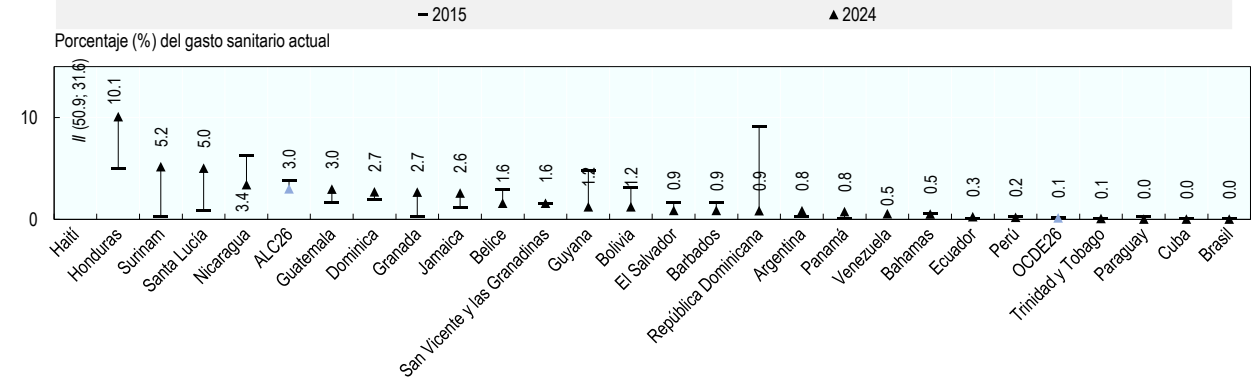
Figura 6.7. Cambio en los esquemas de pago voluntario de atención sanitaria como proporción del gasto corriente en salud, 2015-2024



Nota: La etiqueta corresponde a 2024 o al último año disponible.
Fuente: Base de Datos Mundial de Gasto en Salud de la OMS 2025, Estadísticas de Salud de la OCDE 2025 para los países de la OCDE.

StatLink https://stat.link/crv9i5

Figura 6.8. Cambio en los recursos externos como proporción del gasto corriente en salud, 2015-2024



Nota: La etiqueta corresponde a 2024 o al último año disponible. Se excluyen 7 países de ALC (Colombia, Costa Rica, Antigua y Barbuda, Chile, México, Saint Kitts y Nevis, Uruguay) por tener recursos externos <=0,01% del GCS en 2015 y 2024. Haití es un caso atípico con valores del 50,9% para 2015 y del 31,6 para 2024.
Fuente: Base de Datos Mundial de Gasto en Salud de la OMS 2025, Estadísticas de Salud de la OCDE 2025 para los países de la OCDE.

StatLink https://stat.link/oy437d

Protección financiera

Como se reportó en la sección anterior, los altos niveles de gasto de bolsillo (GDB) en la región presentan un desafío no solo para los gobiernos que buscan mejorar el acceso, sino también para las personas, los hogares y las comunidades. Un alto gasto de bolsillo significa que los hogares financian directamente una parte sustancial de la atención cuando la necesitan, lo que puede empujarlos a la pobreza o a dificultades financieras. A nivel mundial, la incidencia del gasto catastrófico en salud —definido como pagos de bolsillo iguales o superiores al 10% del ingreso o el consumo del hogar— ha aumentado con el tiempo, alcanzando el 11,7% en 2010, equivalente a 808 millones de personas (Flores et al., 2018[1]).

La Figura 6.9 muestra los pagos de bolsillo en salud como proporción del gasto de consumo final de los hogares. En promedio, el gasto de bolsillo representó el 3,4% del consumo final de los hogares en ALC en 2024, o el último año disponible, similar al promedio de la OCDE del 3,2%. Sin embargo, hay una variación sustancial entre países. El gasto de bolsillo representó menos del 2% del consumo final de los hogares en Venezuela, Guyana, Colombia, Haití, Antigua y Barbuda, la República Dominicana, Belice y San Vicente y las Granadinas, pero superó el 4,5% en Honduras, Surinam, Paraguay, Saint Kitts y Nevis, Chile y Panamá. Entre 2015 y 2024, la carga del gasto de bolsillo en relación con el consumo de los hogares aumentó en varios países, incluidos Panamá, Chile, Brasil, Guatemala y Surinam, mientras que cayó en otros como Antigua y Barbuda, la República Dominicana, Santa Lucía, Ecuador y Haití. Estos promedios, sin embargo, se calculan a nivel nacional y no proporcionan información sobre cómo se distribuye la carga dentro de los países; una proporción nacional relativamente moderada puede ocultar desigualdades sustanciales, con los hogares de bajo ingreso enfrentando proporciones de gasto de bolsillo mucho más altas y un mayor riesgo de dificultades financieras que los hogares en mejor situación.

La Figura 6.10 muestra los esquemas de pago voluntario de atención sanitaria como proporción del gasto de consumo final de los hogares. En promedio en ALC, estos esquemas absorbieron alrededor del 1,0% del consumo final de los hogares en 2024, o el último año disponible, muy cerca del promedio de la OCDE. La proporción fue cercana a cero en Cuba y por debajo del 0,3% en Guyana, Dominica y San Vicente y las Granadinas, pero superó el 2% en Argentina y Bahamas, alcanzando el 4,6% en Brasil. Entre 2015 y 2024, la carga de los pagos voluntarios cayó marcadamente en Haití y Surinam, y también disminuyó en Uruguay y Guyana, pero aumentó notablemente en Argentina, Bahamas, Jamaica, Panamá y Brasil. Al igual que con el gasto de bolsillo, estas cifras son promedios nacionales y no muestran cómo se distribuye la carga entre los grupos de ingreso, lo cual es importante dado que los esquemas voluntarios suelen concentrarse entre los hogares en mejor situación y pueden contribuir a la segmentación del sistema.

En conjunto, los pagos de bolsillo y los esquemas voluntarios de atención sanitaria absorbieron alrededor del 5,7% del gasto de consumo final de los hogares en ALC en 2024, o el último año disponible, por encima del promedio de la OCDE de aproximadamente el 4,2%. La carga combinada varía ampliamente, desde alrededor del 2% o menos en Guyana y Venezuela hasta más del 8% en Brasil, Chile y Panamá. En algunos países, proporciones de gasto de bolsillo relativamente moderadas coexisten con altos pagos voluntarios, como en Brasil, Bahamas y Argentina, lo que sugiere un mayor prepago pero también una mayor segmentación. En otros, un alto gasto de bolsillo con una cobertura voluntaria más limitada, como en Panamá, Chile, Guatemala y Honduras, señala una mayor dependencia de los pagos directos en el punto de uso. Al igual que con cada indicador por separado, estas cifras son promedios nacionales y no captan cómo se distribuye la carga entre los grupos de ingreso. Para asegurar un acceso y una cobertura adecuados para todos los grupos, los gobiernos necesitan fortalecer la protección financiera de modo que los pagos de bolsillo y los esquemas voluntarios de atención sanitaria no absorban una proporción excesiva de los recursos de los hogares (OMS, 2018[2]). Una alta dependencia de estos esquemas de pago, junto con arreglos de financiamiento fragmentados, limita la mancomunación y la solidaridad y a menudo refuerza la segmentación entre los grupos poblacionales.

Definición y comparabilidad

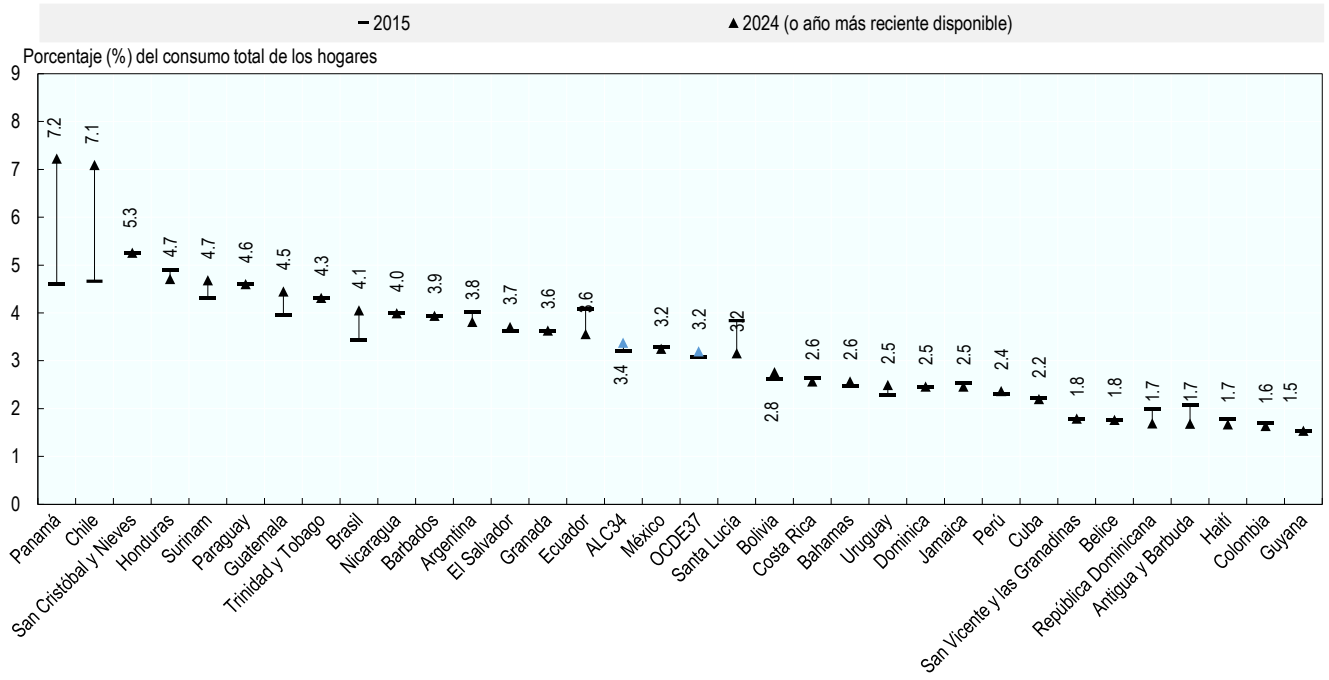
Esta sección utiliza tres agregados estándar para describir la carga del gasto privado en salud sobre los hogares. Los pagos de bolsillo son pagos directos de los hogares por bienes y servicios de salud, realizados con sus ingresos o ahorros al momento de utilizarlos, descontando cualquier reembolso de terceros pagadores. Incluyen copagos, deducibles y otros cargos directos, y también pueden incluir pagos informales cuando estos se reportan. Los esquemas voluntarios abarcan todos los mecanismos de prepago no obligatorios para la atención de salud, incluidos los seguros de salud voluntarios, los esquemas de financiamiento de instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares y los esquemas de financiamiento de las empresas. Los pagos de bolsillo y los esquemas voluntarios se recopilan conforme al Sistema de Cuentas de Salud (SCS 2011). El gasto de consumo final de los hogares y de las instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares es un agregado de las cuentas nacionales que mide el valor de los bienes y servicios comprados o adquiridos de otro modo para consumo individual por los hogares residentes y dichas instituciones.

Referencias

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*, Organización Mundial de la Salud, https://www.who.int/health-topics/health-financing. [2]

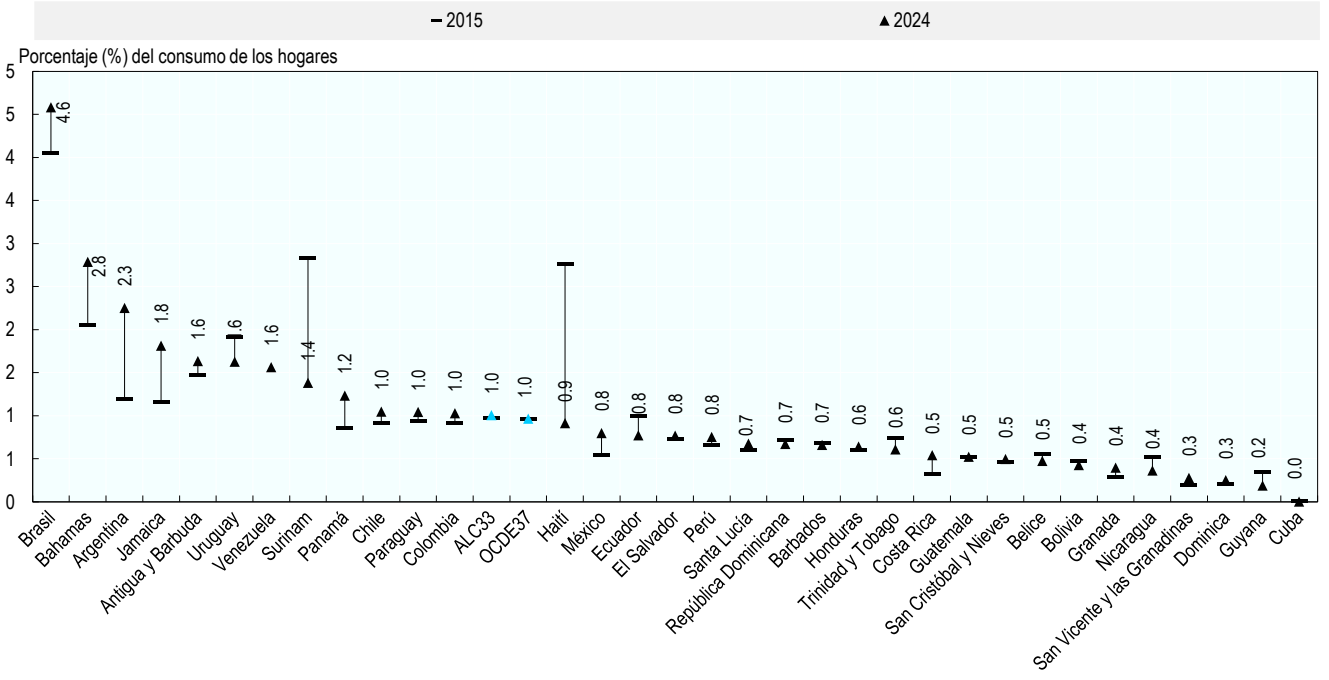
Figura 6.9. Gasto de bolsillo en salud como proporción del consumo final de los hogares, 2015-2024



Nota: Las etiquetas corresponden a 2024 (o al último año disponible).
Fuente: Base de Datos Mundial de Gasto en Salud de la OMS 2024.

StatLink https://stat.link/l1xb63

Figura 6.10. Gasto voluntario en atención sanitaria como proporción del consumo final de los hogares, 2015-2024



Nota: Las etiquetas corresponden a 2024 (o al último año disponible).
Fuente: Base de Datos Mundial de Gasto en Salud de la OMS 2024.

StatLink https://stat.link/av16c5

7 Calidad de la atención

Mortalidad evitable (prevenible y tratable)

La mortalidad evitable es una medida para evaluar con qué eficacia los sistemas de salud pública y de atención sanitaria reducen las muertes que no deberían ocurrir en presencia de una prevención efectiva y una atención oportuna y de alta calidad. Mide las muertes por causas prevenibles, que pueden abordarse mediante políticas de salud pública a nivel poblacional y de prevención primaria, y por causas tratables, para las cuales las intervenciones sanitarias apropiadas y oportunas pueden reducir sustancialmente los riesgos de mortalidad.

En los 25 países de América Latina y el Caribe (ALC25) incluidos en este análisis, la mortalidad evitable fue sustancialmente mayor que el promedio de la OCDE en 2023. Utilizando la población estándar OCDE-ALC, la mortalidad evitable total en ALC alcanza 297 muertes por cada 100 000 habitantes, en comparación con 162 por cada 100 000 en la OCDE (Figura 7.1). La brecha ya es amplia entre los hombres (378 frente a 220 muertes por cada 100 000), mientras que la mortalidad evitable entre las mujeres es el doble de alta en los países de ALC que en la OCDE (222 frente a 109 muertes por cada 100 000). La mortalidad evitable total oscila entre 155 muertes por cada 100 000 habitantes en Chile, alrededor de 200 en Costa Rica y Panamá, y más de 500 muertes por cada 100 000 en Guyana, lo que apunta a grandes diferencias tanto en la prevención como en el desempeño de los sistemas de salud entre países.

La mortalidad tratable también es marcadamente mayor en los países de ALC, lo que apunta a deficiencias en el acceso oportuno y la calidad de la atención. En ALC19, la mortalidad tratable alcanza 274 muertes por cada 100 000 entre los hombres y 196 entre las mujeres, frente a 117 y 67 en la OCDE. Las tasas de mortalidad tratable más bajas de la región se observan en Panamá (163; 70), Argentina (171; 75) y Costa Rica (184; 66), mientras que las más altas se registran en Paraguay (513; 270), Perú (437; 194) y Brasil (393; 191). En todos los países, la mortalidad tratable es sistemáticamente mayor entre los hombres que entre las mujeres —por ejemplo, ALC19 muestra una brecha de 78 muertes por cada 100 000 (274 frente a 196), y Paraguay una brecha de 243 (513 frente a 270)—, lo que pone de relieve diferencias de género persistentes en los riesgos de salud y en la búsqueda de atención, junto con las restricciones del sistema que afectan a ambos sexos (Figura 7.2).

La mortalidad prevenible contribuye sustancialmente a la brecha de mortalidad evitable. En ALC25, la mortalidad prevenible promedia 237 muertes por cada 100 000 entre los hombres y 102 entre las mujeres, en comparación con 153 y 61 en la OCDE. Las tasas más bajas de la región se observan en Chile (hombres 134, mujeres 54 por cada 100 000), cercanas a los niveles de la OCDE, seguido de Argentina (143; 59), Panamá (151; 62) y Costa Rica (182; 59). En el otro extremo, la mortalidad prevenible es más alta en Guyana (458; 199), Belice (347; 158) y Jamaica (307; 194), lo que señala brechas importantes en la prevención, el control de los factores de riesgo y el acceso a una atención primaria de calidad (Figura 7.3).

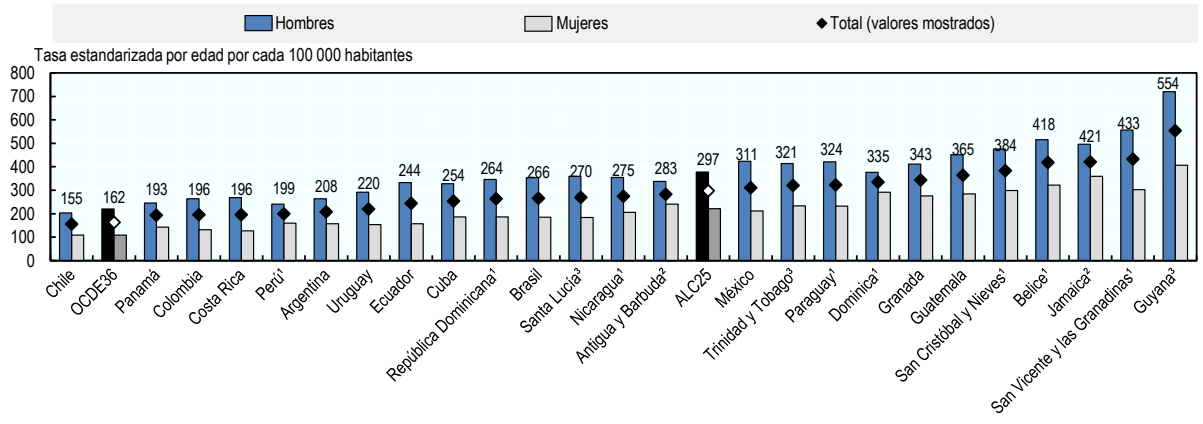
Definición y comparabilidad

Con base en las definiciones OCDE/Eurostat de 2022, la mortalidad prevenible se define como las causas de muerte entre personas menores de 75 años que pueden evitarse principalmente mediante intervenciones efectivas de salud pública y prevención primaria (es decir, antes de la aparición de la enfermedad/lesión, para reducir la incidencia). La mortalidad tratable (o susceptible de atención) se define como las causas de muerte que pueden evitarse principalmente mediante intervenciones sanitarias oportunas y efectivas, incluidas la prevención secundaria y el tratamiento (es decir, tras la aparición de la enfermedad, para reducir la letalidad).

Las estimaciones de mortalidad evitable se basan en dos listas actuales de mortalidad prevenible y tratable adoptadas por la OCDE y Eurostat en 2022. La atribución de cada causa de muerte a la categoría de mortalidad prevenible o tratable se basó en el criterio de si son predominantemente la prevención o las intervenciones sanitarias las que pueden reducirla, bajo el razonamiento de que una gran parte de estas muertes puede evitarse. Las causas de muerte que pueden en gran medida tanto prevenirse como tratarse una vez ocurridas se atribuyeron a la categoría de prevenible, bajo el razonamiento de que, si estas enfermedades se previenen, no habría necesidad de tratamiento. En los casos en que no había evidencia sólida de predominio de la prevenibilidad o la tratabilidad (como en la cardiopatía isquémica, el accidente cerebrovascular y la diabetes), las causas se asignaron en una proporción de 50:50 a las dos categorías para evitar el doble conteo de la misma causa de muerte en ambas listas. El umbral de edad de la mortalidad prematura se establece en 74 años para todas las causas, como se ha utilizado tradicionalmente en los países de altos ingresos. La COVID-19 se categorizó como una enfermedad prevenible, ya que la mayoría de las muertes pueden prevenirse mediante profilaxis, como la vacunación o el uso de mascarillas protectoras.

Los datos provienen de la Base de Datos de Mortalidad de la OMS, y las tasas de mortalidad están estandarizadas por edad según la población OCDE-ALC de 2022.

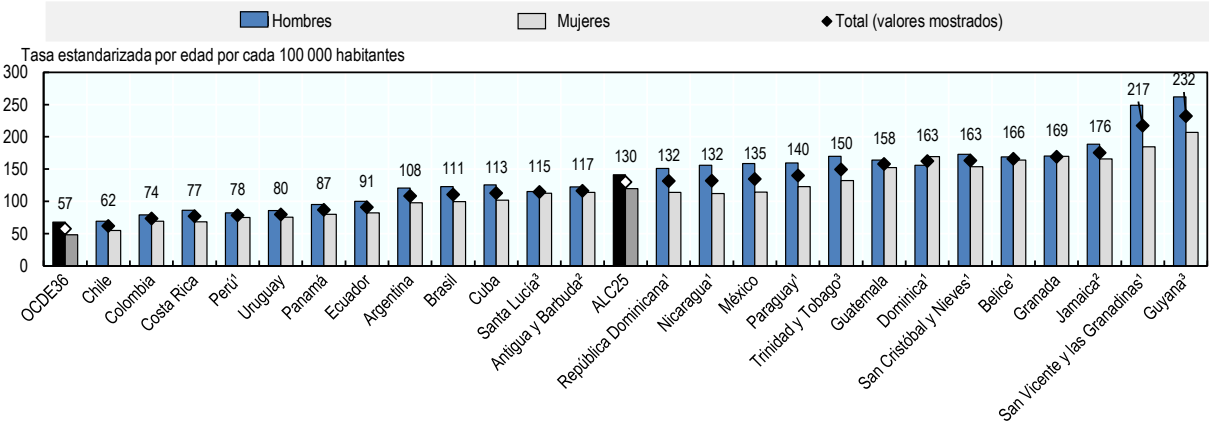
Figura 7.1. Mortalidad por causas evitables, 2023 (o último año disponible)



Nota: 1. Datos de 2022, 2. Datos de 2021, 3. Datos de 2020.
Fuente: Base de datos de mortalidad de la OMS (2026)

StatLink https://stat.link/wyers3

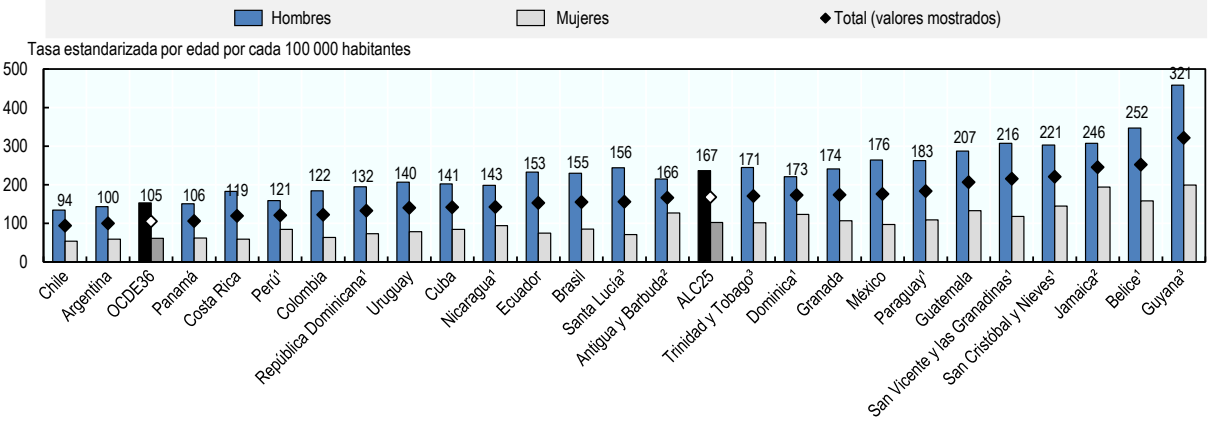
Figura 7.2. Mortalidad por causas tratables, 2023 (o último año disponible)



Nota: 1. Datos de 2022, 2. Datos de 2021, 3. Datos de 2020.
Fuente: Base de datos de mortalidad de la OMS (2026).

StatLink https://stat.link/gabysi

Figura 7.3. Mortalidad por causas prevenibles, 2023 (o último año disponible)



Nota: 1. Datos de 2022, 2. Datos de 2021, 3. Datos de 2020.
Fuente: Base de datos de mortalidad de la OMS (2026).

StatLink https://stat.link/1a2x84

Programas de vacunación infantil

La vacunación infantil sigue siendo una de las intervenciones de salud más efectivas y costo-efectivas, y un componente central de las estrategias nacionales de prevención de enfermedades (Chan et al., 2017[1]). Una cobertura alta y equitativa de las campañas de vacunación infantil es esencial para interrumpir la transmisión de enfermedades y proteger a todas las comunidades frente a diversas enfermedades transmisibles. Por ello, la cobertura es un indicador importante de la calidad de la atención sanitaria. Esta sección presenta la cobertura de los programas de vacunación contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3), el sarampión (primera y segunda dosis de la vacuna que contiene el componente del sarampión, MCV1 y MCV2) y la hepatitis B (HepB3). Por su importancia y su calendario, estos programas de vacunación representan todo el espectro de desafíos relacionados con la vacunación rutinaria de los niños.

En 2024, la cobertura promedio de DTP3 en ALC fue del 86% (ALC32), por debajo del nivel del 90% recomendado por la OMS para el desempeño de los programas (Figura 7.4) y por debajo del promedio de la OCDE del 93%. Diecisiete de los 32 países de ALC alcanzaron ≥90% (por ejemplo, Antigua y Barbuda, Costa Rica, Cuba, Jamaica, Santa Lucía y Brasil), mientras que cuatro se mantuvieron por debajo del 70% (Surinam, Venezuela, Haití y Bolivia). El promedio de ALC es más alto que en 2021 (82%), pero no ha regresado al promedio regional de ~90% observado en 2018 (prepandemia).

Si bien la primera dosis de la vacuna que contiene el componente del sarampión (MCV1) promedió 88% en 2024 en la región, alrededor del 5-10% de los niños no desarrollan inmunidad tras la primera dosis, por lo que se requiere la segunda dosis para asegurar la inmunidad en quienes están en riesgo (OMS, 2019[2]). La MCV2 fue notablemente menor, del 76% en ALC32 (Figura 7.5). Los promedios de la OCDE fueron del 93% (MCV1) y del 88% (MCV2). Dieciséis de los 32 países alcanzaron ≥90% en MCV1, pero solo siete lo lograron en MCV2 (Cuba, Guyana, San Vicente y las Granadinas, Uruguay, San Cristóbal y Nieves, El Salvador y Jamaica). Doce países tuvieron una MCV2 por debajo del 70% (incluidos Brasil, Paraguay, Bahamas, Argentina, México, Haití, Ecuador, Surinam, Venezuela y Bolivia). La meta de eliminación de la OMS exige una cobertura ≥95% para ambas dosis; pocos países de ALC sostienen actualmente ese nivel tanto en MCV1 como en MCV2. La MCV1 ha aumentado desde el 83% en 2021, pero se mantiene por debajo del promedio regional de ~90% observado en 2018; la MCV2, en el 76%, pone de relieve una brecha persistente en la segunda dosis en relación con el desempeño prepandémico (90% en 2018).

La OMS recomienda tres dosis de la vacuna contra la hepatitis B para todos los niños, con una dosis oportuna al nacer como parte de los calendarios nacionales de inmunización (OMS, 2017[3]). La cobertura de esta vacuna promedió 86% en ALC en 2024, frente al 92% en la OCDE (Figura 7.6). Dieciséis países de ALC alcanzaron ≥90%, pero cuatro tuvieron una cobertura por debajo del 70% (Surinam, Venezuela, Haití y Bolivia). Esto representa una mejora respecto del 81% en 2021, pero sigue estando por debajo de los niveles prepandémicos (≈90% en 2018 donde son comparables).

Las brechas persistentes de cobertura reflejan barreras tanto en la prestación de servicios como del lado de la demanda. Más allá de los problemas logísticos, la limitada recomendación por parte de los proveedores, la desinformación y las barreras socioeconómicas continúan obstaculizando la aceptación de la vacunación (Guzman-Holst et al., 2020[4]). Fortalecer la calidad de los programas (recordatorios/citaciones de citas, alcance hacia las zonas desatendidas, monitoreo continuo del abandono entre la dosis 1 y la dosis 2) y la participación comunitaria focalizada para contrarrestar la desinformación son prioridades para cerrar la brecha de MCV2 y elevar la cobertura de DTP3 y HepB3 por encima de los umbrales de la OMS.

Definición y comparabilidad

Las tasas de vacunación miden la proporción de niños que reciben las dosis dentro del plazo recomendado, normalmente al año de edad (por ejemplo, DTP3, HepB3, MCV1) o a la edad recomendada localmente para las dosis posteriores (MCV2). Algunos países utilizan vacunas combinadas (por ejemplo, sarampión-rubéola), mientras que otros administran los componentes por separado. La cobertura se deriva de encuestas en algunos países y de registros administrativos en otros, lo que puede afectar los resultados y la comparabilidad.

Referencias

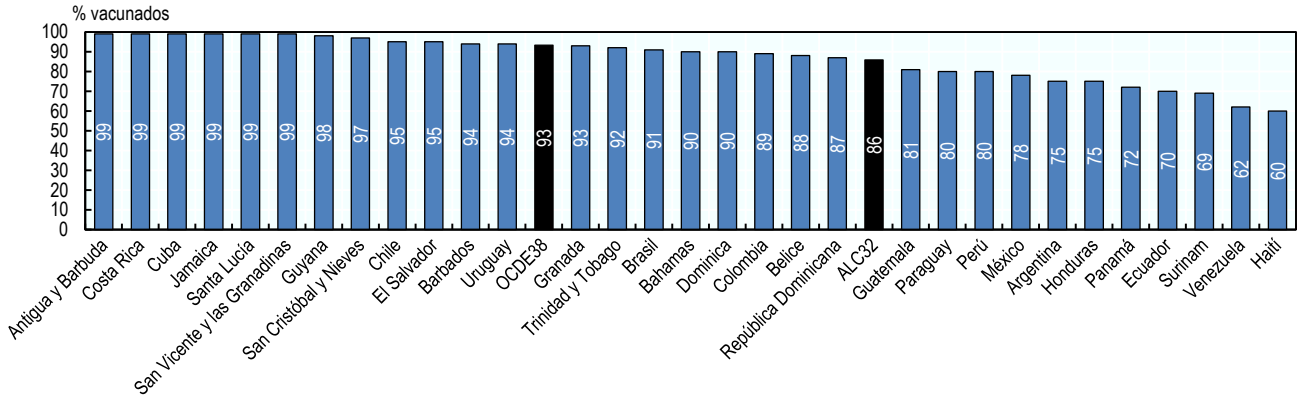
Chan, M. et al. (2017), “Reaching everyone, everywhere with life-saving vaccines”, *The Lancet*, Vol. 389/10071, pp. 777-779, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30554-8. [1]

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]

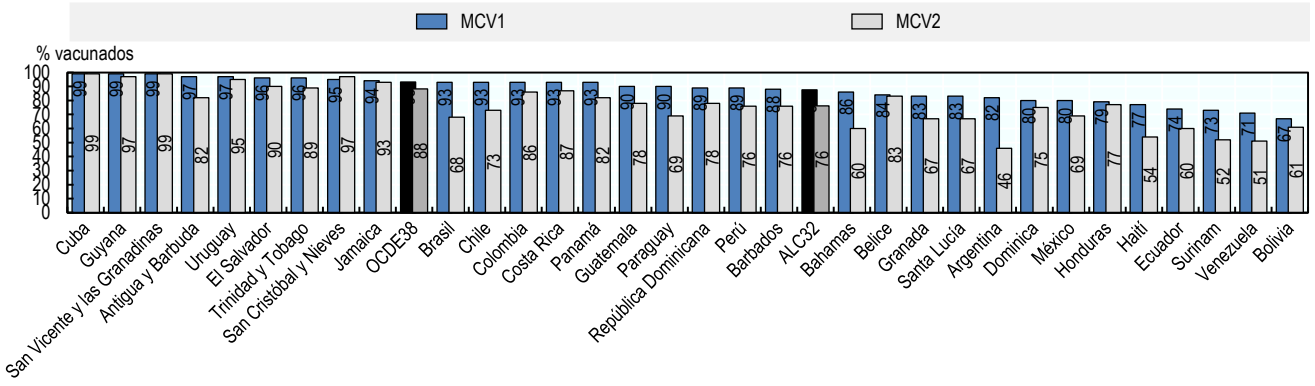
Figura 7.4. Tasas de vacunación contra la difteria, el toxoide tetánico y la tos ferina en niños de un año, 2024



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/2gxc94

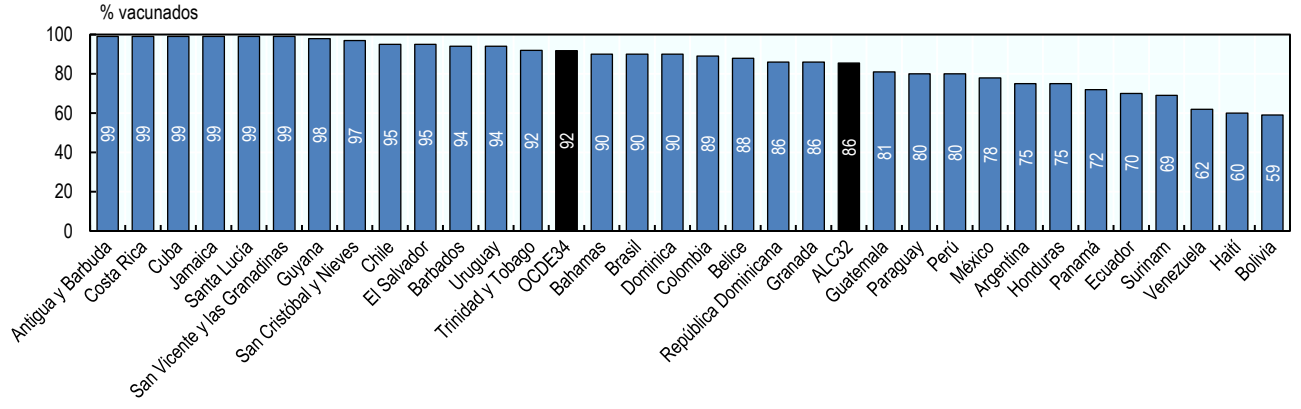
Figura 7.5. Cobertura de inmunización con primera y segunda dosis de la vacuna que contiene el componente del sarampión entre niños de 1 año y a la edad recomendada localmente, 2024



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/710zd8

Figura 7.6. Cobertura de inmunización contra la hepatitis B entre niños de 1 año, 2024



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/bl9o01

Hospitalizaciones evitables

Fortalecer la atención primaria de salud es una de las intervenciones más efectivas para mejorar la eficiencia de los sistemas de salud y la salud de la población. Un sistema de atención primaria de alto desempeño que brinde servicios accesibles y de alta calidad puede reducir el deterioro agudo en las personas que viven con cuatro afecciones crónicas ampliamente prevalentes en ALC —el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) y la diabetes— y reducir las admisiones hospitalarias innecesarias. Por esta razón, medir el número de hospitalizaciones debidas a estos diagnósticos es un indicador de la capacidad del sistema de salud para manejar adecuadamente las afecciones a nivel de la atención primaria. Sin embargo, los países de ALC generalmente tienen una menor capacidad y un menor uso hospitalario que los países de la OCDE, con menos camas hospitalarias (23 frente a 42 por cada 10 000 habitantes en promedio; véase el Capítulo 5) y menores tasas de egreso hospitalario (menos de 500 frente a casi 1 400 por cada 10 000 habitantes en promedio; véase el Capítulo 5). Como resultado, unas tasas bajas de admisiones evitables pueden reflejar restricciones en el acceso a la atención hospitalaria, en lugar de un mejor desempeño de la atención primaria por sí solo.

La Figura 7.7 muestra las tasas de admisión hospitalaria por cada 100 000 habitantes por asma y EPOC en ocho países de ALC (ALC8) y el promedio de la OCDE. En promedio, los países de ALC8 reportan tasas de admisión sustancialmente más bajas que la OCDE: alrededor de un tercio del promedio de la OCDE para el asma (9.3 frente a 25.3 por cada 100 000) y aproximadamente una cuarta parte para la EPOC (20.8 frente a 76.3). Los patrones de las dos afecciones son en general similares: los países con tasas bajas de admisión por asma también tienden a presentar tasas bajas de admisión por EPOC. Perú y Ecuador registran las tasas más bajas para ambas afecciones (alrededor de 3 a 6 admisiones por cada 100 000), seguidos de Paraguay y México, mientras que Argentina, Chile y Colombia muestran tasas comparativamente más altas dentro del grupo de ALC, aunque todavía muy por debajo del promedio de la OCDE. Parte de la brecha con la OCDE puede reflejar una capacidad hospitalaria más limitada y menores tasas de egreso en general en muchos sistemas de salud de ALC.

La Figura 7.8 presenta las tasas de admisión por cada 100 000 habitantes por diabetes e ICC. En el caso de la diabetes, los países de ALC8 muestran nuevamente tasas de admisión más bajas en promedio que la OCDE (54 frente a 93 por cada 100 000). Sin embargo, México destaca con una tasa muy por encima del promedio de la OCDE (149), mientras que la tasa de Chile (90) se acerca al nivel de la OCDE. Argentina, Costa Rica y Colombia tienen tasas intermedias (alrededor de 45 a 57), y Ecuador, Paraguay y Perú reportan tasas de admisión muy bajas (5 a 26 por cada 100 000). En cuanto a la ICC, las tasas de admisión en todos los países de ALC8 que reportan datos están por debajo del promedio de la OCDE de 89 por cada 100 000. El promedio de ALC8 se sitúa en 33 admisiones, con Chile mostrando la tasa más alta de la región (61) y todos los demás países reportando tasas marcadamente más bajas: alrededor de 34 a 42 en Argentina, Colombia, Ecuador y México, y menos de 25 admisiones por cada 100 000 en Costa Rica, Paraguay y especialmente Perú (5).

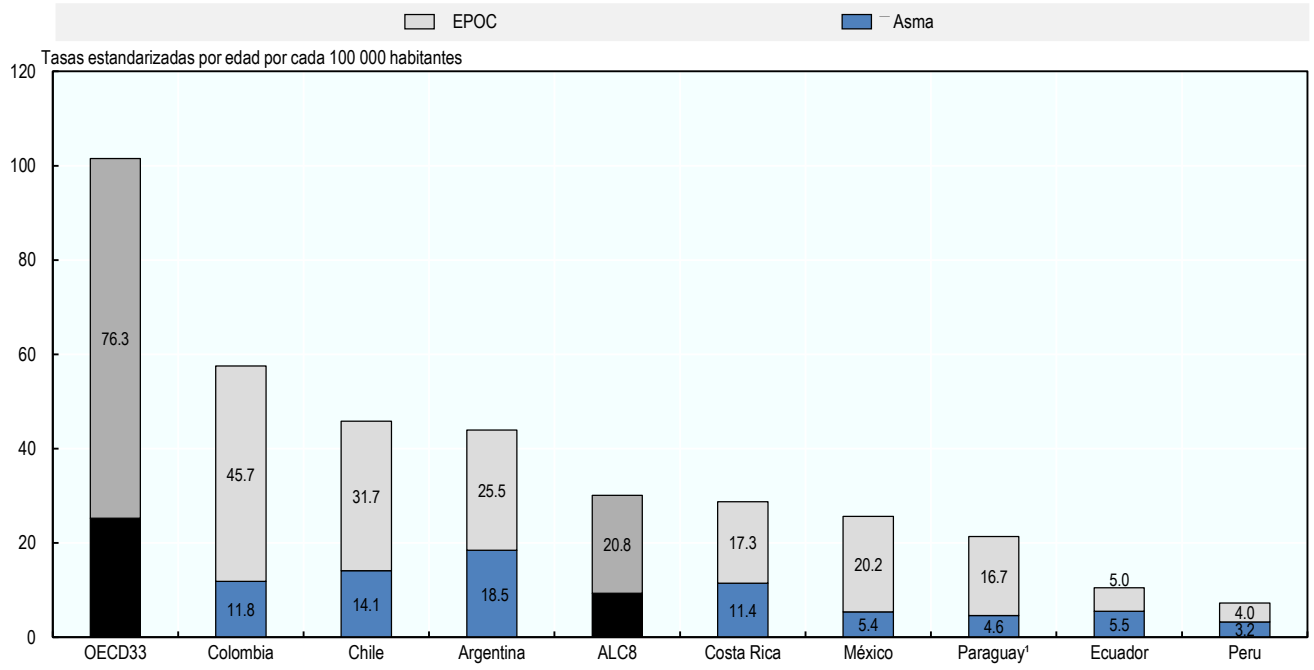
Las bajas tasas de admisión por diabetes, afecciones respiratorias e ICC deben interpretarse en el contexto de un menor número de camas hospitalarias y menores tasas de egreso hospitalario en ALC que en otros países de la OCDE. Si bien pueden reflejar en parte una atención primaria sólida y un buen manejo de la enfermedad cardiovascular crónica, también pueden captar necesidades no satisfechas de atención hospitalaria, subdiagnóstico, retrasos en la búsqueda de atención o barreras de admisión donde la capacidad hospitalaria es limitada.

Los sistemas de salud deben encontrar un equilibrio adecuado para asegurar el nivel menos derrochador de utilización hospitalaria al tiempo que garantizan un acceso adecuado para toda la población. Los países de ALC deben continuar invirtiendo en la construcción de capacidad de atención primaria a fin de minimizar el desperdicio y prepararse para una carga más pesada causada por el aumento de la prevalencia de afecciones crónicas derivado del envejecimiento poblacional (véase el Capítulo 9).

Definición y comparabilidad

Los indicadores se definen como el número de admisiones hospitalarias con un diagnóstico primario de asma, EPOC, ICC y diabetes entre personas de 15 a 85 años por cada 100 000 habitantes. Las tasas están estandarizadas por edad y sexo según la población OCDE-ALC de 2022 de 15 a 85 años. Las admisiones resultantes de una transferencia desde otro hospital y aquellas en las que el paciente fallece durante la admisión se excluyen del cálculo, ya que estas admisiones se consideran poco probablemente evitables. La prevalencia de la enfermedad y la disponibilidad de atención hospitalaria pueden explicar algunas, pero no todas, las variaciones en las tasas entre países. Las diferencias en las prácticas de codificación entre países también pueden afectar la comparabilidad de los datos. Las diferencias en la cobertura de datos del sector hospitalario nacional entre países también pueden influir en las tasas de los indicadores: las mediciones de Paraguay solo abarcan los servicios de atención pública del Ministerio de Salud.

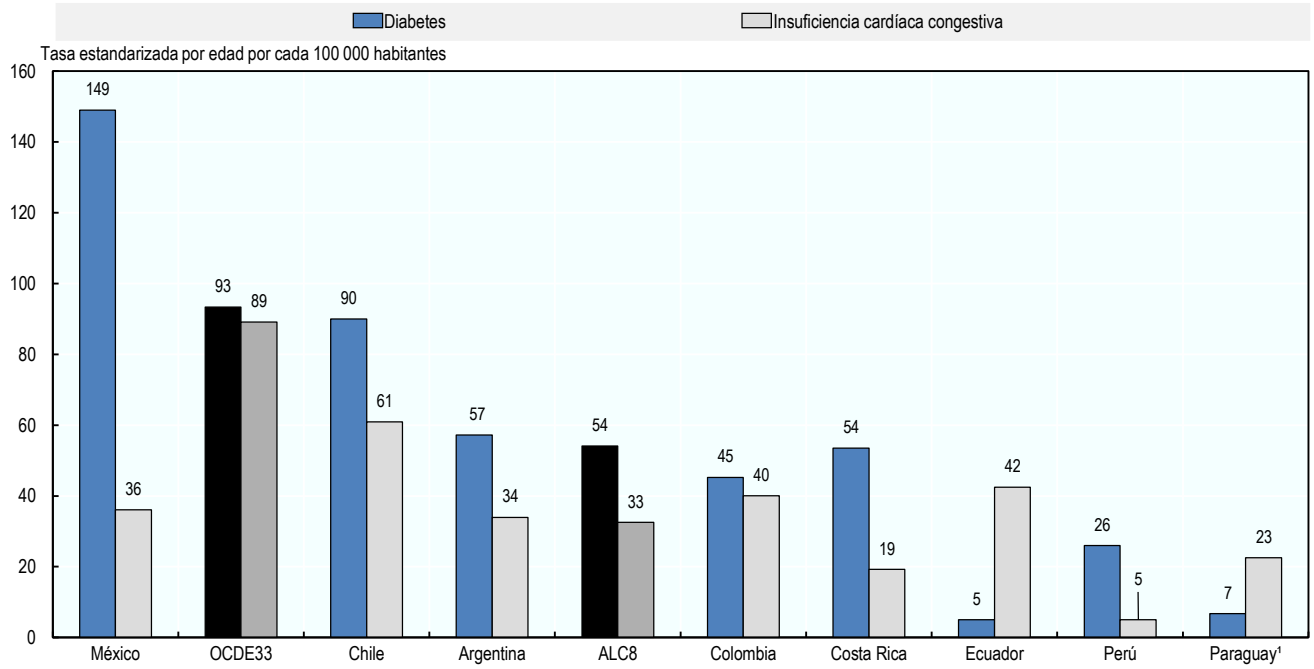
Figura 7.7. Admisiones hospitalarias por asma y EPOC en adultos, 2024 (o año más cercano)



Nota: Las tasas están estandarizadas por edad y sexo según la población OCDE-ALC de 15 a 85 años. 1. Solo para los servicios de atención del Ministerio de Salud.
Fuente: Estadísticas de salud de la OCDE 2025 para los países de la OCDE; recopilación de datos ad hoc para los países que no pertenecen a la OCDE.

StatLink https://stat.link/o47g5u

Figura 7.8. Admisiones hospitalarias por insuficiencia cardíaca congestiva y diabetes en adultos, 2024 (o año más cercano)



Nota: Las tasas están estandarizadas por edad y sexo según la población OCDE-ALC de 15 a 85 años. 1. Solo para los servicios de atención del Ministerio de Salud.
Fuente: Estadísticas de salud de la OCDE 2025 para los países de la OCDE; recopilación de datos ad hoc para los países que no pertenecen a la OCDE.

StatLink https://stat.link/nzk4xc

Mortalidad intrahospitalaria tras un infarto agudo de miocardio y un accidente cerebrovascular

Las cardiopatías isquémicas y el accidente cerebrovascular se encuentran entre las principales causas de muerte en América Latina (véase el Capítulo 3). Estas enfermedades imponen costos sanitarios, económicos y sociales sustanciales, tanto por la mortalidad prematura como por la discapacidad de largo plazo entre los sobrevivientes. En las últimas décadas, los resultados tras un infarto agudo de miocardio (IAM) y un accidente cerebrovascular han mejorado en muchos países, apoyados por los avances en las tecnologías médicas y los protocolos de tratamiento, incluidas las terapias hipolipemiantes y antihipertensivas, la trombólisis y la angioplastia (OECD, 2015[1]). Las tasas de letalidad intrahospitalaria a 30 días para el IAM y el accidente cerebrovascular son indicadores ampliamente utilizados de la calidad de la atención aguda. Estas medidas reflejan la efectividad y la oportunidad de las respuestas de emergencia y de las vías de tratamiento hospitalario, incluidos el diagnóstico rápido, el acceso a las terapias de reperfusión y el transporte coordinado de los pacientes. Al mismo tiempo, las tasas de letalidad también pueden verse influidas por las características de los pacientes, como la gravedad del caso, así como por diferencias en las prácticas de admisión.

En el caso del IAM, las tasas de mortalidad intrahospitalaria a 30 días estandarizadas por edad y sexo en Paraguay (24.2%), México (22.6%) y Perú (19.9%) son sustancialmente más altas que la mortalidad promedio de la OCDE (6.5%). Ecuador (10.9%) y Chile (8.8%) reportan una mortalidad más alta que el promedio de la OCDE, pero dentro del rango de la OCDE, mientras que Costa Rica (6.8%) y Colombia (5.6%) se acercan al promedio de la OCDE o están por debajo de él (Figura 7.9).

También existen diferencias importantes entre países en las tasas de letalidad dentro de los 30 días posteriores a la admisión por accidente cerebrovascular isquémico (Figura 7.10). Perú reporta la tasa de mortalidad a 30 días más baja (2.5%). No obstante, esta medida está considerablemente por debajo de los hallazgos de la literatura publicada, donde se encontró una tasa de letalidad intrahospitalaria de 6.9 en 2017 (Labán-Seminario, Carrillo-Larco and Bernabé-Ortiz, 2022[2]). Si bien otros factores, como una alta incidencia de primeros accidentes cerebrovasculares en la población general peruana, también pueden contribuir a tasas más bajas (Lazo-Porras et al., 2022[3]), esta medida debe interpretarse con cautela debido a la calidad y la comparabilidad de las prácticas de registro y reporte. Colombia (6.1%) y Ecuador (7.8%) se sitúan justo por debajo del promedio de la OCDE (8.7%). La tasa de Chile (8.8%) se acerca al promedio de la OCDE, mientras que Paraguay (11.8%), Costa Rica (15.3%) y México (17.0%) reportan una mortalidad marcadamente más alta.

La mortalidad tras un accidente cerebrovascular hemorrágico es, como cabe esperar, considerablemente mayor que la del accidente cerebrovascular isquémico en todos los países (Figura 7.11). México (30.6%), Paraguay (25.6%), Costa Rica (25.3%) y Chile (24.7%) reportan tasas por encima del promedio de la OCDE (23.4%). En contraste, Ecuador (17.0%) y Perú (11.4%) muestran tasas de letalidad más bajas.

Si bien los países de ALC han logrado avances en la reducción de la carga de la enfermedad cardiovascular, se necesita un mayor énfasis en mejorar la calidad y la consistencia de la atención aguda. Mejorar los resultados cardiovasculares y cerebrovasculares requiere un enfoque coordinado y centrado en las personas que abarque la prevención y la detección temprana, una atención primaria sólida y preventiva, la referencia oportuna a los servicios de emergencia y el uso consistente de protocolos clínicos actualizados y basados en evidencia (OECD, 2025[4]). Fortalecer los sistemas de información en salud y la capacidad analítica es esencial para el monitoreo rutinario y la comparabilidad internacional. Sin embargo, solo siete países de ALC pueden reportar actualmente indicadores comparables de calidad de la atención para el IAM y el accidente cerebrovascular, e incluso estas medidas omiten aspectos importantes del manejo agudo y de la atención posterior al alta (véase el recuadro más abajo). Además, indicadores importantes como el acceso a la trombólisis, los servicios hemodinámicos y las unidades especializadas en accidente cerebrovascular son esenciales para una evaluación precisa del desempeño de las afecciones cardiovasculares agudas, pero siguen siendo limitados en la región. La interpretación de los indicadores presentados también requiere cautela: las diferencias observadas pueden reflejar variaciones en el acceso a los servicios de emergencia y hospitalarios y en las prácticas de admisión, registro y codificación. Por ejemplo, unas tasas de letalidad muy bajas en algunos países (por ejemplo, Perú) pueden señalar en parte barreras de acceso o una admisión hospitalaria selectiva, en lugar de una mejor atención.

Definición y comparabilidad

La tasa de letalidad intrahospitalaria tras un IAM y un accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico se define como el número de personas que fallecen dentro de los 30 días posteriores a su admisión al hospital de cada 100 pacientes admitidos al hospital con estas afecciones. Este indicador se basa en admisiones hospitalarias únicas y se restringe a la mortalidad dentro del mismo hospital; las diferencias en las prácticas de alta y transferencia de pacientes pueden influir en los hallazgos. Las tasas estandarizadas ajustan por diferencias de edad (45 años y más) y sexo, y facilitan comparaciones internacionales más significativas. La estandarización utiliza la población estándar específica por enfermedad de la OCDE de 2015. Los datos presentados aquí no tienen en cuenta a los pacientes que son transferidos a otros hospitales durante su atención ni reflejan a los pacientes que fallecieron fuera de los hospitales dentro de los 30 días.

Referencias

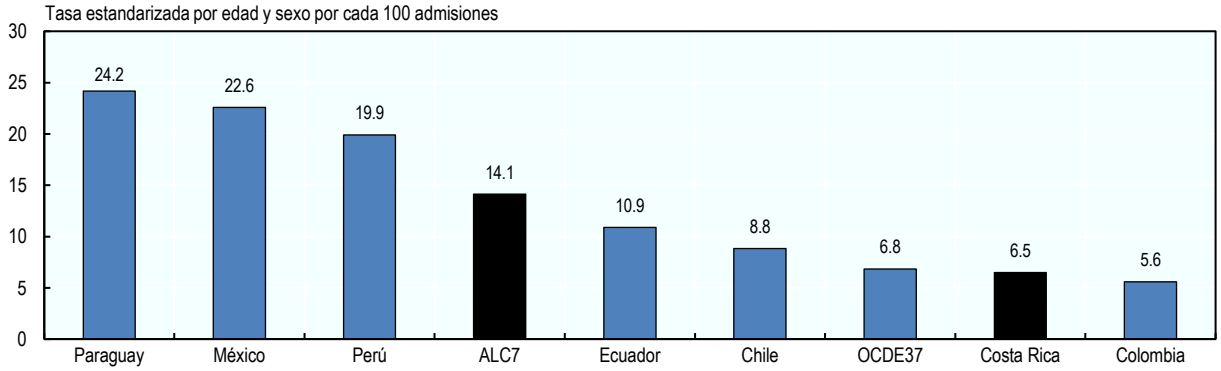
Labán-Seminario, L., R. Carrillo-Larco and A. Bernabé-Ortiz (2022), “Stroke-related length of hospitalization trends and in-hospital mortality in Peru”, *PeerJ*, Vol. 10, p. e14467, https://doi.org/10.7717/PEERJ.14467/SUPP-1. [2]

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]

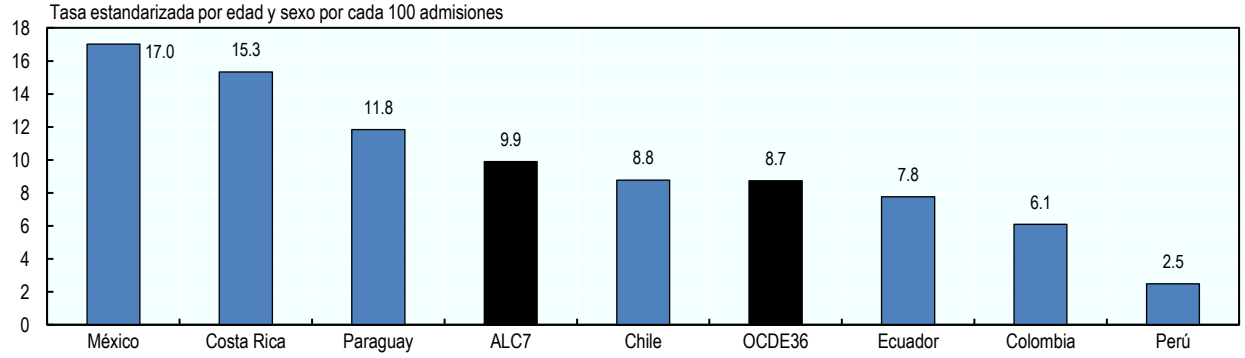
Figura 7.9. Tasas de letalidad intrahospitalaria dentro de los 30 días posteriores a la admisión por IAM, pacientes de 45 años y más, 2024 (o último año disponible)



Fuente: Estadísticas de salud de la OCDE 2025; cuestionarios de la OCDE para Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026.

StatLink https://stat.link/xzyd1r

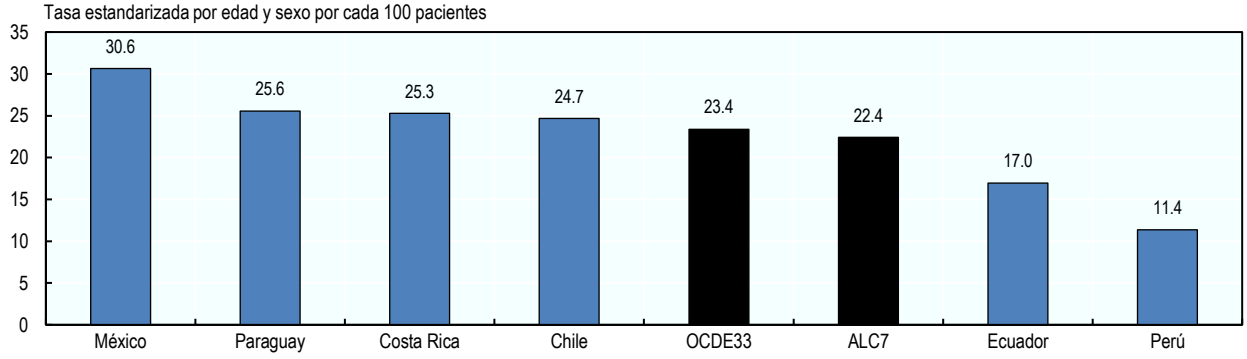
Figura 7.10. Tasas de letalidad intrahospitalaria dentro de los 30 días posteriores a la admisión por accidente cerebrovascular isquémico, pacientes de 45 años y más, 2024 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de salud de la OCDE 2025; cuestionarios de la OCDE para Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026.

StatLink https://stat.link/ry2a4w

Figura 7.11. Tasas de letalidad intrahospitalaria dentro de los 30 días posteriores a la admisión por accidente cerebrovascular hemorrágico, pacientes de 45 años y más, 2024 (o año más cercano)



Fuente: Estadísticas de salud de la OCDE 2025; cuestionarios de la OCDE para Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026.

StatLink https://stat.link/9wl8mn

Atención del cáncer

Después de la enfermedad cardiovascular, la atención del cáncer es la segunda causa de muerte en ALC (véase el Capítulo 3). En 2020, la región registró alrededor de 1.5 millones de casos nuevos de cáncer y 700 000 muertes por cáncer al año, lo que convierte a la atención del cáncer en una prueba importante de la capacidad del sistema de salud para diagnosticar y brindar un tratamiento oportuno y efectivo. Las diferencias en la calidad y la oportunidad de la atención del cáncer se traducen en marcadas diferencias en la supervivencia y en la mortalidad por cáncer tratable entre países (Piñeros et al., 2022[1]).

La mortalidad tratable capta las muertes que deberían ser evitables mediante una atención sanitaria oportuna y efectiva. Varios tipos de cáncer se han incluido en esta definición, siendo los más prevalentes el colorrectal, el de mama y el cervicouterino (OECD/Eurostat, 2022[2]). La Figura 7.12 muestra una amplia variación entre países en la mortalidad por cánceres tratables. El promedio de ALC26 fue de 19.3 muertes por cada 100 000 habitantes en 2023, alrededor de un 30% por encima del promedio de la OCDE36 de 14.8. Las tasas oscilaron entre 8.3 en El Salvador y 30.6 en Jamaica y 31.4 en Dominica, una diferencia cercana al 300%. Solo seis países estuvieron por debajo del promedio de la OCDE, mientras que México y Colombia se situaron en el nivel de la OCDE. Durante la última década, el promedio de ALC empeoró en 1.2 muertes por cada 100 000, mientras que el promedio de la OCDE mejoró en 2.8. Se observaron grandes aumentos en Antigua y Barbuda (+5.6 muertes por cada 100 000), San Cristóbal y Nieves (+4.5), Belice (+3.7), Guyana (+3.6), Perú (+2.7) y Costa Rica (+2.6), mientras que las reducciones más claras se observaron en Guatemala (2.9) y El Salvador (2.0).

La Figura 7.13 muestra el Índice de Supervivencia del Cáncer Infantil para los seis cánceres trazadores de la OMS combinados. En los 13 países de ALC que participan en CONCORD, la supervivencia promedio a 5 años fue del 75%, 15 puntos porcentuales (p.p.) por debajo del promedio de la OCDE27 del 90%. Las estimaciones oscilaron entre el 55% en Perú y el 83% en Costa Rica y Uruguay, y el 85% en Trinidad y Tobago, una amplitud de 30 p.p. entre las estimaciones más baja y más alta. Once de los 13 países de ALC mostrados ya estaban por encima de la meta del 60% de la Iniciativa Mundial contra el Cáncer Infantil de la OMS, pero solo Trinidad y Tobago se acercó al promedio de la OCDE.

Los países con menor mortalidad por cáncer tratable y mayor supervivencia del cáncer infantil tienen más probabilidades de contar con vías más sólidas para el diagnóstico temprano, una referencia y un tratamiento más rápidos, un mejor acceso a la atención especializada y sistemas de información que permitan monitorear y comparar los resultados. Los retrasos en cualquier etapa de la vía, desde el primer contacto con el sistema de salud hasta el diagnóstico y el tratamiento, pueden empeorar los resultados y aumentar los costos. Los registros de cáncer de base poblacional son esenciales para comparar la supervivencia, revelar las desigualdades e identificar dónde se necesitan más las mejoras en las vías de atención (OECD/European Commission, 2026[3]). Fortalecer estas funciones centrales, junto con una inversión sostenida en la fuerza de trabajo oncológica y en la capacidad de tratamiento, es fundamental para reducir las brechas observadas en toda la región.

Definición y comparabilidad

El Índice de Supervivencia del Cáncer es una medida resumen única de la supervivencia neta a 5 años para los seis cánceres trazadores infantiles de la OMS combinados. La supervivencia neta mide la probabilidad de sobrevivir cinco años después del diagnóstico tras corregir por las muertes por otras causas, que varían entre países, a lo largo del tiempo y según la edad y el sexo. En CONCORD-4, el índice se calcula como un promedio ponderado de las estimaciones de supervivencia por edad, sexo y tipo de cáncer, utilizando registros individuales de los registros de cáncer de base poblacional. La comparabilidad es mayor cuando los registros cubren la totalidad de la población nacional; cuando no había datos nacionales disponibles, las estimaciones pueden basarse en registros regionales, y las estimaciones menos fiables se señalan en la figura.

La mortalidad por cáncer tratable se refiere a las muertes por cánceres que pueden evitarse principalmente mediante una atención sanitaria oportuna y efectiva, incluidas la prevención secundaria y el tratamiento tras la aparición de la enfermedad. El indicador sigue la lista de causas de muerte tratables de la OCDE/Eurostat de 2022 y se restringe a las muertes ocurridas entre los 0 y los 74 años. En el caso del cáncer, incluye el cáncer colorrectal, el cáncer de mama (solo mujeres), el cáncer de útero, el cáncer testicular, el cáncer de tiroides, la enfermedad de Hodgkin, la leucemia linfoide y los neoplasmas benignos, así como la proporción tratable del cáncer cervicouterino, que se divide en partes iguales entre las categorías prevenible y tratable.

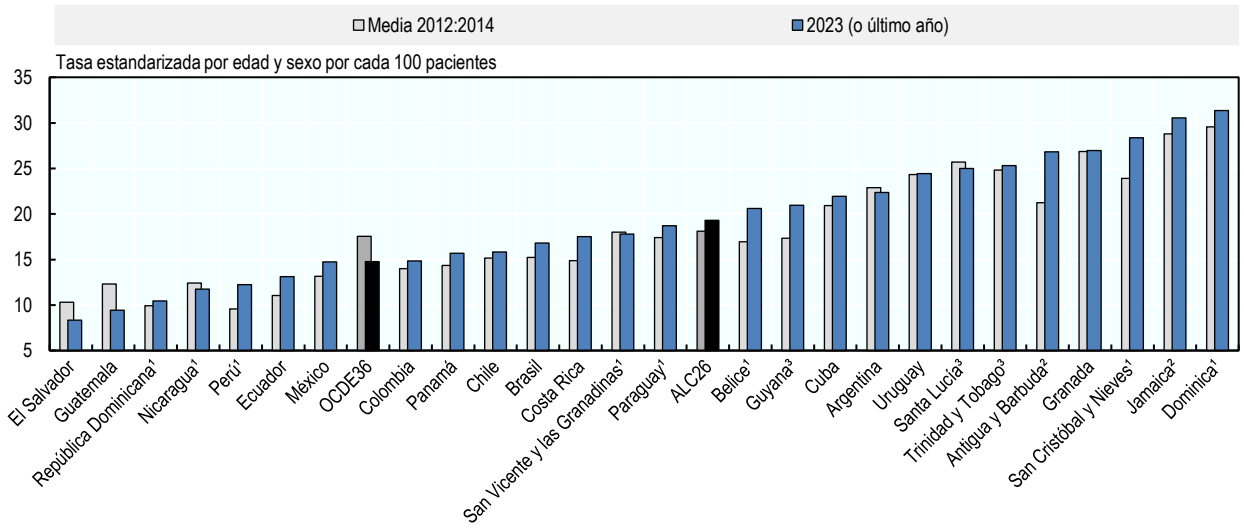
Referencias

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]

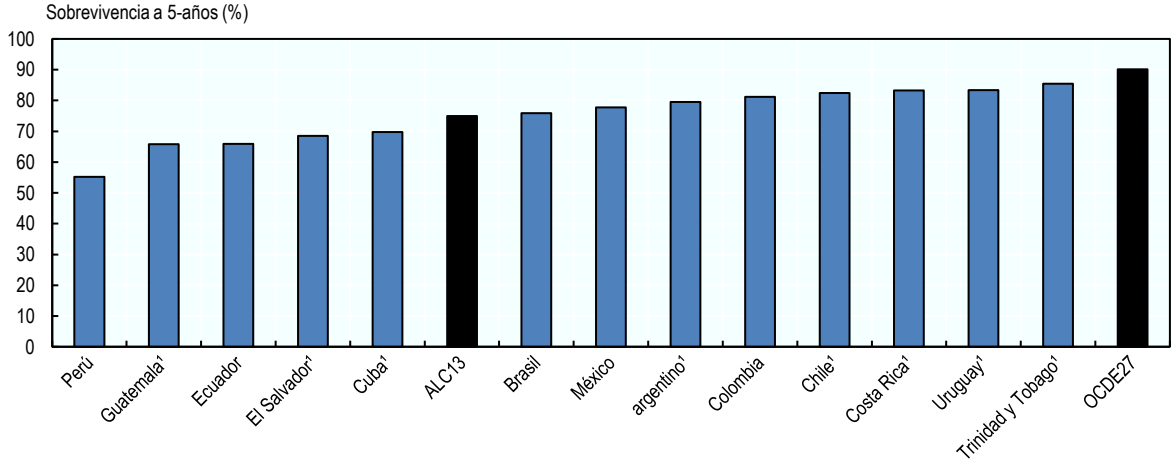
Figura 7.12. Mortalidad por cánceres tratables, 2023 y diferencia a 10 años



1. Datos de 2022. 2. Datos de 2021. 3. Datos de 2020. Los cánceres tratables se identifican con la CIE-10:
Fuente: Base de datos de mortalidad de la OMS (2026).

StatLink https://stat.link/mz5f1v

Figura 7.13. Índice de Supervivencia del Cáncer a 5 años para los seis cánceres infantiles trazadores de la OMS combinados, diagnosticados entre 2015 y 2019



Nota: El Índice de Supervivencia del Cáncer es una medida resumen única de la supervivencia neta a 5 años para los cánceres combinados. Se calcula como un promedio ponderado de las estimaciones de supervivencia por edad, sexo y tipo de cáncer. La Iniciativa Mundial contra el Cáncer Infantil de la OMS identifica estos seis cánceres trazadores comunes: leucemia linfoblástica aguda, linfoma de Burkitt, linfoma de Hodgkin, retinoblastoma, tumor de Wilms y glioma de bajo grado.
1. Datos con cobertura del 100% de la población nacional. Los promedios son promedios no ponderados de los ISC componentes.
Fuente: 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

Seguridad del paciente y prescripción segura

La seguridad del paciente es una dimensión central de la calidad de la atención y una prioridad clave de política para los sistemas de salud, dada la carga sustancial de daño prevenible asociada a una atención insegura y al uso inapropiado de los medicamentos. El daño relacionado con los medicamentos, incluido el uso inapropiado de antimicrobianos, se encuentra entre las fuentes más comunes y evitables de incidentes de seguridad del paciente, y contribuye a los eventos adversos por medicamentos y a la creciente amenaza de la resistencia a los antimicrobianos. En respuesta, la Organización Mundial de la Salud ha formulado el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030 (Astier-Peña et al., 2021[1]), que exige una gobernanza más sólida, sistemas de aprendizaje y prácticas de medicación más seguras en todos los países. Esta sección reúne dos indicadores complementarios para evaluar el progreso en esta área: la medida en que los países han establecido las bases a nivel de sistema para la seguridad del paciente en consonancia con el Plan de Acción, y los patrones de consumo de antimicrobianos, que ofrecen información sobre las prácticas de prescripción y los posibles riesgos relacionados con un uso inseguro o inapropiado. En conjunto, estos indicadores ponen de relieve tanto el compromiso político con la seguridad del paciente como la forma en que se traduce en el comportamiento cotidiano de prescripción, lo que ofrece una imagen más integral de la seguridad del paciente y la prescripción segura en la región.

El Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030 establece un marco integral para fortalecer la seguridad del paciente mediante la gobernanza, los sistemas de aprendizaje, la formación de la fuerza de trabajo y la participación de los pacientes. En toda América Latina y el Caribe, el progreso en el cumplimiento de estos criterios sigue siendo desigual. Ningún país de América Latina y el Caribe cumple plenamente todos los requisitos evaluados (Figura 7.14), mientras que seis países cumplen la mayoría de los criterios y pueden considerarse como países con sistemas de seguridad del paciente en general alineados. Uruguay destaca con el mayor nivel de alineación, al cumplir 10 de los criterios evaluados, seguido de Cuba y Ecuador (ocho criterios cada uno). Un segundo grupo de países —incluidos Colombia y Costa Rica (siete criterios cada uno), así como la República Dominicana y Perú (seis criterios)— cumple varios elementos centrales, pero todavía muestra brechas, particularmente en el establecimiento de metas nacionales y la divulgación pública. La mayoría de los países cumple parcialmente los criterios del Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente, y normalmente cuenta con políticas fundamentales —como sistemas de reporte de eventos que nunca deberían ocurrir o la participación en iniciativas internacionales de seguridad—, pero carece de planes de acción nacionales integrales, de la publicación regular del desempeño en materia de seguridad del paciente o de metas explícitas para reducir el daño relacionado con los medicamentos. En el extremo inferior de la distribución, Guyana, Haití y Paraguay cumplen pocos criterios, lo que indica una infraestructura de seguridad del paciente a nivel de sistema limitada.

El consumo promedio de antimicrobianos en América Latina y el Caribe varía considerablemente entre países y grupos terapéuticos. Durante el período 2019-2022, el consumo total osciló entre 23.9 dosis diarias definidas por cada 1 000 habitantes por día (DID) en Argentina y 22.0 DID en Colombia, hasta menos de 6 DID en Chile (5.4 DID) y Trinidad y Tobago (5.9 DID), y 2.9 DID en San Cristóbal y Nieves (Figura 7.15). En todos los países, el consumo está dominado por los betalactámicos, las penicilinas (J01C), que representan la mayor proporción de uso, alcanzando 11.8 DID en Argentina y 7.7 DID en Colombia, seguidos de los macrólidos (J01F) y las quinolonas (J01M), dos clases comúnmente asociadas a la prescripción inapropiada cuando se utilizan fuera de las indicaciones recomendadas por las guías. Los países con mayor consumo también tienden a mostrar un uso más amplio en múltiples clases de antimicrobianos, mientras que los países con menor consumo muestran patrones de prescripción más concentrados. Colombia, por ejemplo, está avanzando en la formulación de un documento de política en el marco del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) para reducir el impacto de la resistencia a los antimicrobianos, que abarca tanto el uso humano como el veterinario. Estas grandes diferencias entre países probablemente reflejan una combinación de variaciones en la carga de enfermedad, el acceso a los medicamentos, las prácticas de prescripción y la supervisión regulatoria, y subrayan la importancia de fortalecer la optimización del uso de antimicrobianos y las políticas de prescripción segura para reducir la exposición innecesaria y mitigar los riesgos de la resistencia a los antimicrobianos y del daño relacionado con los medicamentos.

Definición y comparabilidad

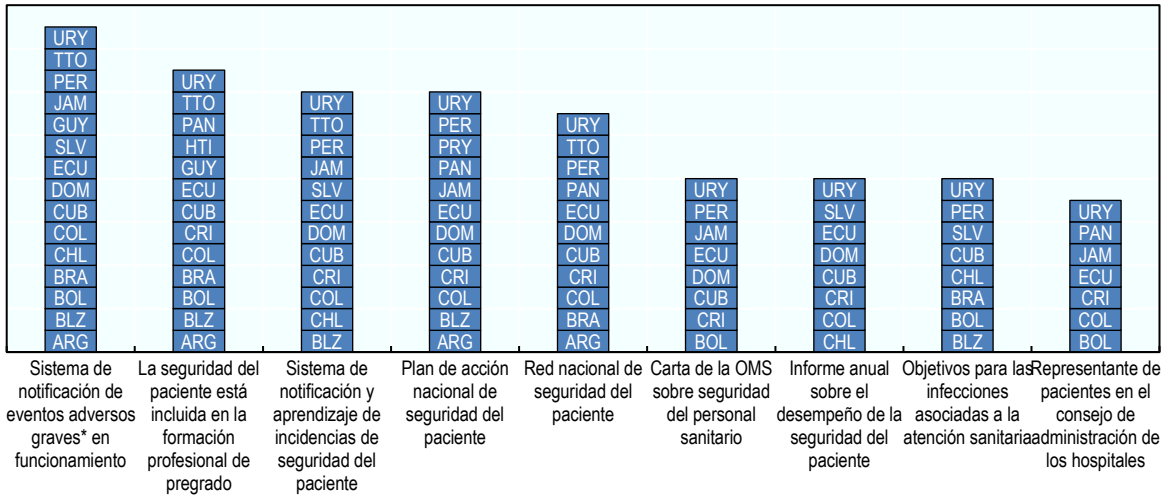
Este indicador, «Países que cumplieron o cumplieron parcialmente los criterios del Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030», se basa en las respuestas oficiales de los países a la Encuesta de Indicadores Centrales del Plan de Acción para la Seguridad del Paciente, administrada por la Organización Mundial de la Salud para evaluar la implementación del Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030. Diecinueve países de América Latina y el Caribe participaron en la encuesta. Los países se clasifican como que cumplieron o cumplieron parcialmente los criterios según el número de elementos implementados. La encuesta es autorreportada.

El consumo de antimicrobianos se mide como dosis diarias definidas por cada 1 000 habitantes por día (DID), promediadas durante el período 2019-2022, y se clasifica según el sistema Anatómico Terapéutico Químico (ATC). Los datos se basan en los registros nacionales de ventas o reembolsos y reflejan el uso ambulatorio de antimicrobianos. Los niveles de consumo se presentan por grupos terapéuticos principales. La DID no capta la idoneidad de las prescripciones individuales, la duración del tratamiento ni la adherencia a las guías clínicas.

Referencias

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]

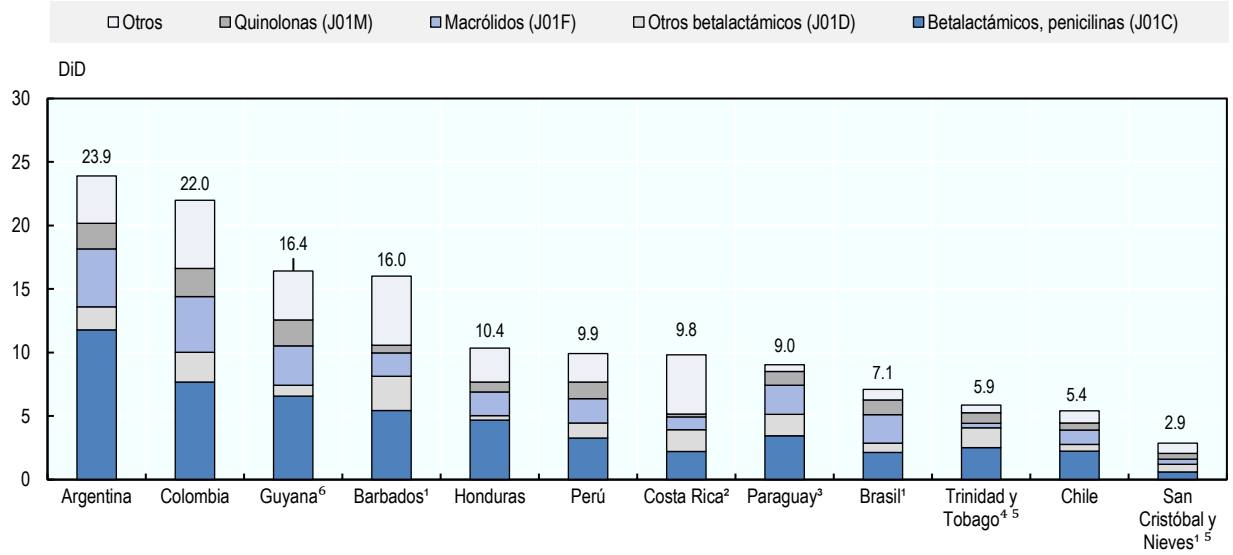
Figura 7.14. Países que cumplieron o cumplieron parcialmente los criterios del Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030



Nota: *Eventos centinela. PS: Seguridad del Paciente.
Fuente: Respuesta a la encuesta sobre indicadores clave del plan de acción de seguridad del paciente, OMS.

StatLink https://stat.link/7het1y

Figura 7.15. Consumo promedio de antimicrobianos por país expresado en DID, según el grupo terapéutico, durante el período 2019-2022



Nota: Abreviaturas: DID: Dosis Diaria Definida (DDD) por cada 1 000 habitantes por día. En el caso de San Cristóbal y Nieves, los datos se presentaron por separado entre las islas. El gráfico muestra un promedio ponderado, aunque las estimaciones de San Cristóbal corresponden a 2021 y las de Nieves a 2022. En el caso de Trinidad y Tobago, solo se presentan los datos recopilados por la Autoridad Regional de Salud del Este. 1. Los datos corresponden al único año evaluado hasta ahora. 2. Existe una posible subestimación del consumo de antimicrobianos en Costa Rica durante el año 2022, y por lo tanto en el consumo promedio de todo el período, ya que los sistemas informáticos de la CCSS se vieron afectados por un ciberataque durante ese año. 3. Los datos corresponden al consumo promedio total (hospitalario + comunitario) del sector público, durante dos años, período 2020-2021. 4. Los datos corresponden al consumo total (hospitalario + comunitario). 5. El consumo promedio incluye datos de tres años, el período 2019-2021. (6) Región 2 – Pomeroon-Supenaam.
Fuente: 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 Fuerza de trabajo en salud

Médicos

Una fuerza de trabajo médica adecuada y bien distribuida es un requisito previo para una atención accesible y de alta calidad, particularmente a medida que el envejecimiento poblacional y la multimorbilidad aumentan la demanda de manejo longitudinal en la atención primaria. Las reevaluaciones globales recientes también subrayan que la escasez persistente de fuerza de trabajo en salud y su mala distribución siguen siendo una restricción material para el progreso hacia la cobertura universal de salud en muchos contextos (Boniol et al., 2022[1]). La evidencia del Programa Mais Médicos de Brasil muestra que las políticas de despliegue pueden ampliar rápidamente la oferta de médicos en zonas desatendidas, pero también que la provisión de corto plazo por sí sola no puede sustituir a la planificación estructural de la fuerza de trabajo. Los análisis nacionales sugieren que la sostenibilidad depende de la alineación con la capacidad de formación, los marcos regulatorios y las políticas de retención; si bien las ganancias en salud fueron mayores donde la densidad médica de partida era menor, la evidencia general subraya la necesidad de acompañar las iniciativas de despliegue con un fortalecimiento más amplio del sistema de atención primaria (Hone et al., 2020[2]; Pinto Junior, Amorim and Aquino, 2020[3]).

La densidad médica varía marcadamente en América Latina y el Caribe, oscilando entre alrededor de 9.5 médicos por cada 1 000 habitantes en Cuba y 0.3 en Haití, una diferencia de más de 30 veces (Figura 8.1). En promedio, ALC33 tiene 2.4 médicos por cada 1 000 habitantes, en comparación con 3.6 en la OCDE. Varios países se sitúan en el promedio de la OCDE o por encima de él (por ejemplo, Argentina 5.1; Uruguay 4.7), mientras que varios países reportan menos de 1 médico por cada 1 000 (por ejemplo, Honduras 0.5; Jamaica 0.5; Nicaragua 0.7). Si bien parte de la variación entre países refleja diferencias en la capacidad de formación y la retención, también refleja diferencias definicionales en cuanto a si los datos captan a los médicos en ejercicio o a todos los médicos con licencia.

Las mujeres representan aproximadamente la mitad de los médicos en los países con datos disponibles, con un promedio del 50.9% en ALC18 en comparación con el 49.5% en la OCDE (Figura 8.2). La proporción es más alta en la República Dominicana (72.0%) y Perú (64.6%), mientras que México reporta una proporción menor (43.9%). Una fuerza de trabajo médica con mayor equilibrio de género tiene implicaciones para las vías de formación y las condiciones de empleo, ya que la elección de especialidad y los patrones de jornada laboral pueden diferir en promedio según el género, lo que afecta la oferta en equivalentes de tiempo completo. Sin embargo, una mayor proporción de mujeres en la fuerza de trabajo no asegura por sí misma la equidad en la progresión profesional, el acceso a puestos de liderazgo o la remuneración. La evidencia del sector más amplio de la salud y los cuidados muestra brechas salariales de género persistentes y segregación ocupacional, lo que subraya la importancia de acompañar la planificación de la fuerza de trabajo a nivel de servicio con políticas que promuevan una remuneración justa y un desarrollo profesional equitativo (WHO, 2022[4]).

El perfil etario de los médicos sugiere presiones de reemplazo heterogéneas. En 14 países de ALC, el 25.1% de los médicos tiene 55 años o más en promedio, por debajo del promedio de la OCDE del 32.1% (Figura 8.3). Guatemala destaca con un 46.8% de médicos de 55 años o más, seguida de la República Dominicana con un 36.3%, mientras que Paraguay reporta un 10.9%. Los países con una fuerza de trabajo médica de mayor edad pueden enfrentar un riesgo de jubilaciones en el corto plazo, a menos que se fortalezcan los flujos de formación, las políticas de retención y las mejoras de productividad.

Estos indicadores apuntan a tres desafíos de planificación simultáneos: (i) cerrar las grandes brechas entre países en la densidad médica, (ii) adaptar las políticas de formación y de entorno laboral a una fuerza de trabajo con casi paridad de género (o mayoría femenina), y (iii) anticipar las jubilaciones donde las poblaciones médicas son de mayor edad, al tiempo que se protege la retención y la productividad. La evidencia de encuestas recientes a médicos muestra con qué rapidez pueden cambiar las intenciones de jubilación en función de la carga de trabajo y las condiciones laborales, lo que refuerza la importancia de contar con estrategias proactivas de retención y de entorno laboral, junto con las medidas relativas al flujo de formación (Walsh et al., 2024[5]).

Definición y comparabilidad

Los médicos por cada 1 000 habitantes se refieren al número de médicos por conteo de personas. Según el país, esto puede medir a los médicos en ejercicio, a los médicos profesionalmente activos o a todos los médicos con licencia/registrados. Algunos países incluyen a los internos y residentes, mientras que otros reportan únicamente a los médicos plenamente licenciados. Los datos son normalmente conteos de personas y no captan el trabajo a tiempo parcial (equivalentes de tiempo completo). Los indicadores sobre la proporción de mujeres y la proporción de 55 años o más se calculan sobre el mismo stock de médicos subyacente; por lo tanto, las diferencias en la definición subyacente se trasladan a estos indicadores.

Referencias

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]

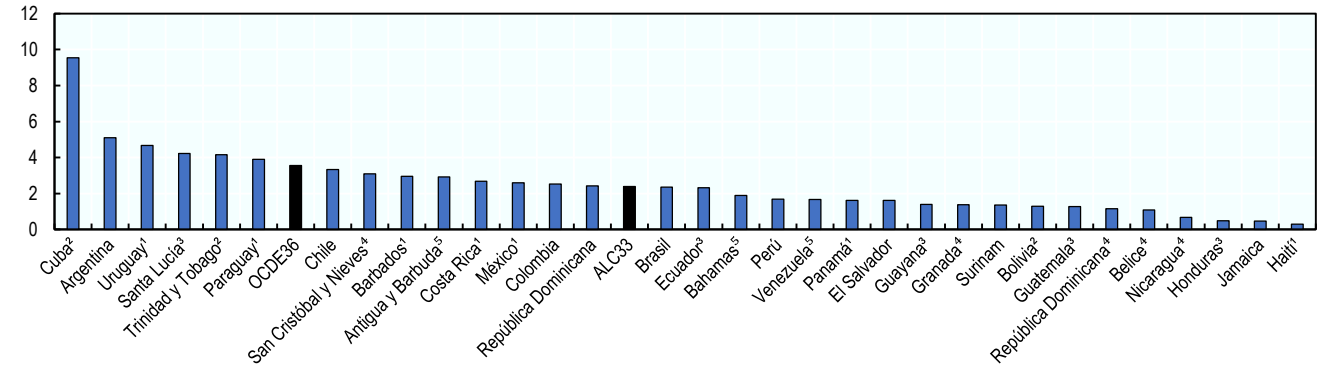
Hone, T. et al. (2020), "Impact of the Programa Mais médicos (more doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities", *BMC Health Services Research*, Vol. 20/1, https://doi.org/10.1186/s12913-020-05716-2. [2]

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]

WHO (2022), *The gender pay gap in the health and care sector: a global analysis in the time of COVID-19*, World Health Organization. [4]

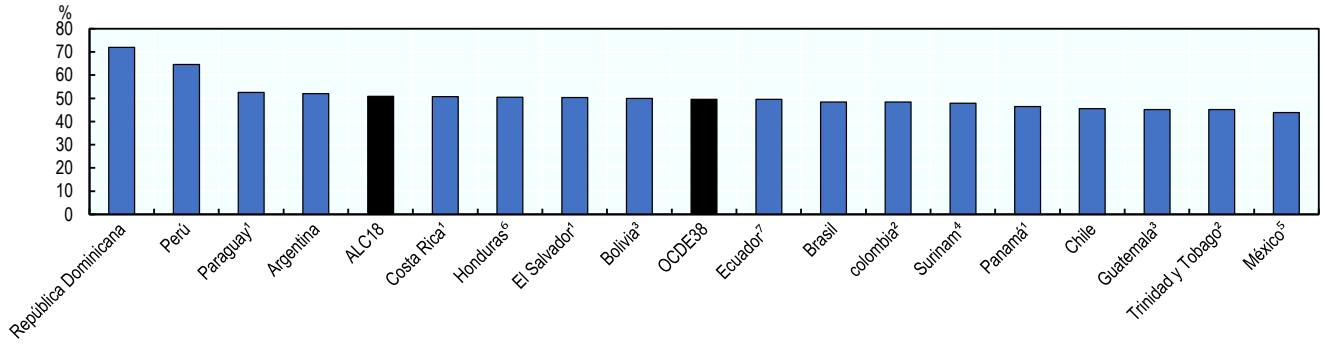
Figura 8.1. Médicos por cada 1 000 habitantes, 2023 o último año disponible



1. Datos de 2022. 2. Datos de 2021. 3. Datos de 2020. 4. Datos de 2018. 5. Datos de 2017.
Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025; Estadísticas de salud de la OCDE 2026 para el promedio de la OCDE.

StatLink https://stat.link/z84hg6

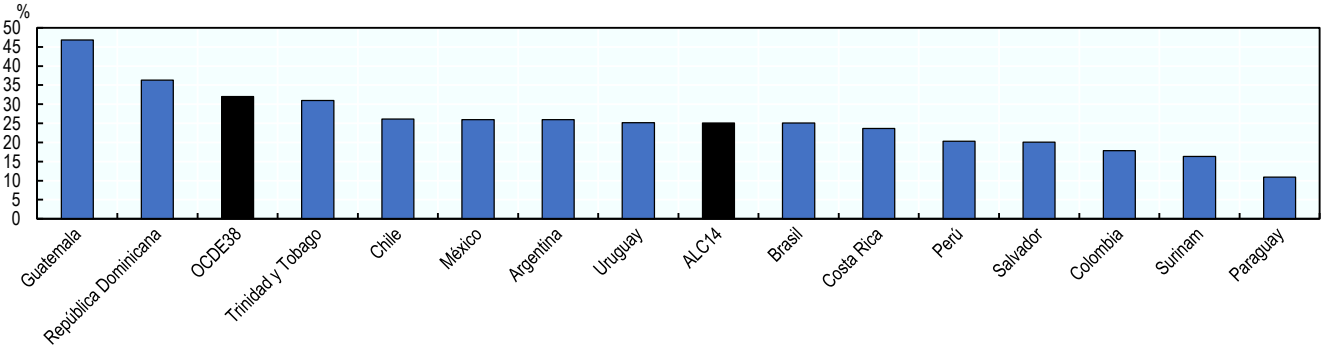
Figura 8.2. Proporción de médicas, 2023 o último año disponible



1. Datos de 2022. 2. Datos de 2021. 3. Datos de 2020. 4. Datos de 2019. 5. Datos de 2017. 6. Datos de 2016. 7. Datos de 2015.
Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025; Estadísticas de salud de la OCDE 2026 para el promedio de la OCDE.

StatLink https://stat.link/823vo5

Figura 8.3. Proporción de médicos de 55 años o más, último año disponible



Fuente: OPS (2025), La fuerza laboral de salud en las Américas: datos e indicadores regionales, https://doi.org/10.37774/9789275129708; Estadísticas de salud de la OCDE 2025 para el promedio de la OCDE.

StatLink https://stat.link/am7u3q

Personal de enfermería y partería

El personal de enfermería y partería es fundamental para una prestación de servicios segura y efectiva a lo largo del continuo de atención, desde la atención hospitalaria hasta la prevención de base comunitaria, el manejo de enfermedades crónicas y la salud materna y neonatal. La evidencia de las evaluaciones de reformas de las políticas de dotación de personal de enfermería muestra que mejorar la dotación de enfermeras tituladas se asocia con una menor mortalidad y menos readmisiones de pacientes, lo que subraya que la disponibilidad de fuerza de trabajo es una palanca tanto de capacidad como de calidad/seguridad (Dall'Ora et al., 2022[1]; McHugh et al., 2021[2]).

En ALC33, la densidad de personal de enfermería y partería promedia 3.9 por cada 1 000 habitantes, muy por debajo del promedio de la OCDE de 10.3 (Figura 8.4). Los valores oscilan entre alrededor de 9.7 en Antigua y Barbuda y 9.4 en Paraguay, y 0.7 en Haití y 0.7 en Honduras. Varios países grandes se agrupan en torno a 2 o 3 enfermeras y parteras por cada 1 000 (por ejemplo, México 3.0; Costa Rica 3.1; Panamá 3.3), lo que apunta a restricciones para escalar la atención primaria basada en equipos y una dotación hospitalaria segura. Al igual que con los médicos, la comparabilidad entre países se ve influida por si los países reportan al personal en ejercicio o a todo el personal de enfermería y partería registrado/con licencia (véase el recuadro Definición y comparabilidad).

La densidad de personal de partería promedia 4.3 por cada 10 000 habitantes en ALC19, en general similar al promedio de la OCDE de 4.2, pero la dispersión es grande (Figura 8.5). Antigua y Barbuda reporta un valor muy alto (29.5 por cada 10 000), que puede reflejar diferencias en la forma en que se clasifica a las enfermeras-parteras y efectos de población pequeña; Chile (8.2) y Paraguay (7.8) también se sitúan por encima del promedio regional. Varios países reportan densidades muy bajas (≤0.3 por cada 10 000 en Brasil, Trinidad y Tobago y El Salvador), y México reporta un valor cercano a cero. Estas diferencias deben interpretarse con cautela, porque la partería no se reconoce como una ocupación distinta en algunos países, y las funciones de partería pueden ser desempeñadas por otras categorías de personal. Donde se implementa, la continuidad de la atención dirigida por parteras se asocia con menores tasas de cesárea y de parto instrumental y con más partos vaginales espontáneos.

La combinación de competencias (skill-mix) en ALC, aproximada aquí mediante el número de enfermeras y parteras por médico, es comparativamente intensiva en médicos en muchos sistemas de salud de ALC, como muestra la Figura 8.6 al graficar la densidad de personal de enfermería y partería frente a la de médicos. La figura también pone de relieve la escasez general de fuerza de trabajo en varios países. El promedio de ALC33 es de 1.6 enfermeras por médico, muy por debajo del promedio de la OCDE de 2.9. Varios países del Caribe superan el promedio de la OCDE (por ejemplo, Dominica 5.8; San Vicente y las Granadinas 5.1; Jamaica 3.5), mientras que las razones son notablemente bajas en Colombia (0.6), Cuba (0.8) y la República Dominicana (0.8). Las razones de enfermeras por médico persistentemente bajas suelen indicar una capacidad restringida para la prevención, el seguimiento y la coordinación de la atención en los modelos de atención basados en equipos. Los datos comparativamente limitados disponibles para países como Colombia reflejan la fragmentación de las fuentes de información sobre recursos humanos en salud y los problemas inherentes de comparabilidad.

Estos indicadores apuntan a una agenda doble: (i) ampliar y retener al personal de enfermería y partería donde las densidades siguen siendo muy bajas, y (ii) mejorar la combinación de competencias y el despliegue, de modo que los trabajadores puedan ejercer al máximo de sus competencias, particularmente en los equipos de atención primaria y los servicios de salud materna. Al mismo tiempo, la variación entre países en las razones de enfermeras por médico debe interpretarse con cautela, ya que el reporte nacional no siempre distingue de forma consistente entre profesionales de enfermería, profesionales asociados de enfermería y enfermeras sin especificar. El informe más reciente de la OMS sobre enfermería sugiere que estos problemas de clasificación siguen siendo relevantes para la comparación internacional, aunque muchas observaciones pueden reclasificarse a posteriori (WHO, 2025[3]). Las síntesis de evidencia indican que la delegación o sustitución de algunas actividades del médico de atención primaria en el personal de enfermería puede mantener los resultados relevantes para los pacientes en múltiples tareas y entornos, lo que respalda las reformas de la combinación de competencias como una respuesta práctica a las restricciones de la fuerza de trabajo (Paier-Abuzahra et al., 2024[4]).

Definición y comparabilidad

La OMS reporta la densidad de personal de enfermería y partería por población. Esta categoría puede incluir funciones de enfermería/partería profesionales y asociadas, mientras que se excluye a las parteras tradicionales. La comparabilidad entre países está limitada por si los países reportan a los trabajadores en ejercicio, profesionalmente activos o a todos los que cuentan con licencia para ejercer. Los datos de algunos países solo incluyen al personal de enfermería y partería que trabaja en el sector público. La OPS prioriza el reporte de los trabajadores en ejercicio, pero cuando estos datos no están disponibles, utiliza al personal de enfermería y partería profesionalmente activo o con licencia para ejercer. La comparabilidad se ve afectada por el hecho de que la partería no es una ocupación distinta en algunos países, donde las funciones de partería son desempeñadas por enfermeras con formación en partería o por parteras sin formación formal que no se captan en el reporte de las NHWA. La razón de enfermeras por médico combina dos indicadores y, por lo tanto, acumula diferencias definicionales y de reporte.

Referencias

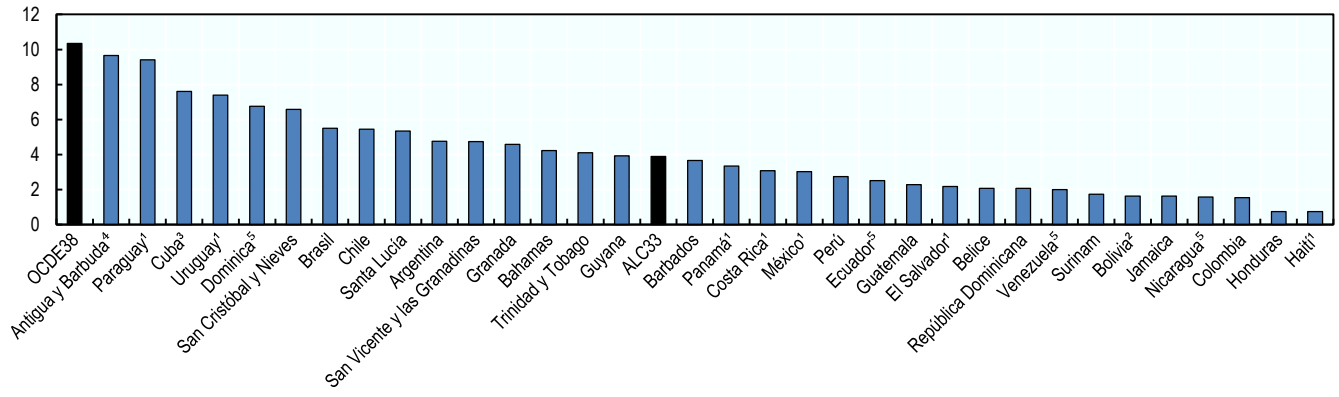
Dall'Ora, C. et al. (2022), "Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies", *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 134, p. 104311, https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104311. [1]

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]

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]

WHO (2025), *State of the world's nursing 2025: Investing in education, jobs, leadership and service delivery*, World Health Organization. [3]

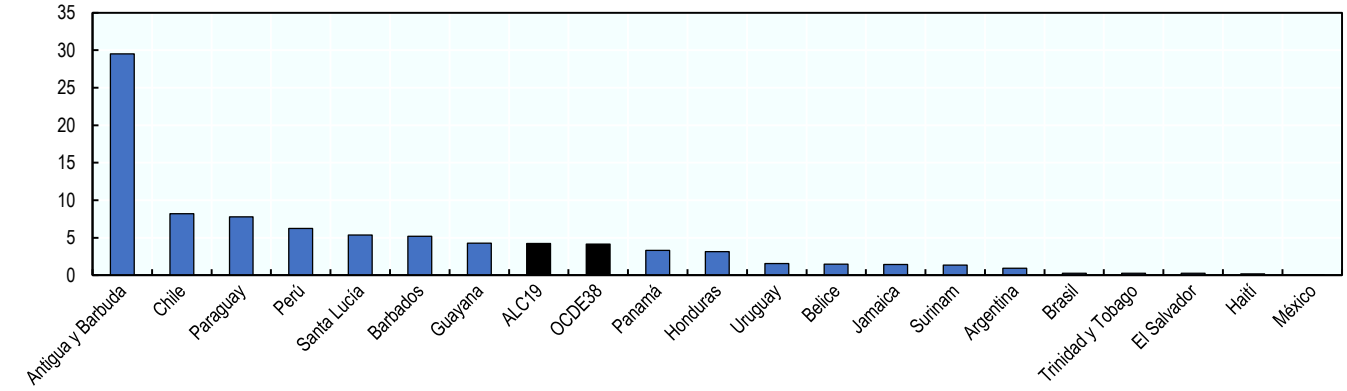
Figura 8.4. Personal de enfermería y partería por cada 1 000 habitantes, último año disponible



1. Datos de 2022. 2. Datos de 2021. 3. Datos de 2020. 4. Datos de 2019. 5. Datos de 2018.
Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025; Estadísticas de salud de la OCDE 2025 para el promedio de la OCDE.

StatLink https://stat.link/mijvtk

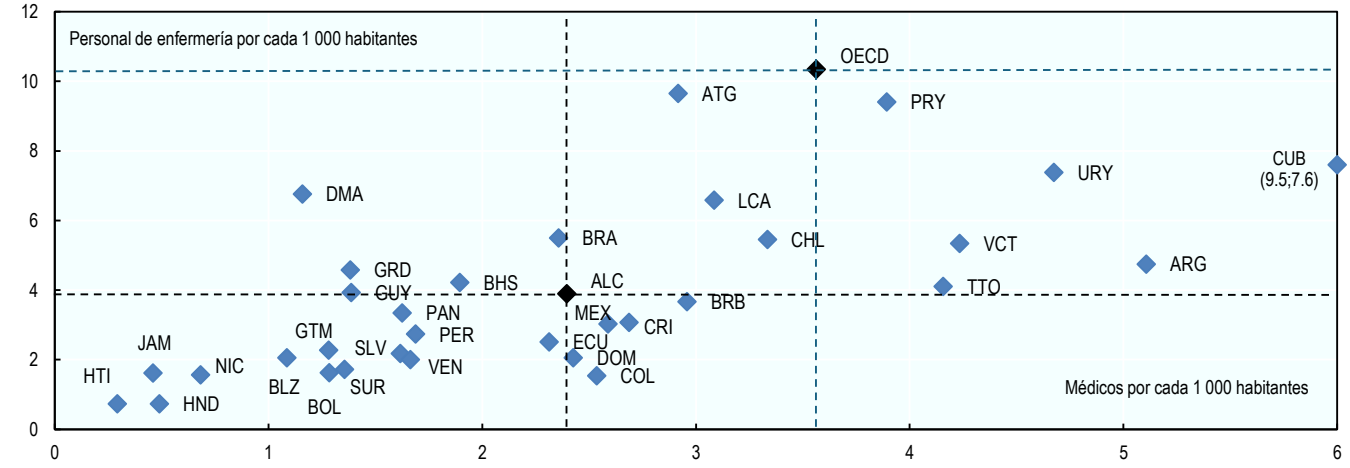
Figura 8.5. Parteras por cada 10 000 habitantes



Fuente: OPS (2025), La fuerza laboral de salud en las Américas: datos e indicadores regionales, https://doi.org/10.37774/9789275129708; Estadísticas de salud de la OCDE 2025 para el promedio de la OCDE.

StatLink https://stat.link/eixnro

Figura 8.6. Razón de personal de enfermería (incl. partería) por médico, último año disponible



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025; Estadísticas de salud de la OCDE 2025 para el promedio de la OCDE.

StatLink https://stat.link/n5o2ux

Odontólogos, farmacéuticos y fisioterapeutas

Los odontólogos, farmacéuticos y fisioterapeutas complementan a los equipos de atención primaria y son fundamentales para las vías de atención integradas. Las enfermedades bucodentales siguen siendo muy prevalentes y están socialmente estratificadas, lo que exige una mayor prevención y acceso a la atención (Peres et al., 2019[1]). En paralelo, las necesidades de rehabilitación están generalizadas y en aumento, con una estimación de que una de cada tres personas en el mundo se beneficiaría de la rehabilitación en algún momento (Cieza et al., 2020[2]). En este contexto epidemiológico, los indicadores de la OPS basados en las NHWA apuntan a una gran variación entre países y a importantes brechas de datos para estas profesiones en la Región de las Américas (PAHO, 2025[3]).

La disponibilidad de odontólogos es muy desigual. En ALC32, hay 4.0 odontólogos por cada 10 000 habitantes en promedio, en comparación con 7.3 en la OCDE (Figura 8.7). Cuba (16.7) y Chile (14.8) reportan las densidades más altas, mientras que Haití (0.2), Honduras (0.3) y Nicaragua (0.4) reportan menos de 0.5 odontólogos por cada 10 000. Es probable que tales brechas se traduzcan en diferencias en el acceso oportuno a los servicios preventivos y restaurativos, especialmente para los grupos de menores ingresos, a menos que la salud bucodental se integre mejor en la atención primaria de salud y en la cobertura pública.

Las densidades de farmacéuticos también varían considerablemente, lo que refleja diferentes roles en la prestación de servicios y la regulación. Costa Rica reporta 11.6 farmacéuticos por cada 10 000 habitantes, por encima del promedio de la OCDE de 8.7, mientras que el promedio de ALC21 es de 3.6 (Figura 8.8). Varios países reportan menos de 2 farmacéuticos por cada 10 000 (por ejemplo, Guatemala 1.2; República Dominicana 1.5; Perú 1.5), y Haití reporta 0.3. La disponibilidad limitada de farmacéuticos puede restringir el uso seguro de los medicamentos, el apoyo a la adherencia y la continuidad de la atención para las personas que viven con afecciones crónicas.

La densidad de fisioterapeutas es marcadamente menor en ALC que en la OCDE. El promedio de ALC16 es de 3.7 fisioterapeutas por cada 10 000 habitantes, en comparación con 12.1 en la OCDE (Figura 8.9). Chile reporta una densidad alta (18.5), mientras que varios países reportan menos de 1 fisioterapeuta por cada 10 000 (por ejemplo, Panamá 1.0; Surinam 0.9; Jamaica 0.7) y algunos reportan una disponibilidad cercana a cero. Una baja capacidad de rehabilitación puede contribuir a necesidades no satisfechas y a peores resultados funcionales tras una lesión, una enfermedad crónica y la discapacidad relacionada con el envejecimiento.

Los indicadores sugieren una «triple brecha»: grandes desigualdades en la capacidad de los servicios de salud bucodental, una disponibilidad restringida de la fuerza de trabajo farmacéutica en muchos países y una capacidad de rehabilitación limitada. Las respuestas de política incluyen fortalecer los flujos de formación, ampliar la atención primaria basada en equipos con ámbitos de práctica apropiados y mejorar el despliegue hacia las zonas desatendidas. Dada la alta carga de enfermedad bucodental prevenible y las crecientes necesidades de rehabilitación, escalar estas fuerzas de trabajo es cada vez más relevante para el desempeño del sistema de salud. La base de evidencia respalda esta dirección: la atención de la hipertensión brindada por farmacéuticos se ha sintetizado en revisiones sistemáticas recientes que muestran mejoras en los resultados de presión arterial, y revisiones más amplias subrayan el papel creciente de los farmacéuticos comunitarios en la prevención y el manejo del riesgo cardiovascular, algo muy relevante para la agenda de ENT de ALC (Motlohi et al., 2023[4]).

Definición y comparabilidad

Los indicadores de odontólogos, farmacéuticos y fisioterapeutas por cada 10 000 habitantes provienen de *The health workforce in the Americas: Regional data and indicators* (2025) de la OPS (PAHO, 2025[3]), basado en el reporte de los Estados Miembros a las Cuentas Nacionales de Personal de Salud (NHWA), extraído a finales de 2023 y que abarca el período 2017-2021 (el más reciente disponible por país).

La OPS clasifica a los odontólogos y farmacéuticos como ocupaciones prioritarias y a los fisioterapeutas como una ocupación de interés. Un problema clave de comparabilidad es la distinción de las NHWA entre trabajadores en ejercicio, profesionalmente activos y con licencia para ejercer: la OPS prioriza los conteos de trabajadores en ejercicio, seguidos de los profesionalmente activos y luego de los que cuentan con licencia para ejercer, aunque los registros de licencias pueden incluir a personas que no están prestando servicios actualmente (por ejemplo, inactivos, jubilados o emigrados). Cada indicador se calcula como el número de trabajadores en la ocupación dividido por la población, multiplicado por 10 000. La comparabilidad entre países se ve además afectada por diferencias en los límites ocupacionales (por ejemplo, el tratamiento de los higienistas dentales, los técnicos de farmacia, los asistentes de fisioterapia), la variación en la cobertura del sector público/privado y los metadatos o conceptos de conteo de personas inconsistentes entre años, y la OPS señala una heterogeneidad sustancial en las fuentes de datos y las prácticas de reporte.

Referencias

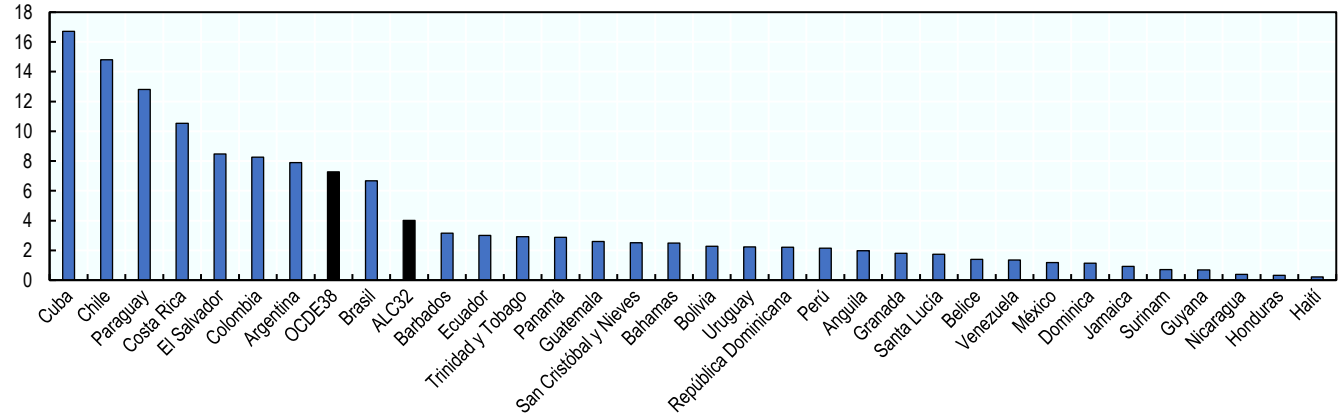
Cieza, A. et al. (2020), "Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019", *The Lancet*, Vol. 396/10267, pp. 2006-2017, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32340-0. [2]

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]

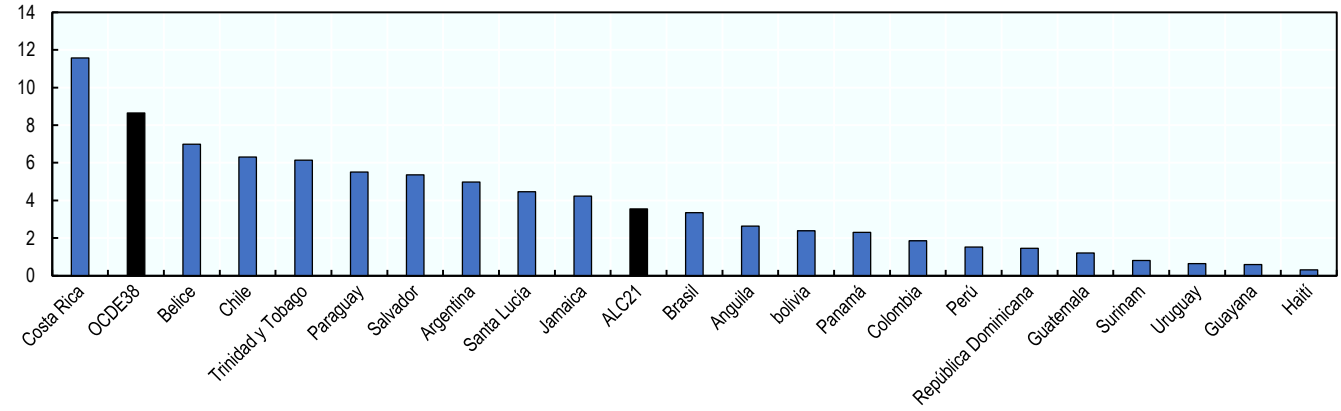
Figura 8.7. Odontólogos por cada 10 000 habitantes, último año disponible



Fuente: OPS (2025), La fuerza laboral de salud en las Américas: datos e indicadores regionales, https://doi.org/10.37774/9789275129708; Estadísticas de salud de la OCDE 2025 para el promedio de la OCDE.

StatLink https://stat.link/ixlbc1

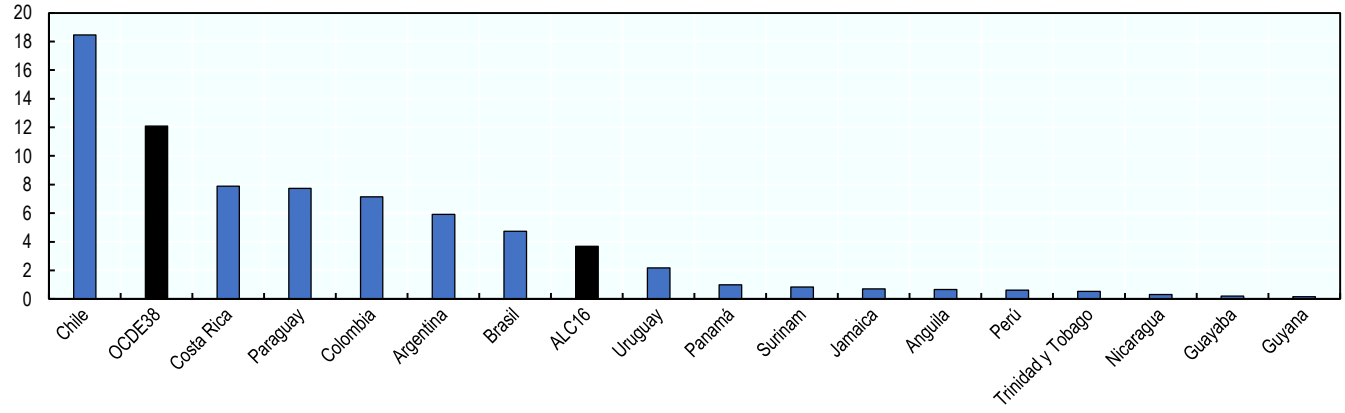
Figura 8.8. Farmacéuticos por cada 10 000 habitantes, último año disponible



Fuente: OPS (2025), La fuerza laboral de salud en las Américas: datos e indicadores regionales, https://doi.org/10.37774/9789275129708; Estadísticas de salud de la OCDE 2025 para el promedio de la OCDE.

StatLink https://stat.link/giydxa

Figura 8.9. Fisioterapeutas por cada 10 000 habitantes, último año disponible



Fuente: OPS (2025), La fuerza laboral de salud en las Américas: datos e indicadores regionales, https://doi.org/10.37774/9789275129708; Estadísticas de salud de la OCDE 2025 para el promedio de la OCDE.

StatLink https://stat.link/zbhy4l

Trabajadores comunitarios de salud y salud ambiental y ocupacional

Fortalecer la atención primaria de salud en ALC requiere tanto una prestación de servicios centrada en las personas como funciones de salud pública sólidas. Los trabajadores comunitarios de salud (TCS) extienden la prevención, el seguimiento y la orientación a las comunidades desatendidas, mientras que el personal de salud ambiental y ocupacional apoya las funciones regulatorias y de vigilancia (por ejemplo, el control de riesgos en el lugar de trabajo, el saneamiento y la protección más amplia de la salud ambiental). La evidencia reciente sintetiza que las intervenciones de los TCS pueden ser costo-efectivas en la atención primaria de salud, pero su desempeño depende del diseño del programa, incluidas la supervisión, la remuneración y la integración con los servicios (Van Iseghem et al., 2026[1]). En términos más amplios, los esfuerzos por cumplir las funciones esenciales de salud pública requieren capacidad de fuerza de trabajo multidisciplinaria en los sectores de salud y ajenos a la salud (OMS, 2022[2]). Las diferencias entre países en las densidades reportadas de TCS y de personal de salud ambiental y ocupacional deben interpretarse con cautela, ya que estas funciones a menudo son reguladas, empleadas y registradas por diferentes ministerios u organismos.

La disponibilidad de TCS varía marcadamente entre los países que reportan. Brasil reporta 19.1 TCS por cada 10 000 habitantes, lo que refleja la escala de la Estrategia de Salud de la Familia y su cuerpo de agentes comunitarios de salud, mientras que Honduras (7.6) y Guyana (6.6) también reportan densidades más altas (Figura 8.10). El promedio de ALC13 es de 4.7, pero algunos países reportan valores muy bajos, incluidos Paraguay (1.6) y Panamá (1.2), y Guatemala reporta 0.1 por cada 10 000. Las diferencias reflejan en parte el alcance de los programas de TCS (remunerados frente a voluntarios, a tiempo completo frente a tiempo parcial) y si los TCS se cuentan como un cuerpo distinto dentro de las estadísticas de la fuerza de trabajo en salud o se absorben en categorías más amplias de fuerza de trabajo técnica.

Los indicadores de inspectores y asociados de salud ambiental y ocupacional sugieren grandes diferencias en la capacidad regulatoria (Figura 8.11). Brasil reporta 81.4 inspectores por cada 100 000 habitantes y Uruguay 51.2, muy por encima del promedio de ALC12 de 21.4, mientras que varios países reportan menos de 6 por cada 100 000 (por ejemplo, El Salvador 5.8; Panamá 4.0; Perú 4.0; Guatemala 2.3). Debido a que estas funciones pueden ser desempeñadas por personal de diferentes ministerios y organismos, la comparabilidad entre países es sensible a los arreglos institucionales, la clasificación ocupacional y la distinción entre trabajadores con licencia y profesionalmente activos.

Las densidades reportadas de profesionales de salud e higiene ambiental y ocupacional también varían considerablemente (Figura 8.12). Nicaragua reporta 67.5 profesionales por cada 100 000 habitantes, un valor extremo en comparación con el promedio de ALC9 de 11.5, mientras que El Salvador reporta 21.4 y Brasil 5.5 (alrededor de 2021). Varios países reportan menos de 1 profesional por cada 100 000 (por ejemplo, Perú 0.7; Uruguay 0.5; Panamá 0.4). Tal dispersión probablemente refleja tanto diferencias reales en la capacidad de la fuerza de trabajo como grandes diferencias en la forma en que los países definen y registran estas ocupaciones; también puede reflejar variaciones en cuanto a si los países reportan categorías de trabajadores con licencia, profesionalmente activos o mixtas. Por lo tanto, los valores deben interpretarse con cautela.

Estos indicadores apuntan a un desafío de «doble capacidad» para ALC: (1) el alcance de cara a la comunidad (TCS) y (2) las funciones de protección de la salud pública (profesionales de salud ambiental/ocupacional) son ambos muy variables entre países. En términos de *Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe*, esto es importante para la credibilidad de las reformas orientadas a la APS: los TCS pueden fortalecer la continuidad y el apoyo a la autogestión, con evidencia de revisiones sistemáticas que muestra mejoras medibles en los resultados de las enfermedades crónicas en algunos contextos (Evans, White and Ha, 2023[3]). En paralelo, una capacidad adecuada de inspección y de salud ambiental sustenta la seguridad de los alimentos, el agua, los lugares de trabajo y los entornos públicos, áreas en las que los análisis entre países continúan enfatizando la centralidad (y la complejidad) de la práctica de inspección (Barnes et al., 2024[4]).

Definición y comparabilidad

Los trabajadores comunitarios de salud (TCS) son trabajadores de alcance relacionados con la salud que brindan prevención, seguimiento, orientación y promoción de la salud de base comunitaria. Los países difieren en cuanto a si los TCS son remunerados o voluntarios, formales o informales, y si se cuentan en las estadísticas nacionales de fuerza de trabajo. El personal de salud ambiental y ocupacional incluye tanto a inspectores/asociados como a profesionales, según la clasificación de las clasificaciones ocupacionales internacionales. En la práctica, estas funciones pueden repartirse entre múltiples sectores (salud, trabajo, medio ambiente), lo que afecta la cobertura y la comparabilidad. Los datos de estas ocupaciones son particularmente escasos y las definiciones menos estandarizadas; los grandes valores atípicos pueden reflejar diferencias en el reporte o en el mapeo ocupacional.

Referencias

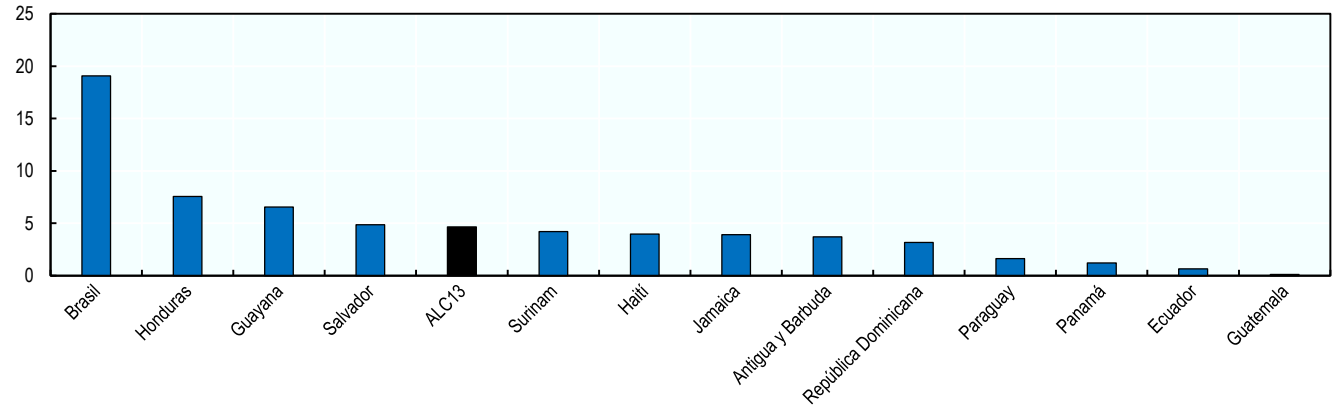
Barnes, J. et al. (2024), “Performing food safety inspections”, *Food Control*, Vol. 160, p. 110329, https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2024.110329. [4]

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]

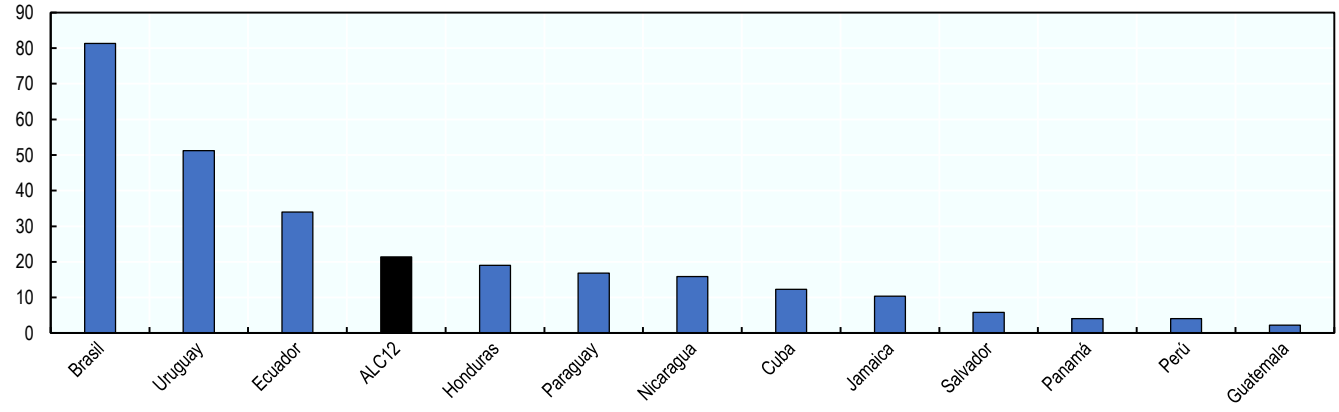
Figura 8.10. Trabajadores comunitarios de salud por cada 10 000 habitantes, último año disponible



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/iear50

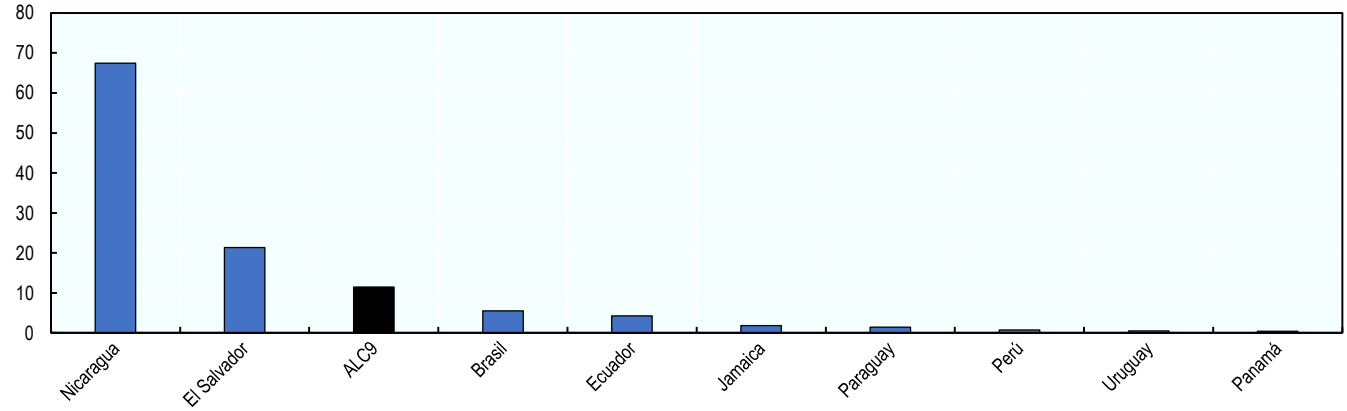
Figura 8.11. Inspectores y asociados de salud ambiental y ocupacional por cada 100 000 habitantes, último año disponible



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/gd0nik

Figura 8.12. Profesionales de salud e higiene ambiental y ocupacional



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/8b3odt

Egresados

El número de egresados es un indicador anticipado de la oferta futura de fuerza de trabajo, pero no se traduce automáticamente en una mayor disponibilidad interna si la retención es débil, si los egresados se concentran en ciertas ubicaciones o especialidades, o si una parte considerable de la formación se brinda a estudiantes internacionales que posteriormente se marchan. En varios contextos del Caribe, las facultades de medicina «extraterritoriales» (offshore) atienden en gran medida a estudiantes internacionales —a menudo de Norteamérica— que normalmente se marchan tras graduarse, lo que puede inflar las tasas nacionales de titulación en relación con las necesidades del sistema de salud interno (Halperin and Goldberg, 2016[1]; Morgan, Crooks and Snyder, 2017[2]). Dado que los datos comparables sobre la capacidad de admisión, los ingresantes y las tasas de finalización son limitados, el número de egresados debe interpretarse solo como una aproximación parcial de la capacidad de formación. Las diferencias entre profesiones también pueden reflejar variaciones en el atractivo, los requisitos educativos y las barreras de entrada. Por lo tanto, los indicadores de egresados deben interpretarse junto con la evidencia sobre la absorción del mercado laboral interno y los patrones de movilidad de estudiantes y trabajadores internacionales.

El número de egresados de medicina varía considerablemente, desde 33.9 egresados por cada 100 000 habitantes en la República Dominicana hasta 4.3 en Costa Rica (Figura 8.13). El promedio de ALC10 es de 12.8, cercano al promedio de la OCDE de 14.5, con México (14.5), Colombia (14.7) y Uruguay (14.7) cerca del promedio de la OCDE. La tasa muy alta de la República Dominicana puede reflejar en parte la internacionalización de la educación médica en partes del Caribe, donde una proporción sustancial de la matrícula puede corresponder a estudiantes extranjeros que no ingresan a la fuerza de trabajo interna (Halperin and Goldberg, 2016[1]; Morgan, Crooks and Snyder, 2017[2]).

El número de egresados de enfermería profesional generalmente supera al de egresados de medicina, pero varía marcadamente entre países (Figura 8.14). El promedio de la OCDE es de 34.9 egresados de enfermería por cada 100 000 habitantes, mientras que el promedio de ALC19 es de 18.4. San Vicente y las Granadinas reporta 44.6, y Chile reporta 34.0 (cercano al promedio de la OCDE), mientras que Guatemala reporta 2.1 y Cuba 4.0. Al igual que con otros indicadores, las poblaciones pequeñas y las diferencias en las estructuras de la educación en enfermería (por ejemplo, las vías de formación profesional frente a las asociadas) pueden afectar la comparabilidad.

El número de egresados de farmacia es más alto en Brasil (8.2 por cada 100 000) y Costa Rica (5.6), por encima del promedio de la OCDE de 4.2, mientras que el promedio de ALC8 es de 3.4 (Figura 8.15). México reporta 3.4, mientras que Panamá reporta 1.8 y Argentina y Colombia alrededor de 1.2. Dado el papel creciente de los farmacéuticos en la gestión de medicamentos y la continuidad de la atención, unas tasas de titulación persistentemente bajas pueden restringir el desarrollo de los servicios de farmacia clínica.

En general, los indicadores de egresados ponen de relieve diferencias sustanciales en la capacidad de formación entre profesiones y países, y subrayan que la planificación de la fuerza de trabajo debe vincular la política educativa con la retención, el despliegue y las diferencias en el atractivo profesional y el acceso a la educación. En los países con un alto número de egresados, mejorar la absorción interna y las condiciones laborales puede ayudar a traducir la formación en capacidad de servicio. En los países con un bajo número de egresados, puede ser necesaria una expansión focalizada de la capacidad educativa, pero debe acompañarse de estrategias para reducir la emigración y abordar la mala distribución geográfica. Por último, donde los flujos de estudiantes internacionales son grandes, el número de egresados debe interpretarse junto con la evidencia sobre el destino de los egresados y las necesidades de la fuerza de trabajo interna (Lee et al., 2024[3]).

Definición y comparabilidad

Los egresados por cada 100 000 habitantes cuentan a las personas que completan la educación o formación previa al servicio en la profesión especificada en un año determinado. Las estructuras educativas difieren (por ejemplo, enfermería profesional frente a asociada; distintas titulaciones de farmacia) y el reporte puede abarcar instituciones públicas y privadas en distinto grado. El número de egresados puede incluir a estudiantes internacionales que no ingresan a la fuerza de trabajo interna, y los egresados pueden emigrar. Además, los datos limitados y a veces faltantes sobre la capacidad de admisión, los ingresantes, las tasas de finalización y la disponibilidad de profesorado hacen que el número de egresados sea solo una aproximación parcial de la capacidad de formación. Las diferencias entre profesiones también pueden reflejar variaciones en el atractivo, los requisitos de ingreso y el acceso a la formación. Por lo tanto, los indicadores de egresados deben interpretarse junto con la evidencia sobre la absorción y la retención del mercado laboral.

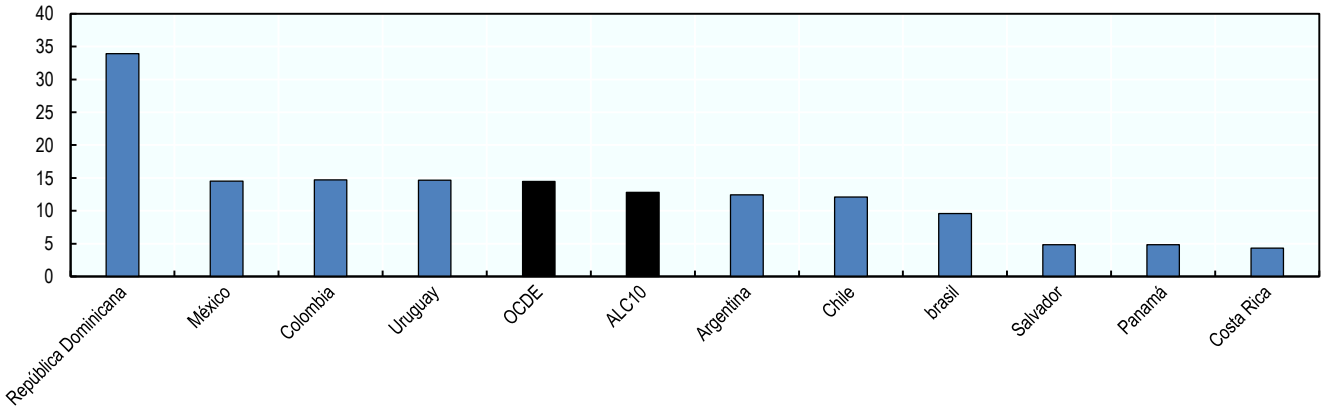
Referencias

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]

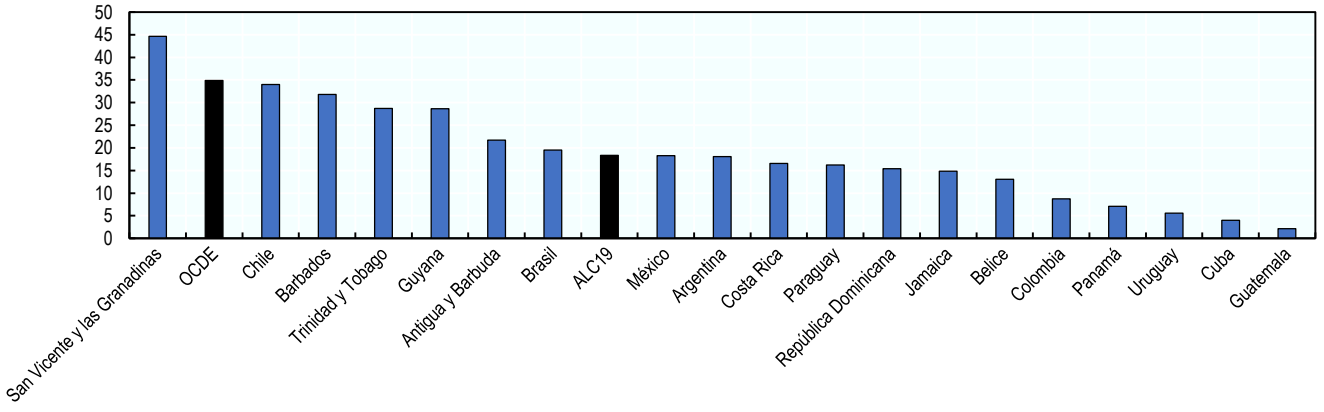
Figura 8.13. Egresados de medicina por cada 100 000 habitantes, último año disponible



Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE 2026 para Argentina, Chile, Colombia y México. Resto de países: OPS (2025), El personal sanitario en las Américas: datos e indicadores regionales, https://doi.org/10.37774/9789275129708.

StatLink https://stat.link/tm7eho

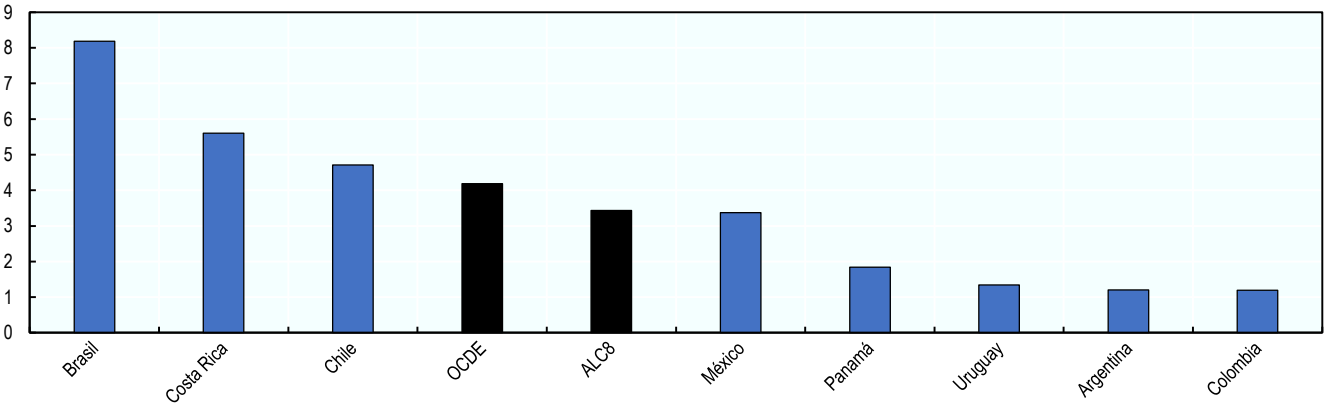
Figura 8.14. Egresados de enfermería por cada 100 000 habitantes, último año disponible



Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE 2026 para Argentina, Chile, Colombia y México. Resto de países: OPS (2025), El personal sanitario en las Américas: datos e indicadores regionales, https://doi.org/10.37774/9789275129708.

StatLink https://stat.link/0oq3ig

Figura 8.15. Egresados de farmacia por cada 100 000 habitantes, último año disponible



Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE 2026 para Argentina, Chile, Colombia y México. Resto de países: OPS (2025), El personal sanitario en las Américas: datos e indicadores regionales, https://doi.org/10.37774/9789275129708.

StatLink https://stat.link/cwm3su

Stock de médicos y enfermeras migrantes hacia los países de la OCDE

La movilidad internacional de los profesionales de la salud está determinada por una combinación de factores de «expulsión» (por ejemplo, la remuneración, las condiciones laborales, la progresión profesional y la seguridad) y factores de «atracción» (por ejemplo, la demanda, el reclutamiento activo y el reconocimiento de las cualificaciones). La movilidad puede generar beneficios (adquisición de competencias, remesas y vínculos con la diáspora), pero también puede acelerar la escasez, especialmente donde la capacidad de formación es limitada. Por lo tanto, los análisis de la OCDE utilizan las tasas de expatriación para distinguir a los grandes países de origen con un número considerable de profesionales en el extranjero de los estados más pequeños donde la movilidad hacia el exterior representa una gran proporción de la fuerza de trabajo nacida en el país (OECD, 2025[1]).

La expatriación de médicos hacia los países de la OCDE es mayor para ALC33 en su conjunto (20.1%) que para el promedio de la OCDE (10.2%), con una exposición muy alta concentrada en varios estados del Caribe (Figura 8.16). Las tasas más altas se observan en Granada (68.6%), Jamaica (57.7%), San Vicente y las Granadinas (56.2%) y Dominica (50.9%); las tasas siguen siendo elevadas en Surinam (46.0%), Guyana (43.5%) y Haití (40.1%). En contraste, la mayoría de los países continentales más grandes tienen tasas de un solo dígito —Cuba (8.6%), Panamá (8.1%), Colombia (7.4%) y Ecuador (6.5%)— y tasas muy bajas en México (2.2%) y Brasil (1.2%). Este patrón implica que los riesgos para la capacidad de servicio interna están impulsados menos por dónde se encuentran los mayores stocks y más por dónde la emigración constituye una gran fracción de la fuerza de trabajo médica nacida en el país.

El perfil de exposición es aún más pronunciado para las enfermeras, con una tasa de expatriación de ALC33 que alcanza el 34.5%, en comparación con un promedio de la OCDE38 del 8.7% (Figura 8.17). Varios países presentan tasas extremadamente altas —Jamaica (89.9%), Haití (85.2%), Guyana (78.4%), Granada (74.5%) y Dominica (72.0%)—, seguidos de Belice (65.8%), Santa Lucía (64.5%), San Vicente y las Granadinas (64.1%) y Trinidad y Tobago (61.6%). Las tasas también son altas en Barbados (52.2%), San Cristóbal y Nieves (51.5%), Surinam (49.1%), Antigua y Barbuda (43.3%) y Bahamas (43.0%). En el otro extremo, varios países grandes tienen una exposición relativamente baja —Brasil (1.0%), Paraguay (1.3%), Argentina (1.5%), Uruguay (3.5%) y Chile (4.6%)—, con un grupo cercano al promedio de la OCDE (Costa Rica 8.6%; México 9.5%; Ecuador 9.6%). En general, los resultados de enfermería indican que la movilidad hacia el exterior puede representar un choque de oferta a nivel de sistema para un subconjunto de países, particularmente los pequeños estados insulares.

La movilidad hacia el exterior hacia los países de la OCDE es estructuralmente diferente en toda la región: (1) grandes stocks absolutos provenientes de los países principales (impulsados en gran medida por la escala y los corredores de larga data) y (2) tasas de expatriación muy altas en varios estados del Caribe —especialmente para las enfermeras—, donde la migración puede superar a la fuerza de trabajo empleada en el país. Los análisis de la OCDE ponen de relieve, por ejemplo, que trabajan más enfermeras de Antigua y Barbuda, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica y San Vicente en otros países que en el propio. La escasez de fuerza de trabajo no es «causada» únicamente por la migración —la inversión en educación, empleo y condiciones laborales sigue siendo la palanca principal—, pero la migración puede agravar significativamente la escasez para determinados países de origen y ocupaciones (OECD, 2025[1]). Esto respalda una respuesta de política doble: fortalecer la atracción y la retención internas (remuneración, trayectorias profesionales, carga de trabajo y seguridad), al tiempo que se mejora la gobernanza de la movilidad (reclutamiento ético, acuerdos bilaterales y mejores datos) para apoyar la sostenibilidad tanto en los sistemas de origen como en los de destino.

Definición y comparabilidad

La tasa de expatriación es el porcentaje de médicos o enfermeras nacidos en un país determinado que trabajan en países de la OCDE, sobre el número total de médicos o enfermeras nacidos en ese país (los que trabajan en su país más los que trabajan en países de la OCDE). En esta sección, la medida complementaria de «stock» reporta el número de médicos/enfermeras nacidos en ALC que trabajan en países de la OCDE (2000 y 2020).

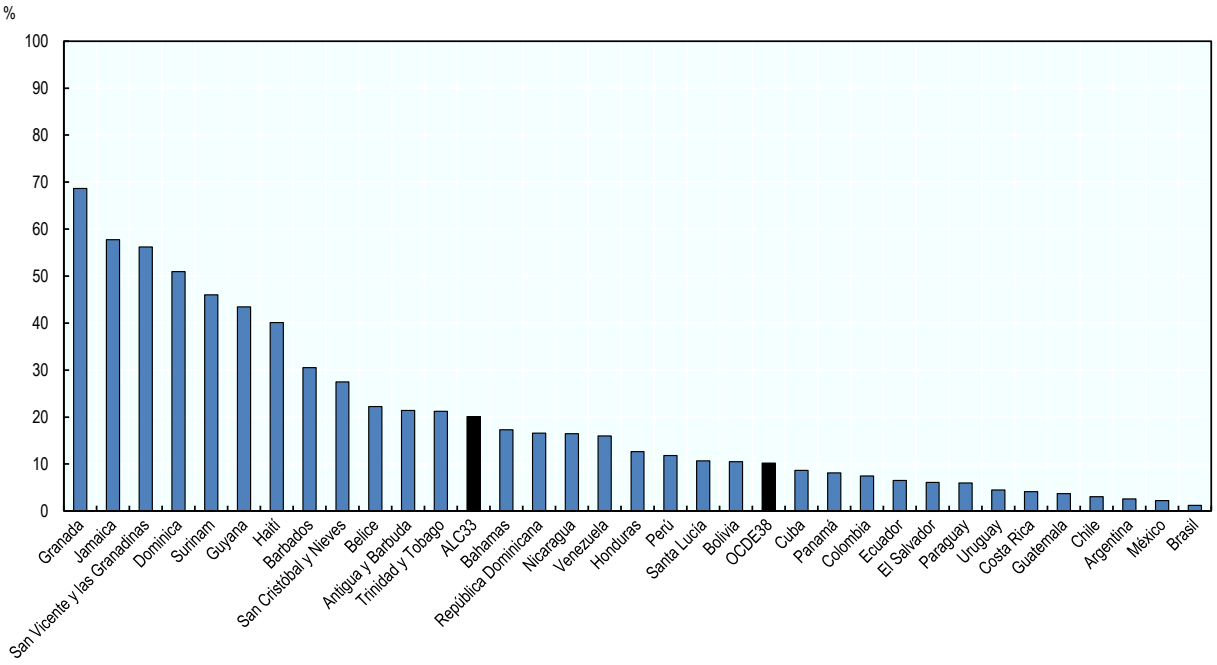
Los stocks captan la escala (cuántos profesionales están en el extranjero), mientras que las tasas de expatriación captan la exposición (cuán grande es ese flujo de salida en relación con la fuerza de trabajo de origen). Esto es particularmente importante para los estados pequeños, donde números absolutos moderados pueden traducirse en tasas muy altas.

El indicador capta únicamente la migración hacia destinos de la OCDE (por lo que puede subestimar la emigración total cuando los destinos ajenos a la OCDE son importantes). Las tasas también dependen de definiciones ocupacionales consistentes y de la medición del «trabajo» entre las fuentes de origen y destino y a lo largo de los años, por lo que las tendencias temporales pueden reflejar en parte mejoras en los datos.

Referencias

OECD (2025), *International Migration Outlook 2025*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/ae26c893-en. [1]

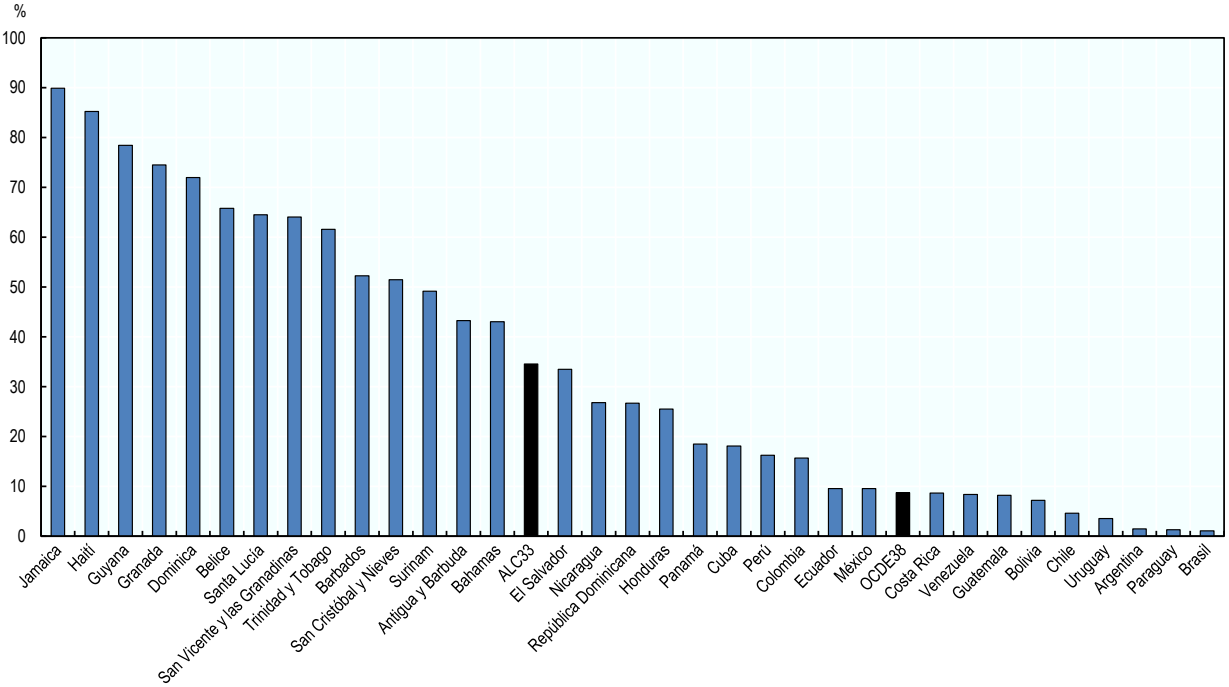
Figura 8.16. Stocks de médicos migrantes hacia la OCDE por país de origen y tasas de emigración



Fuente: Cálculos de la OCDE basados en la base de datos de la OCDE sobre inmigrantes en los países de la OCDE (DIOC) 2000/01 y 2020/21 (y EU-LFS 2021 cuando proceda), y las Cuentas Nacionales de Personal Sanitario (NHWA) de la OMS sobre el tamaño de la fuerza laboral nacida en los países de origen.

StatLink https://stat.link/jibs06

Figura 8.17. Stocks de enfermeras migrantes hacia la OCDE por país de origen y tasas de emigración



Fuente: Cálculos de la OCDE basados en la base de datos de la OCDE sobre inmigrantes en los países de la OCDE (DIOC) 2000/01 y 2020/21 (y EU-LFS 2021 cuando proceda), y las Cuentas Nacionales de Personal Sanitario (NHWA) de la OMS sobre el tamaño de la fuerza laboral nacida en los países de origen.

StatLink https://stat.link/cfaode

9 Envejecimiento

Tendencias demográficas

El envejecimiento poblacional se está acelerando en América Latina y el Caribe (ALC). Si bien la región sigue siendo más joven que los países de la OCDE en promedio, está envejeciendo a un ritmo más rápido a medida que la fecundidad disminuye y mejora la supervivencia en las edades avanzadas. Las proyecciones de las Naciones Unidas indican que la proporción de personas de 65 años o más aumentará rápidamente en toda ALC durante las próximas décadas, lo que incrementará la razón de dependencia en la vejez y la demanda de servicios de salud y de atención de largo plazo. La velocidad de esta transición demográfica es importante para la política. Los países que envejecen más rápido tienen menos tiempo para adaptar el financiamiento, la prestación de servicios y la capacidad de la fuerza de trabajo, particularmente para la atención de largo plazo (ALP) y el manejo de las enfermedades crónicas. Esto hace que la inversión temprana en sistemas de salud amigables con la edad y en modelos de atención de base comunitaria sea fundamental para prevenir el uso hospitalario evitable y las necesidades de atención no satisfechas a medida que aumenta la dependencia (Bloom, Canning and Fink, 2010[1]).

Para 2050, se proyecta que la proporción de personas de 65 años o más casi se duplique en el promedio de ALC31, aumentando del 9.3% en 2023 al 18.1% (Figura 9.1, panel izquierdo). Aun así, ALC seguirá siendo más joven que el promedio de la OCDE, donde se proyecta que la proporción alcance el 26.4% en 2050 (desde el 18.5% en 2023). El envejecimiento estará más avanzado en Cuba (alrededor del 30.2% de personas de 65 años o más en 2050), Chile (26.7%) y Costa Rica (25.3%), mientras que se proyecta que Haití, Guatemala y Bolivia se mantengan por debajo del 10%. En varios países que todavía son relativamente jóvenes hoy (por ejemplo, Belice y Honduras), la proporción de personas de 65 años o más aumenta rápidamente en términos proporcionales, pero se mantiene comparativamente baja en 2050 porque parte de una base pequeña y la fecundidad sigue siendo más alta que en los países que envejecen más rápido. Como las mujeres viven más que los hombres, la población de mayor edad se feminizará cada vez más, con implicaciones para la seguridad de ingresos, las necesidades de atención y los arreglos de vivienda (Bilal et al., 2019[2]).

El crecimiento será aún más rápido en las edades más avanzadas. Se proyecta que la proporción de personas de 80 años o más en el promedio de ALC31 aumente del 1.8% en 2023 al 4.9% en 2050, mientras que el promedio de la OCDE también aumentará sustancialmente, del 4.9% al 9.6% (Figura 9.1, panel derecho). Se proyecta que varios países vean esta proporción al menos triplicarse, y algunos países del Caribe, como Antigua y Barbuda, se acerquen al 8% para 2050. Esto aumentará la demanda de atención de largo plazo, de atención crónica compleja en la atención primaria, de una mejor coordinación de la atención, y de servicios de rehabilitación y de recuperación funcional para prevenir o retrasar la dependencia y apoyar el envejecimiento en el lugar (OECD, 2025[3]). Sin embargo, el envejecimiento variará dentro de los países, y a menudo progresará más rápido en las zonas urbanas, lo que podría ampliar las disparidades socioeconómicas. Fortalecer los sistemas de salud y los entornos amigables con la edad puede ayudar a asegurar que las vidas más largas no se traduzcan necesariamente en una mayor dependencia (Beard et al., 2016[4]).

En paralelo, a medida que aumenta la proporción de adultos mayores, disminuye el tamaño relativo de la población en edad de trabajar, lo que endurece las restricciones fiscales y de fuerza de trabajo durante la transición. Se proyecta que la razón de adultos en edad de trabajar por cada persona de 65 años o más en ALC31 caiga de alrededor de 7.2 en 2023 a 3.6 en 2050 (Figura 9.2), lo que implica aproximadamente la mitad de los trabajadores potenciales por cada persona mayor. En la OCDE, se proyecta que la misma razón disminuya de 3.6 en 2023 a 2.4 en 2050. El panorama es particularmente desafiante en Cuba (1.9 en 2050), Chile (2.3), Costa Rica (2.5) y Barbados (2.5), donde el margen para financiar el gasto relacionado con la edad a partir de una base en edad de trabajar relativamente grande disminuirá sustancialmente.

Aunque los países de la OCDE ajenos a ALC se encuentran actualmente en una etapa más avanzada del envejecimiento poblacional, la velocidad de la transición en ALC hace que la planificación temprana e integrada de las políticas sea especialmente urgente. Los sistemas de salud deberán adaptarse rápidamente a las necesidades cambiantes de la población, mientras que las reformas en los sistemas de pensiones, los mercados laborales y el financiamiento de la salud —particularmente para la atención de largo plazo (véase la sección «Atención de largo plazo» en este capítulo)— serán esenciales para salvaguardar la sostenibilidad financiera (Álvarez, 2020[5]).

Definición y comparabilidad

Las proporciones de población y las razones de dependencia se basan en la Revisión 2024 de las Perspectivas de la Población Mundial (WPP) de las Naciones Unidas, utilizando las proyecciones de variante media. Las proyecciones son internamente consistentes entre países, pero la incertidumbre aumenta con el horizonte temporal y depende de los supuestos sobre la fecundidad, la mortalidad y la migración futuras. Las diferencias entre países reflejan tanto las estructuras etarias actuales como el ritmo de la disminución de la fecundidad, las mejoras en la supervivencia y los patrones de migración.

Referencias

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]

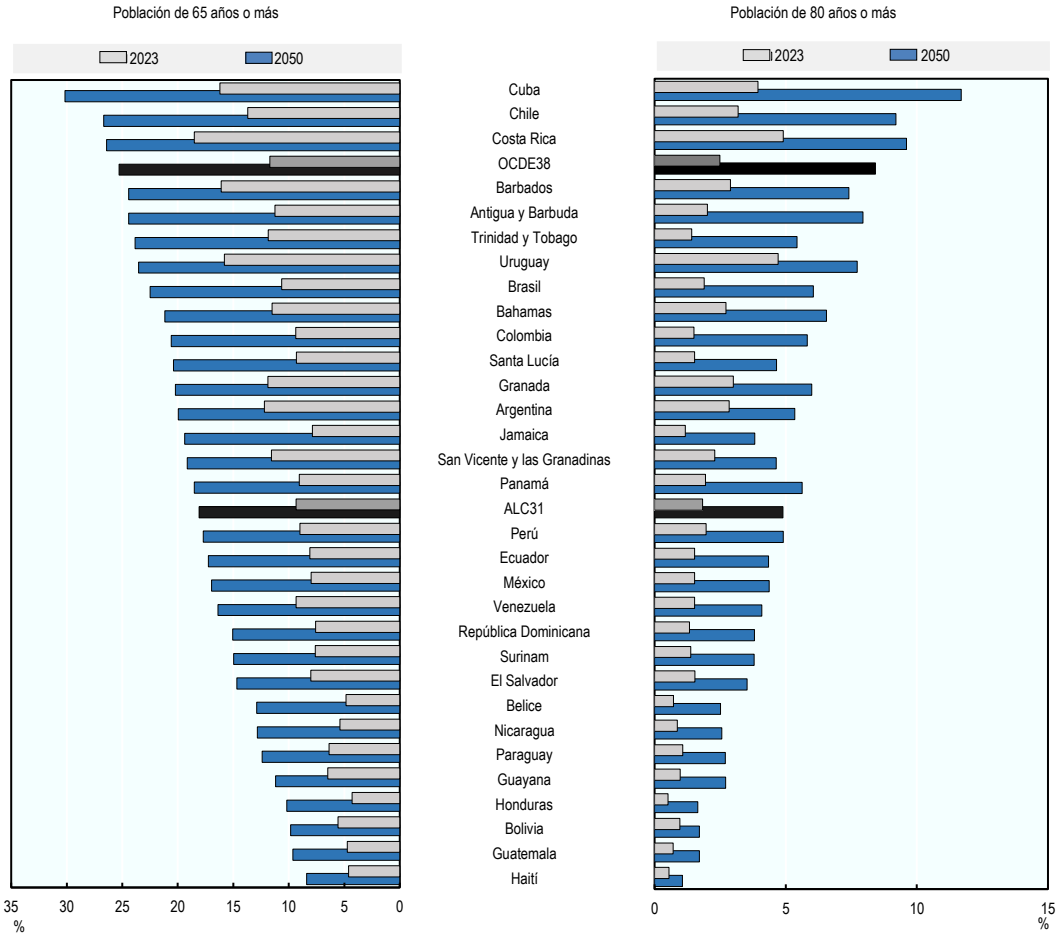
Beard, J. et al. (2016), "The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing", *The Lancet*, Vol. 387/10033, pp. 2145-2154, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00516-4. [4]

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]

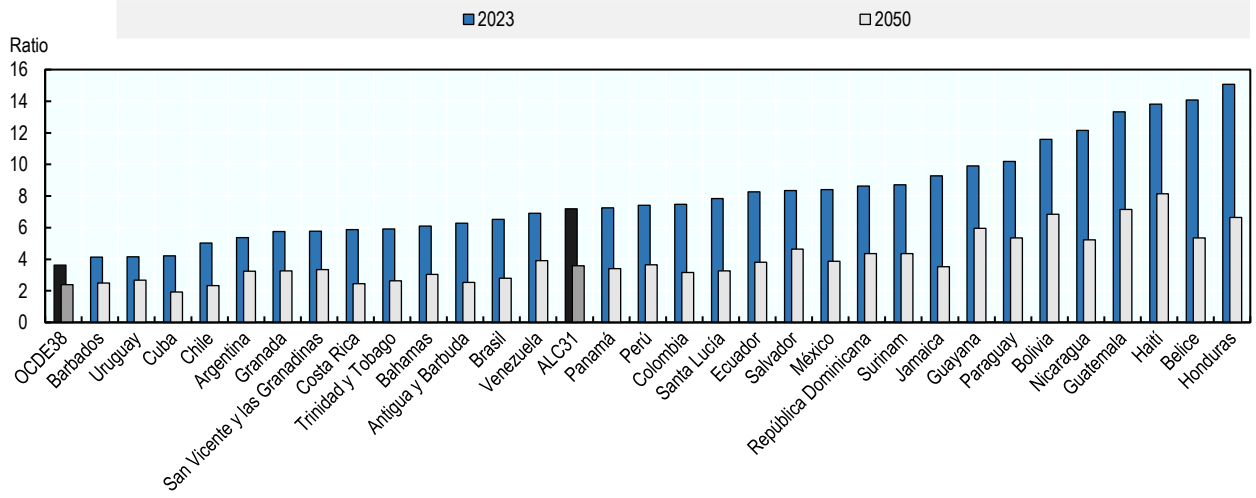
Figura 9.1. Estimación actual y proyección de la proporción de la población de 65 y 80 años o más, 2023 y 2050



Fonte: Perspectivas da População Mundial da ONU 2024.

StatLink https://stat.link/q5pya6

Figura 9.2. Estimación actual y proyección de la razón entre la población de 15 a 64 años y la población de 65 años o más, 2023 y 2050



Fonte: Perspectivas da População Mundial da ONU 2024.

StatLink https://stat.link/lwp891

Esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 60 años

La esperanza de vida a los 60 años resume los años de vida restantes esperados después de los 60 años con base en tablas de mortalidad de período, mientras que la esperanza de vida saludable (EVS) a los 60 años ajusta estos años por el tiempo vivido en condiciones de salud menos que plena. En conjunto, ofrecen una imagen más completa del envejecimiento que la esperanza de vida por sí sola, distinguiendo las ganancias en supervivencia de las ganancias en salud. Las estimaciones de la OMS se producen utilizando métodos estandarizados para mejorar la comparabilidad entre países y proporcionan estimaciones finales de mortalidad por edad y sexo hasta 2021, captando el choque de mortalidad durante la pandemia de COVID-19.

La esperanza de vida restante a los 60 años es menor en ALC que en la OCDE, y muchos países de ALC experimentaron una marcada caída en 2021, coincidiendo con el choque de mortalidad de la COVID-19. En promedio en ALC31, una persona de 60 años en 2021 podía esperar vivir 20.7 años más si era mujer y 17.5 años más si era hombre (Figura 9.3), alrededor de 4.6 y 4.0 años menos que el promedio de la OCDE, respectivamente. Entre 2000 y 2021, la esperanza de vida a los 60 años en ALC31 disminuyó en general (mujeres: de 21.6 a 20.7; hombres: de 18.7 a 17.5), mientras que el promedio de la OCDE se mantuvo en general estable durante el período, con ganancias más lentas en muchos países incluso antes de la pandemia. Los patrones por país son heterogéneos: varios países registraron reducciones considerables para 2021 (especialmente entre los hombres), mientras que otros continuaron mostrando ganancias modestas. En 2021, la esperanza de vida restante a los 60 años fue más alta en Costa Rica y Chile y más baja en Bolivia, tanto para mujeres como para hombres. Estas diferencias reflejan una combinación de determinantes de largo plazo (como el riesgo cardiometabólico, el desempeño del sistema de salud y las condiciones socioeconómicas) y choques de corto plazo; las estimaciones actualizadas del Estudio de Carga Mundial de Enfermedad (GBD) 2021 ofrecen una perspectiva consistente sobre los cambios en la mortalidad por causas específicas y su impacto en la esperanza de vida durante 2020-2021 (Naghavi et al., 2024[1]).

Una vida más larga no significa necesariamente más años en buena salud. La EVS a los 60 años —del WHO GHO— capta los años esperados vividos en plena salud, ajustando por la enfermedad y la discapacidad (véase «Definición y comparabilidad»). En la OCDE, la EVS a los 60 años es de 18.3 años para las mujeres y 16.2 para los hombres; en ALC31 es alrededor de 2.8 a 2.9 años menor (15.5 y 13.4, respectivamente; Figura 9.4). Las estimaciones por país oscilan entre 11.5 años saludables para las mujeres en Haití y 9.3 para los hombres en Bolivia, y 18.5 para las mujeres y 16.6 para los hombres en Costa Rica, con valores igualmente altos en Chile (17.8; 16.4) y Panamá (18.1; 15.9). Esta brecha se traduce en más años con limitaciones funcionales y una mayor demanda de atención de largo plazo de base comunitaria y residencial. Si bien la EVS se basa en modelos, su valor radica en integrar la pérdida de salud fatal y no fatal en una única métrica comparable; los resultados del GBD 2021 refuerzan que las ganancias en EVS suelen ir por detrás de las ganancias en esperanza de vida cuando la morbilidad no se reduce tanto como la mortalidad (Ferrari et al., 2024[2]).

La divergencia entre la esperanza de vida y la EVS en las edades avanzadas tiene implicaciones directas para el diseño del sistema de salud y la atención de largo plazo. Una menor EVS a menudo refleja una mayor prevalencia y gravedad del deterioro funcional y la multimorbilidad, que interactúan para acelerar el deterioro de la función física y cognitiva. Esto refuerza los argumentos a favor de una atención primaria integrada y centrada en las personas que tenga como núcleo la prevención, la revisión de la medicación, la rehabilitación y el mantenimiento de la función (Calderón-Larrañaga et al., 2018[3]). Las brechas de género también se reducen al centrarse en los años saludables: en ALC31, las mujeres viven alrededor de 3.2 años más que los hombres a los 60 años en esperanza de vida total (20.7 frente a 17.5), pero solo 2.1 años saludables más (15.5 frente a 13.4), con brechas de EVS muy pequeñas en algunos países (por ejemplo, Haití) y mayores en otros (por ejemplo, Uruguay). En consonancia con la evidencia de un desacoplamiento parcial entre la longevidad y la longevidad saludable en ALC (Robledo, Cano-GutiéRrez and Garcia, 2022[4]), las series de EVS suelen ir por detrás de las actualizaciones de la esperanza de vida y pueden no captar plenamente el período de la COVID-19, según el año más reciente del WHO GHO utilizado en esta publicación.

Definición y comparabilidad

La esperanza de vida a los 60 años es el número promedio de años adicionales que viviría una persona de 60 años si estuviera expuesta, durante el resto de su vida, a las tasas de mortalidad específicas por edad y sexo de un año determinado. La esperanza de vida saludable (EVS) a los 60 años ajusta los años de vida restantes por el tiempo vivido en condiciones de salud menos que plena, combinando información sobre mortalidad y morbilidad.

Ambos indicadores son producidos por el Observatorio Mundial de la Salud de la OMS utilizando métodos estandarizados para apoyar la comparabilidad entre países. La EVS se basa en modelos y se actualiza con menor frecuencia que la esperanza de vida, por lo que los cambios interanuales deben interpretarse con cautela, particularmente en torno al período de la COVID-19.

Referencias

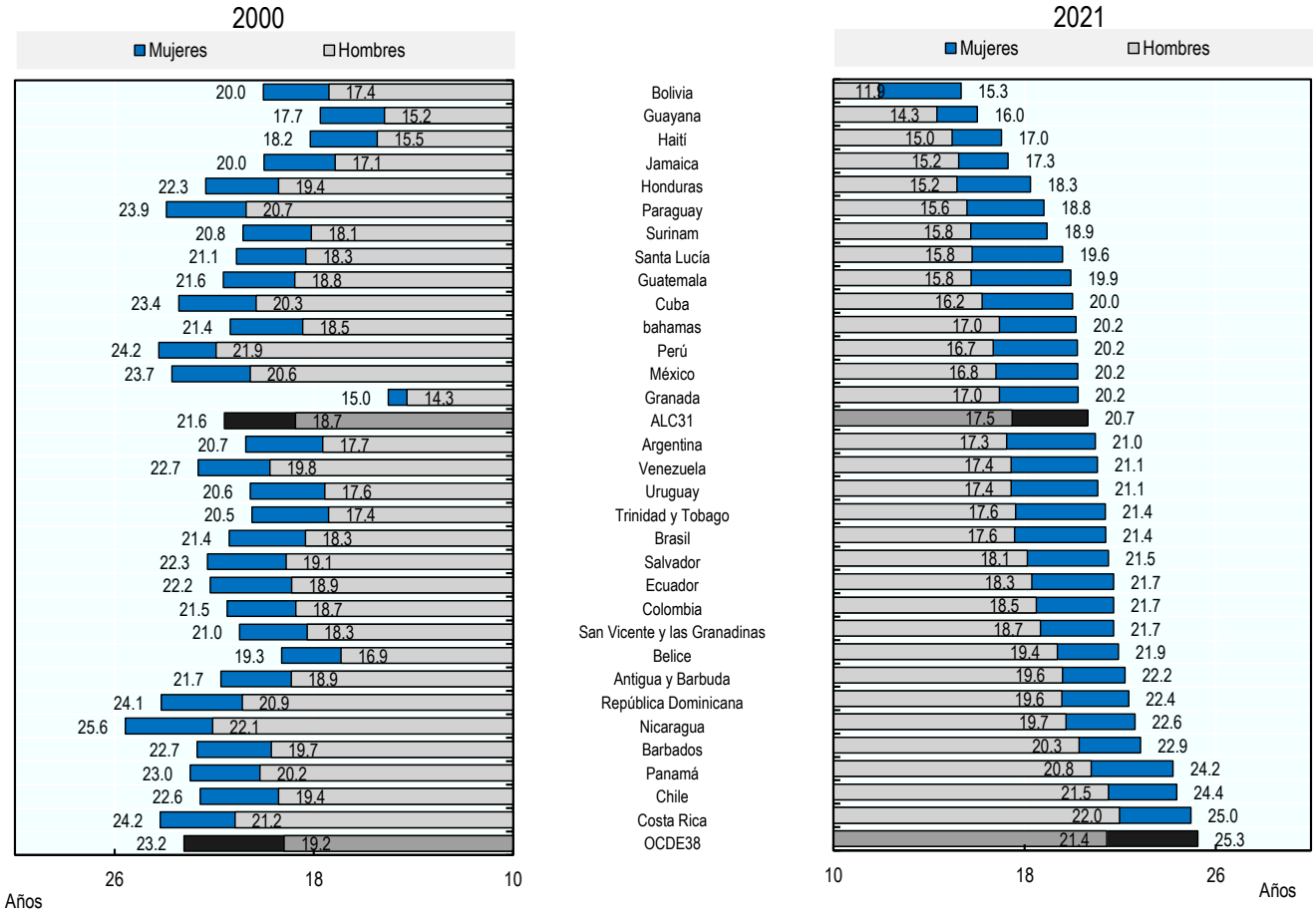
Calderón-Larrañaga, A. et al. (2018), “Multimorbidity and functional impairment–bidirectional interplay, synergistic effects and common pathways”, *Journal of Internal Medicine*, Vol. 285/3, pp. 255-271, https://doi.org/10.1111/joim.12843. [3]

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]

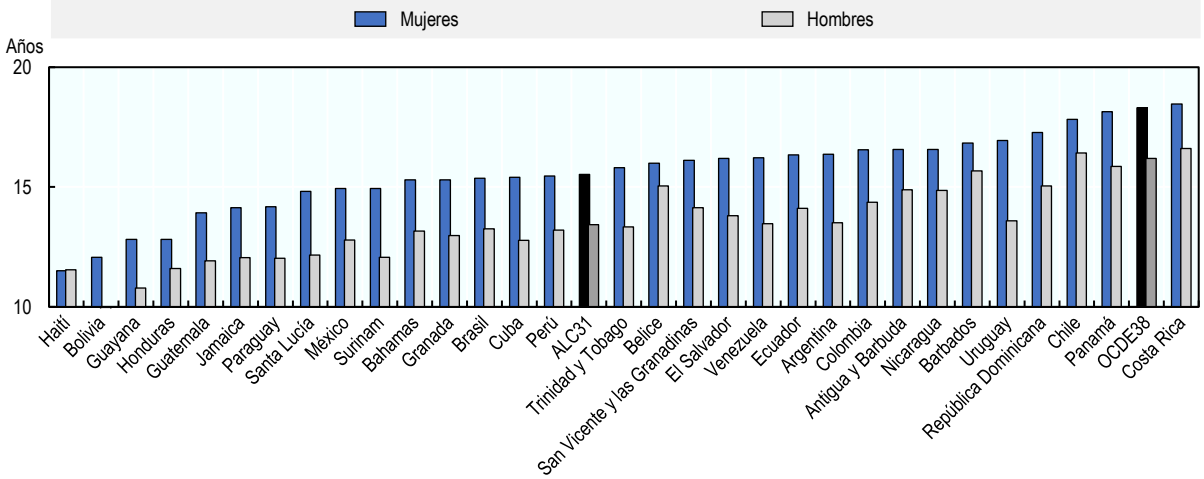
Figura 9.3. Esperanza de vida a los 60 años, por sexo, 2000 y 2021



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/dgb9l3

Figura 9.4. Años de vida saludables a los 60 años, por sexo, 2021



Fuente: Observatorio Mundial de la Salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/scy9oi

Determinantes de las necesidades de atención de largo plazo y respuesta del sistema

El envejecimiento poblacional en ALC está generando un rápido crecimiento de las necesidades de ALP, impulsado por el aumento de las afecciones crónicas, las limitaciones funcionales y el deterioro cognitivo en las edades avanzadas. Si bien la edad por sí sola no determina la dependencia, la acumulación de afecciones aumenta considerablemente la probabilidad de necesitar ayuda con las actividades cotidianas. El cambio demográfico, los patrones de morbilidad y el desempeño del sistema de salud configuran en conjunto la demanda de ALP y, sin una prevención efectiva y una atención coordinada, las ganancias en longevidad a menudo se traducen en mayores necesidades de atención en lugar de en una independencia prolongada (Gianfredi et al., 2025[1]).

Las personas mayores con afecciones crónicas tienen muchas más probabilidades de reportar que necesitan ayuda con las actividades de la vida diaria que aquellas sin afecciones crónicas, lo que subraya cómo la prevención y el manejo efectivo de las enfermedades crónicas pueden retrasar la dependencia (Figura 9.5). En ALC8, alrededor del 27% de los adultos mayores con al menos una afección crónica reporta necesidades de atención, en comparación con el 14% entre quienes no las tienen. La brecha es considerable en muchos países, lo que refleja cómo la enfermedad crónica contribuye a las limitaciones funcionales y a la necesidad de apoyo.

El gasto público en servicios de atención de largo plazo es muy limitado en los países de ALC con datos disponibles (Figura 9.6). El gasto reportado representa menos del 1% del gasto sanitario corriente en Paraguay y está cerca de cero en varios otros países, en comparación con alrededor del 14% en promedio en la OCDE. Parte de esta brecha refleja diferencias genuinas en la cobertura, pero las comparaciones entre países también requieren cautela porque la atención de largo plazo puede registrarse en el sector de la salud o en el social (por ejemplo, Chile), y las prácticas contables difieren. El bajo gasto público es coherente con la evidencia cualitativa de que la provisión de atención de largo plazo en ALC depende en gran medida de las familias y de arreglos informales en lugar de servicios organizados (PAHO/IDB, 2023[2]).

La demencia se está convirtiendo en un determinante creciente de las necesidades de atención de largo plazo a medida que las poblaciones envejecen (Figura 9.7). En ALC33, la tasa de mortalidad atribuida a la enfermedad de Alzheimer y otras demencias aumentó modestamente entre 2014 y 2024 (de 17.8 a 18.6 muertes por cada 100 000 habitantes), con una variación sustancial entre países. Las tasas son más altas en Paraguay y más bajas en Haití. Las diferencias reflejan en parte la estructura etaria de la población, pero también la variación en el diagnóstico y la certificación de la causa de muerte; en algunos países, el aumento de la mortalidad puede indicar un mejor reconocimiento y codificación en lugar de un crecimiento más rápido de la enfermedad subyacente.

Estos indicadores apuntan a una brecha cada vez mayor entre las crecientes necesidades de atención de largo plazo y la capacidad limitada de los sistemas formales en ALC. Con altas cargas de enfermedad crónica y demencia, junto con un gasto público en atención de largo plazo muy bajo, gran parte del ajuste al envejecimiento poblacional está ocurriendo dentro de los hogares en lugar de a través de servicios organizados, lo que refuerza las inequidades, restringe la participación de las mujeres en el mercado laboral y afecta de manera desproporcionada a las familias de menores ingresos. Sin una expansión gradual de servicios accesibles y basados en las necesidades, estas presiones se intensificarán. Cerrar la brecha requiere una estrategia doble: (1) fortalecer la prevención, la atención primaria centrada en las personas, la coordinación de la atención y la rehabilitación/recuperación funcional para retrasar la dependencia, mantener la función y reducir el uso hospitalario evitable; y (2) desarrollar progresivamente una atención de largo plazo formal que complemente la atención familiar, ampliando los servicios domiciliarios y comunitarios y brindando apoyo a los cuidadores informales. El monitoreo regular de las afecciones crónicas, del gasto en atención de largo plazo y de las tendencias de la demencia es esencial para evaluar si los sistemas se están adaptando con la suficiente rapidez a las realidades del envejecimiento poblacional en ALC.

Definición y comparabilidad

Dependencia funcional según afecciones crónicas: Proporción de personas mayores que reportan necesitar ayuda con actividades básicas de la vida diaria, entre quienes no tienen afecciones crónicas frente a quienes tienen al menos una. La comparabilidad está limitada por las diferencias en las preguntas de las encuestas, en las listas de afecciones crónicas y por la posible subcobertura de las poblaciones institucionalizadas.

Proporción del gasto en ALP dentro del gasto sanitario corriente: Gasto en servicios de atención de largo plazo como porcentaje del gasto sanitario corriente, reportado utilizando el marco del Sistema de Cuentas de Salud. Las diferencias entre países en las prácticas contables y en el límite entre el gasto sanitario y el social pueden afectar los niveles y las tendencias.

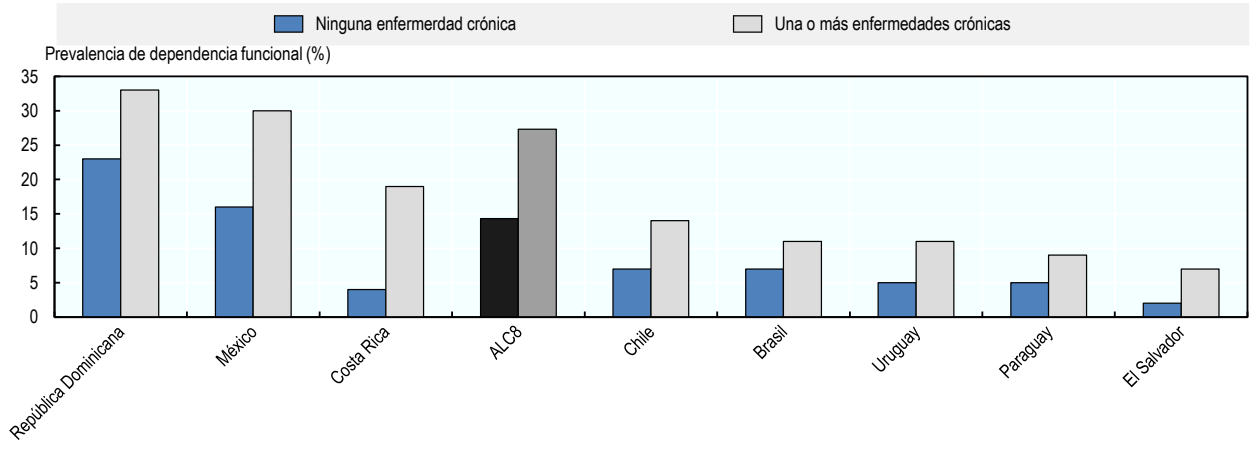
Muertes por Alzheimer y otras demencias: Muertes por cada 100 000 habitantes atribuidas a la enfermedad de Alzheimer y otras demencias (definición de causa del GBD). La comparabilidad se ve afectada por la variación en el diagnóstico y la certificación/codificación de la causa de muerte, y por los cambios en las prácticas de registro a lo largo del tiempo.

Referencias

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]

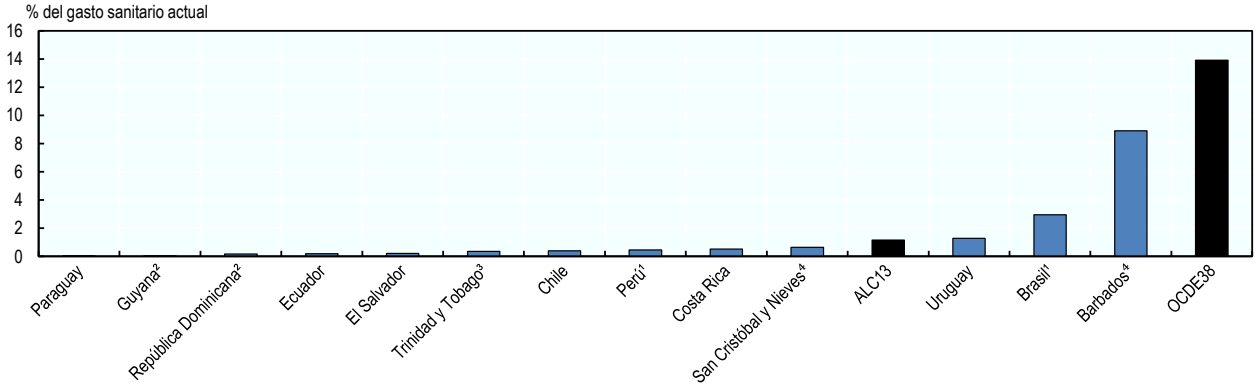
Figura 9.5. Prevalencia de la dependencia funcional según la presencia de afecciones crónicas



Fuente: Base de datos del BID asociada 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

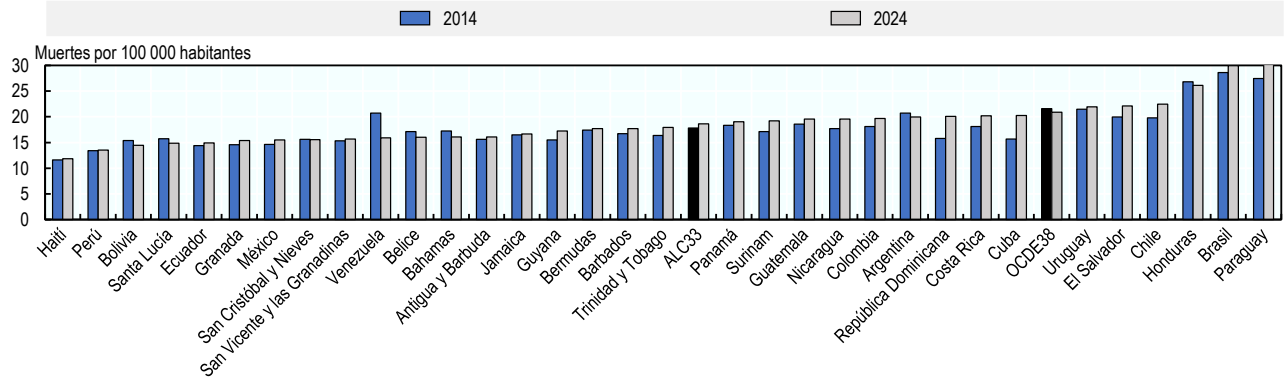
Figura 9.6. Gasto en servicios de atención de largo plazo como proporción del gasto sanitario corriente, 2023 (o último año disponible)



1. Datos de 2022, 2. datos de 2019, 3. datos de 2018, 4. datos de 2016.
Fuente: Base de datos de gastos mundiales en salud de la OMS 2025.

StatLink https://stat.link/adbuef

Figura 9.7. Tasa de mortalidad por Alzheimer y otras demencias por cada 100 000 habitantes, 2014 y 2024



Fuente: Carga mundial de morbilidad 2025.

StatLink https://stat.link/t5iqlm

Cuidadores remunerados y no remunerados

El cuidado familiar sigue siendo la columna vertebral de la atención de largo plazo en ALC. Alrededor de cuatro de cada cinco personas mayores que necesitan ayuda con las actividades cotidianas reciben apoyo de un cuidador no remunerado, normalmente un familiar, lo que pone de relieve tanto la centralidad de los hogares como el alcance limitado de los servicios formales. Al mismo tiempo, el informe *Who Cares? How to Support and Ensure Recognition for Caregivers for Older People in Latin America and the Caribbean* (Stampini et al., 2025[1]) estima aproximadamente 25 millones de cuidadores no remunerados en la región, frente a alrededor de 3 millones de cuidadores remunerados, un desequilibrio que se vuelve más problemático a medida que el envejecimiento poblacional se acelera y las redes familiares se reducen. Esta dependencia del cuidado no remunerado refleja tanto la provisión pública limitada como las sólidas normas sociales en torno a la responsabilidad familiar, pero también tiene implicaciones significativas para la equidad, la participación en el mercado laboral y el bienestar de los cuidadores. La evidencia tanto de contextos de altos ingresos como de ingresos medios muestra que una fuerte dependencia del cuidado informal puede enmascarar necesidades no satisfechas y trasladar los costos del envejecimiento de los sistemas públicos a los hogares (OECD, 2023[2]).

El cuidado remunerado de las personas mayores en ALC se brinda principalmente a través de arreglos domiciliarios y trabajo doméstico, en lugar de servicios institucionales (Figura 9.8). En el promedio de ALC17, solo alrededor de uno de cada diez cuidadores remunerados trabaja en instituciones; cerca de la mitad son trabajadores domésticos con responsabilidades de cuidado. Esto refleja tanto la provisión formal limitada de atención de largo plazo como la forma en que las tareas de cuidado a menudo están integradas en servicios domésticos más amplios, frecuentemente en el empleo informal. En la práctica, los trabajadores domésticos pueden asumir gradualmente responsabilidades de cuidado a medida que aumentan las necesidades, aunque pueden no ser declarados como cuidadores y carecer de protección social. Varios países regulan los servicios domésticos en su conjunto (sin una distinción clara entre el trabajo doméstico y el cuidado), aunque algunos avanzan hacia perfiles ocupacionales más específicos y marcos de competencias para los cuidadores a fin de profesionalizar la fuerza de trabajo. Las diferencias entre países en las proporciones de cuidadores institucionales, domiciliarios y de trabajo doméstico también reflejan la variación en el desarrollo de los sistemas de atención de largo plazo, pero la medición es difícil porque los trabajadores domésticos con responsabilidades de cuidado a menudo se estiman en lugar de identificarse directamente en las encuestas (Bom et al., 2018[3]).

El cuidado familiar no remunerado sigue siendo la columna vertebral de la atención de largo plazo en ALC. El informe “Who Cares?” estima alrededor de 25 millones de cuidadores no remunerados en la región (aproximadamente el 60% mujeres), que brindan un promedio de 7.5 horas por semana de cuidado a las personas mayores; para mantener las razones actuales de cuidadores por persona mayor, el número de cuidadores no remunerados tendría que aumentar a alrededor de 60.5 millones para 2050. Las encuestas de uso del tiempo sugieren que la mayor parte del cuidado no remunerado se brinda dentro de los hogares (alrededor del 59% en la muestra de ALC9; Figura 9.9), aunque los patrones varían y algunos países, como Argentina, reportan una mayor proporción de cuidado brindado a personas fuera del hogar. Estas estimaciones deben interpretarse con cautela: el cuidado brindado dentro de los hogares a menudo se subreporta, particularmente cuando las tareas para un cónyuge o progenitor se consideran parte de las responsabilidades familiares cotidianas en lugar de «cuidado».

Estas dos figuras apuntan a una narrativa consistente: el cuidado de las personas mayores en ALC se organiza principalmente en torno a los hogares, a través del cuidado familiar no remunerado y, cuando es remunerado, a menudo a través del trabajo doméstico en lugar de una fuerza de trabajo de cuidado claramente profesionalizada o un sector institucional. En una región donde el cuidado no remunerado ya está ampliamente extendido y donde las tendencias demográficas aumentarán las necesidades, fortalecer los sistemas de atención de largo plazo requerirá tanto ampliar y profesionalizar la fuerza de trabajo remunerada como apoyar mejor a los cuidadores familiares (por ejemplo, mediante formación, información y políticas que protejan el bienestar de los cuidadores).

Definición y comparabilidad

Cuidadores remunerados por tipo: Proporciones de trabajadores remunerados que brindan cuidado a personas mayores en (i) instituciones, (ii) atención domiciliaria, o (iii) trabajo doméstico con responsabilidades de cuidado, con base en el conjunto de datos “Who Cares?” del BID. Los trabajadores domésticos que brindan cuidado normalmente se estiman en lugar de identificarse directamente en las encuestas laborales/de hogares, lo que limita la comparabilidad entre países. El valor de ALC17 agrupa a todos los cuidadores remunerados observados en los 17 países con datos (no es un promedio simple de las estimaciones nacionales).

Cuidadores no remunerados: Proporciones de cuidadores no remunerados que brindan cuidado a personas mayores dentro frente a fuera de su hogar, con base en encuestas de uso del tiempo. La comparabilidad se ve afectada por las diferencias en el diseño de las encuestas, la cobertura del cuidado brindado fuera del hogar y el posible subreporte del cuidado dentro de los hogares. El valor de ALC9 agrupa todas las observaciones de los nueve países con datos de encuestas de uso del tiempo disponibles.

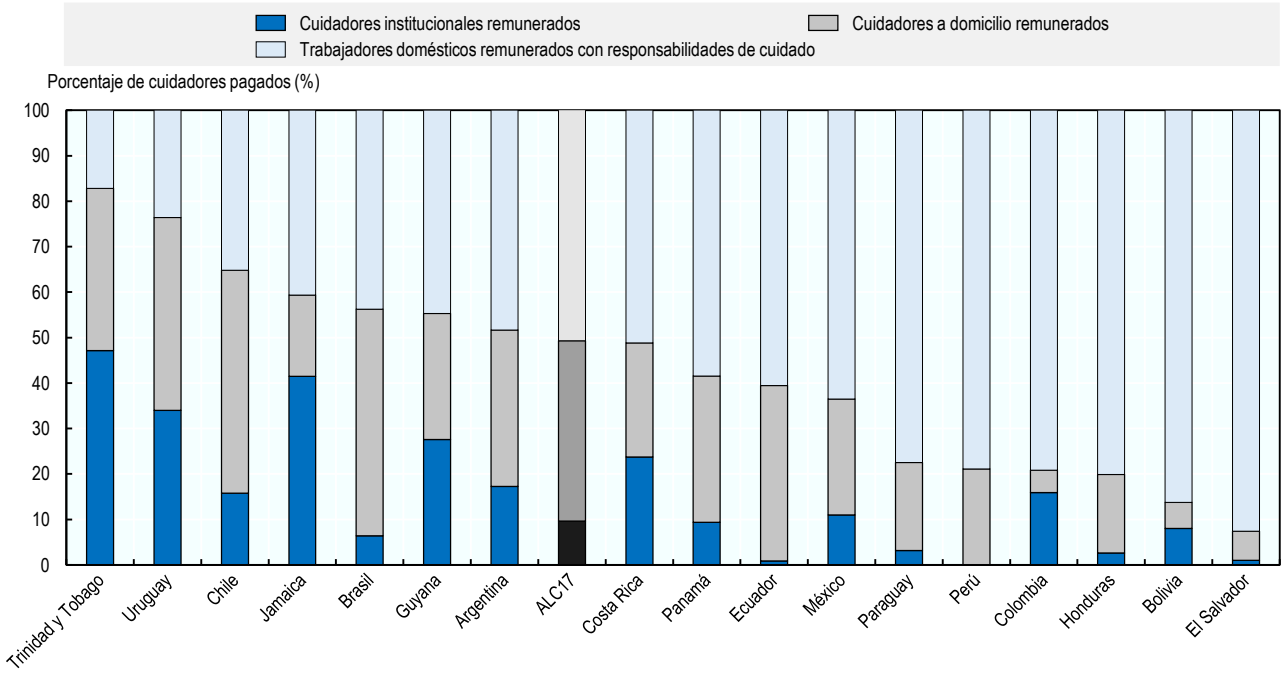
Referencias

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]

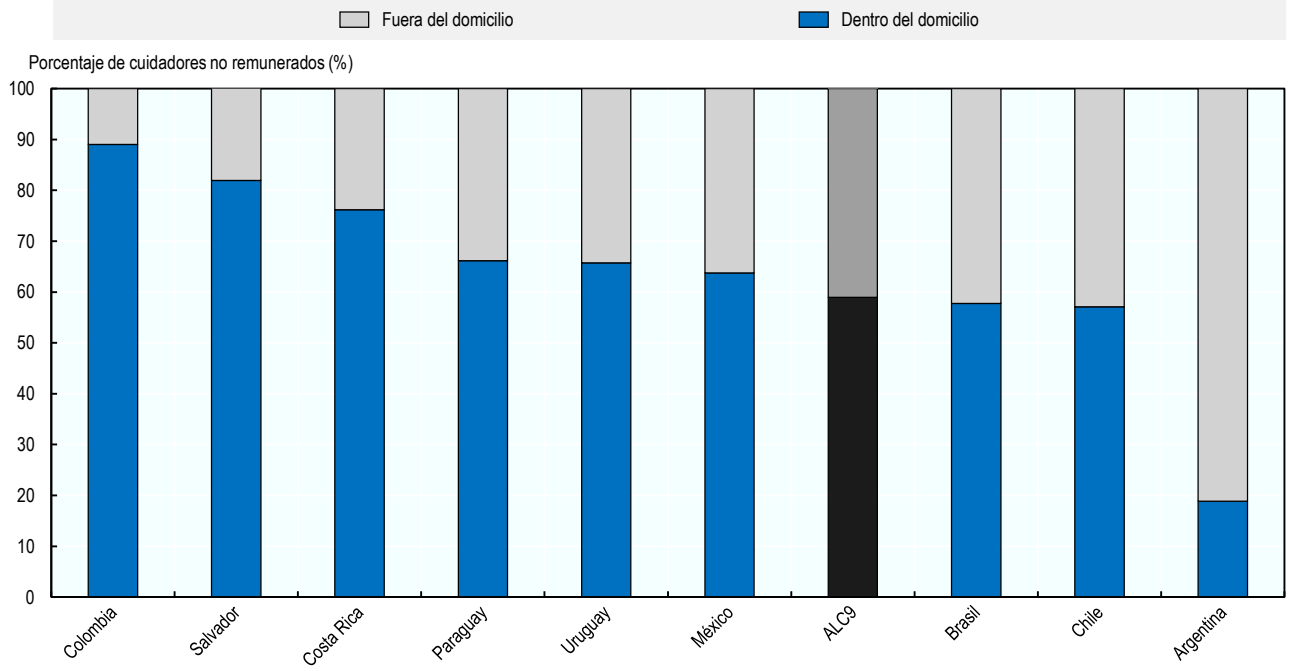
Figura 9.8. Porcentaje de cuidadores remunerados de personas mayores



Fuente: Base de datos del BID asociada 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

Figura 9.9. Porcentaje de cuidadores no remunerados



Fuente: Base de datos del BID asociada 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

Formación de los cuidadores y carga de tiempo

La formación y el tiempo son dos de las restricciones más severas para la sostenibilidad y la calidad de la ALP en ALC. El trabajo de cuidado es inherentemente complejo —abarca el cuidado personal, el apoyo en el hogar, el monitoreo de los cambios en la condición y el apoyo emocional— y el informe *Who Cares? How to Support and Ensure Recognition for Caregivers for Older People in Latin America and the Caribbean* (Stampini et al., 2025[1]) subraya que un desarrollo deficiente de las competencias y un escaso apoyo se traducen en una atención de menor calidad y en peores resultados para los propios cuidadores. El cuidado no remunerado tiene un fuerte sesgo de género: las mujeres constituyen alrededor del 60% de los cuidadores no remunerados y, impulsadas por las normas sociales, tienden a dedicar más tiempo al cuidado y a asumir las tareas menos flexibles, con efectos indirectos en el trabajo remunerado y el bienestar.

Las grandes brechas de formación entre los cuidadores remunerados probablemente socavan la calidad de la atención y la retención (Figura 9.10). En ALC22, el 37% de los cuidadores remunerados reporta no tener formación, el 16% se apoya en el autoaprendizaje y el 47% reporta alguna formación basada en cursos, a menudo más corta que la recomendación de 260 horas del Protocolo Iberoamericano. Donde existe formación, esta tiende a enfatizar las tareas técnicas y a dar menos peso a la comunicación, la resiliencia emocional, el autocuidado del cuidador y los enfoques centrados en las personas. Una formación inadecuada puede aumentar las complicaciones prevenibles (por ejemplo, mediante un apoyo inseguro a la movilidad, una deficiente prevención de infecciones o el reconocimiento tardío del deterioro) y puede contribuir al estrés y la rotación de los cuidadores. La evidencia de los programas estructurados de educación y desarrollo de competencias para cuidadores, particularmente en la atención de la demencia, sugiere que tal apoyo puede mejorar los resultados de los cuidadores y ser costo-efectivo, lo que indica una oportunidad perdida para fortalecer los sistemas de atención de largo plazo (Livingston et al., 2020[2]).

Las mujeres dedican más tiempo a brindar cuidado no remunerado a las personas mayores que los hombres en todos los países con datos (Figura 9.11). En el promedio de ALC8, las mujeres brindan 8.8 horas por semana en comparación con 6.0 horas de los hombres. Las brechas de género son particularmente grandes en algunos países del Cono Sur, lo que refleja tanto los patrones del mercado laboral como las normas de género persistentes. La mayoría de las encuestas de uso del tiempo omiten el «cuidado pasivo» (estar disponible) y, como se señaló anteriormente, pueden subestimar el cuidado brindado dentro de los hogares, por lo que las horas totales —y las brechas de género— probablemente están subestimadas. Una alta carga de tiempo sin una preparación adecuada eleva el estrés, las lesiones musculoesqueléticas y los riesgos para la salud mental, lo que amenaza la sostenibilidad de los arreglos de cuidado; el cuidado prolongado de alta intensidad se asocia con una peor salud del cuidador, especialmente cuando las responsabilidades surgen de forma repentina o con poco apoyo (Bom et al., 2018[3]). Estas presiones se intensificarán a medida que la demencia y la multimorbilidad aumenten con el envejecimiento poblacional.

Estas dos figuras apuntan a un doble desafío para la política de ALP: profesionalizar y estandarizar las competencias en la fuerza de trabajo remunerada, al tiempo que se reduce la carga de tiempo e intensidad que recae de manera desproporcionada en las mujeres en el cuidado no remunerado. La dirección que plantea el informe es clara: ampliar las vías de formación accesibles y de mayor calidad (incluido el reconocimiento de los aprendizajes previos) y fortalecer las políticas de apoyo a los cuidadores (información, apoyo psicológico, respiro y trabajo/permisos flexibles), junto con los esfuerzos por transformar las normas de género y aumentar la participación de los hombres en el cuidado.

Definición y comparabilidad

Formación de los cuidadores remunerados: Proporción de cuidadores remunerados que reportan no tener formación, autoaprendizaje o algún curso formal (corto/medio/prolongados combinados), con base en la encuesta de cuidadores del BID. La comparabilidad entre países puede verse afectada por el muestreo y por las categorías de formación autorreportadas. El valor de ALC22 agrupa todas las observaciones de los 22 países con datos.

Horas de cuidado no remunerado por sexo: Promedio de horas por semana dedicadas a brindar cuidado no remunerado a personas mayores por mujeres y hombres, a partir de encuestas de uso del tiempo. La comparabilidad está limitada por las diferencias en las listas de tareas, los períodos de recuerdo, la definición de «mayor» y la omisión del tiempo «de disponibilidad»; las horas reportadas probablemente subestiman el tiempo total de cuidado. El valor de ALC8 agrupa todas las observaciones de los ocho países con datos.

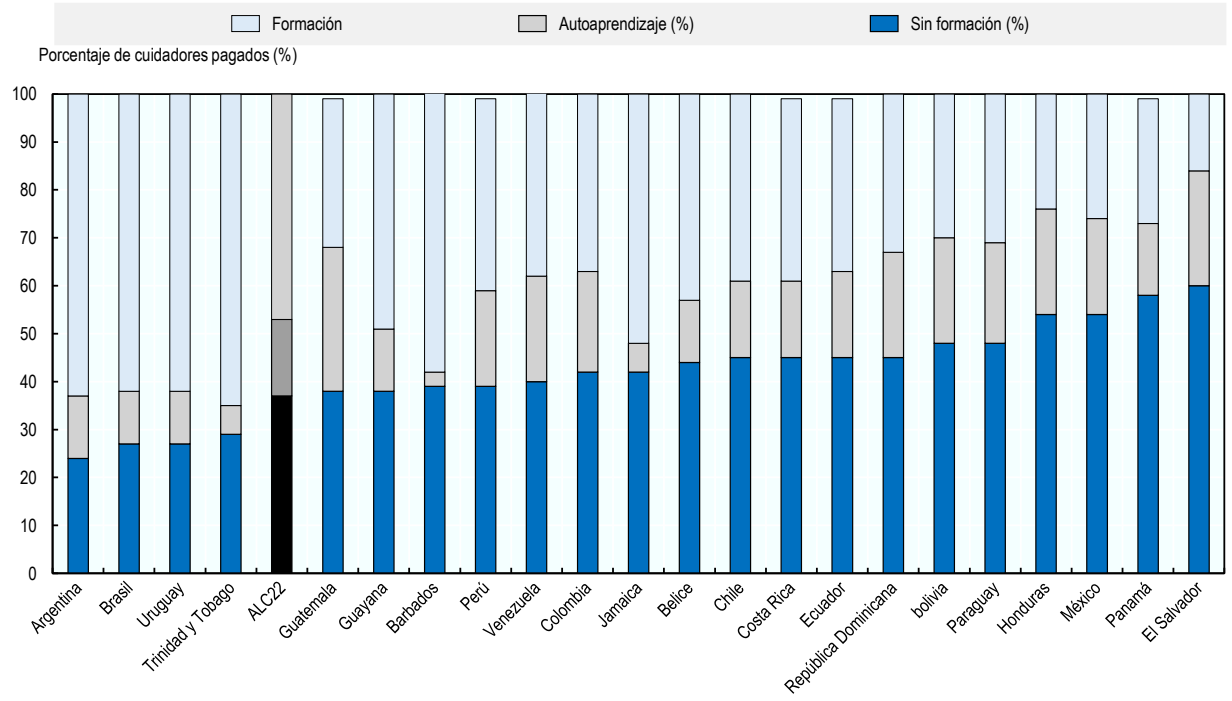
Referencias

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]

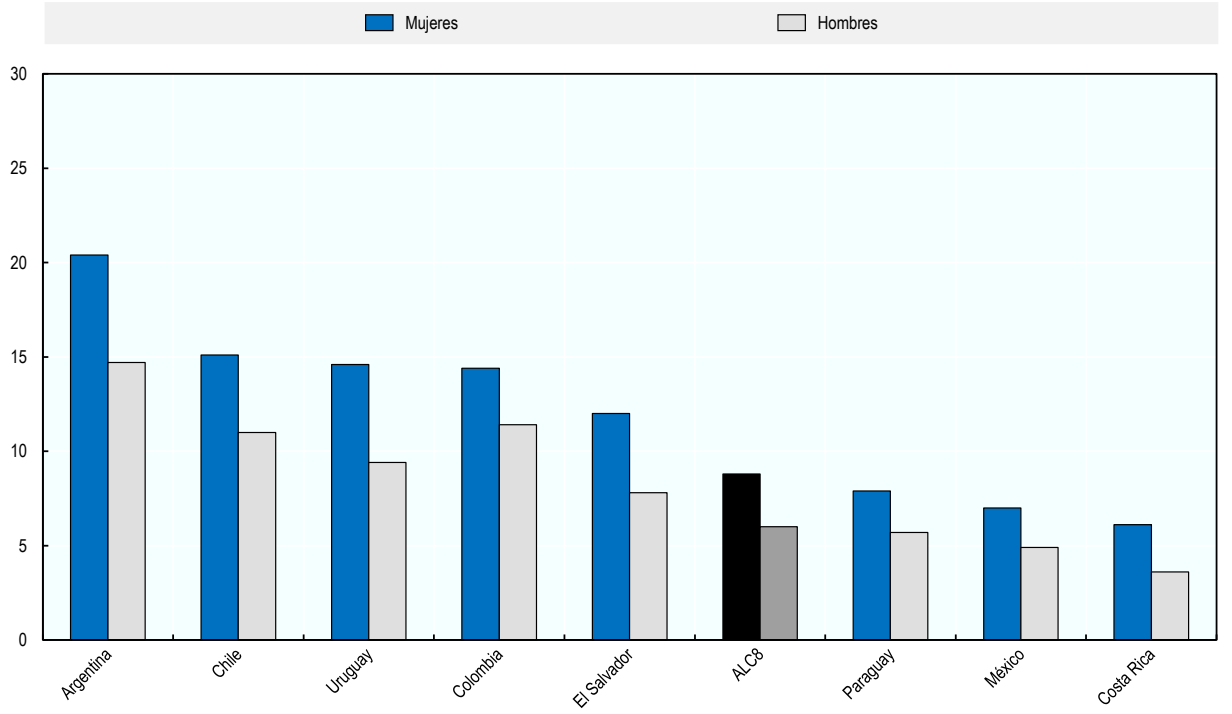
Figura 9.10. Porcentaje de cuidadores según el nivel de formación



Fuente: Base de datos del BID asociada 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

Figura 9.11. Tiempo que los cuidadores dedican a brindar cuidado a personas mayores en horas/semana, por sexo



Fuente: Base de datos del BID asociada 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 de la Salud: América Latina y el Caribe 2026

Esta tercera edición de *Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe*, elaborada conjuntamente por la OCDE, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, presenta un conjunto de indicadores clave sobre el estado de salud, los determinantes de la salud, los datos de salud y la infraestructura de los sistemas de salud, el gasto y el financiamiento en salud, la calidad de la atención, los profesionales de la salud y el envejecimiento en 33 países de América Latina y el Caribe. Cada uno de los indicadores se presenta en un formato accesible, compuesto por gráficos que ilustran las variaciones entre países y a lo largo del tiempo, análisis descriptivos concisos que destacan los principales hallazgos que se desprenden de los datos, y recuadros metodológicos que definen los indicadores y examinan las limitaciones en la comparabilidad de los datos. Esta edición incluye además dos capítulos temáticos centrados en cuestiones de particular importancia para la región: la calidad de la atención y las desigualdades en salud y en la atención sanitaria en América Latina y el Caribe.

IMPRESA ISBN 978-92-64-87988-1
PDF ISBN 978-92-64-47415-4