Cuidados hospitalares

Na maioria dos países, os hospitais representam a maior parte do investimento fixo global e os leitos hospitalares fornecem uma indicação dos recursos disponíveis para a prestação de serviços de internação. Entretanto, a influência da oferta de leitos hospitalares na taxa de ocupação é conhecida e confirma que uma maior oferta leva a maiores números de admissão (Lei Roemer que um "leito construído é um leito ocupado"). Portanto, além da qualidade do atendimento hospitalar, é importante utilizar os recursos de forma eficiente. Aumentar o número de leitos e pernoites nos hospitais nem sempre traz resultados positivos para a saúde da população. O número de leitos hospitalares per capita na ALC é de 2,1, inferior à média da OCDE de 4,3, mas varia consideravelmente (Figura 5.7). Mais de cinco leitos por 1.000 habitantes estão disponíveis em Barbados, Cuba e Argentina, enquanto o estoque é igual ou inferior a um por 1.000 habitantes na Guatemala, Haiti, Honduras, Venezuela, Nicarágua e México. Estas grandes disparidades refletem diferenças substanciais nos recursos investidos em infra-estrutura hospitalar entre os países.

A alta hospitalar é em média de 51,2 por 1.000 habitantes em 11 países da ALC com dados, em comparação com a média da OCDE de 147,8 (Figura 5.8). As maiores taxas estão no Chile e na Bolívia, com mais de 85 e 66 descargas por 1.000 habitantes em um ano, respectivamente, enquanto no Peru, Colômbia, Panamá e México há menos de 40 descargas por 1.000 habitantes, sugerindo atrasos no acesso aos serviços. Em geral, os países com mais leitos hospitalares tendem a ter taxas de admissão mais altas e vice-versa. No entanto, há exceções. El Salvador e Bolívia têm um número baixo de leitos, mas uma taxa de altas relativamente alta, enquanto a Argentina tem uma densidade maior de leitos hospitalares do que a média da OCDE, mas uma taxa de altas menor do que a média ALC11.

Em nove países da ALC com dados, a duração média de hospitalização (DMH) é de 5,47 dias, inferior à média da OCDE de 7,42 (Figura 5.9). A DMH mais longa é de 6 dias no Chile, Colômbia e Jamaica, enquanto o menor período de permanência é inferior a 4,4 dias no México. A DMH avalia o acesso e uso adequados, mas é necessário cautela em sua interpretação. Embora, sendo todas as outras coisas iguais, uma estadia mais curta reduzirá o custo por alta e proporcionará um atendimento mais eficiente, mudando o atendimento do hospital para ambientes pós-atendimento menos dispendiosos. Estadias mais longas podem ser um sinal de má coordenação de cuidados, resultando em alguns pacientes aguardando desnecessariamente no hospital até que a reabilitação ou cuidados de longo prazo possam ser providenciados. Ao mesmo tempo, alguns pacientes tem alta muito cedo, quando a permanência no hospital poderia ter melhorado seus resultados de saúde. (Rojas-García et al., 2017[1]).

Quando se analisa especificamente os leitos de saúde mental, LAC26 tem em média 39 leitos por 100.000 habitantes, dos quais mais de 31 estão em hospitais psiquiátricos, isto é cerca de um quarto da densidade nos países da OCDE em média, com mais de 160 leitos de saúde mental por 100.000 habitantes, dos quais mais de 186 estão em hospitais psiquiátricos. Somente Barbados no LAC26 tem uma densidade de leitos de saúde mental maior do que a média da OCDE, com mais de 190 leitos por 100.000 habitantes. Bolívia, Guatemala, Haiti e Venezuela têm menos de 3 leitos de saúde mental por cada 100.000 habitantes (Figura 5.10).

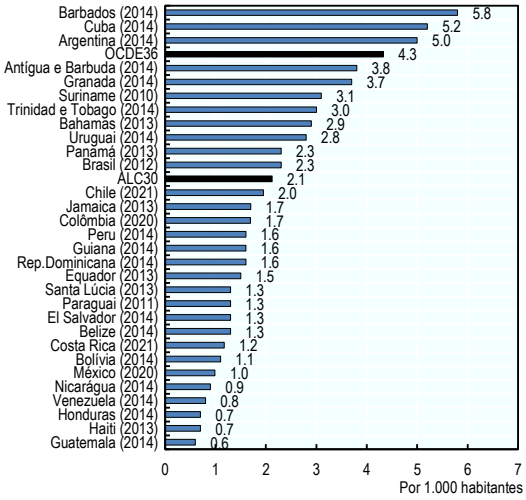
Definição e comparabilidade

Todos os leitos hospitalares incluem aqueles para cuidados agudos e crônicos/longo prazo, tanto no setor público como no privado. Uma alta é definida como a liberação de um paciente que tenha ficado pelo menos uma noite no hospital. Ela inclui mortes no hospital após atendimento hospitalar, mas geralmente exclui as mesmas separações de um dia . As taxas de alta apresentadas não são padronizadas para a idade , não considerando as diferenças na estrutura etária da população entre os países. Os números reportados para DMH referem-se ao número de dias que os pacientes passam a noite em uma instituição de internação- de cuidados agudos. DMH é geralmente medido dividindo o número total de dias de internação de todos os pacientes em instituições de internação de cuidados agudos durante um ano pelo número de internações ou altas. Há variações consideráveis na forma como os países definem e computam os cuidados agudos. Na maioria das vezes, as altas e os dados de DMH na região da ALC cobrem apenas as instituições do setor público.

Referências

Rojas-García, A. et al. (2017), “Impact and experiences of delayed discharge: A mixed-studies systematic review”, *Health Expectations*, Vol. 21/1, pp. 41-56, https://doi.org/10.1111/hex.12619. [1]

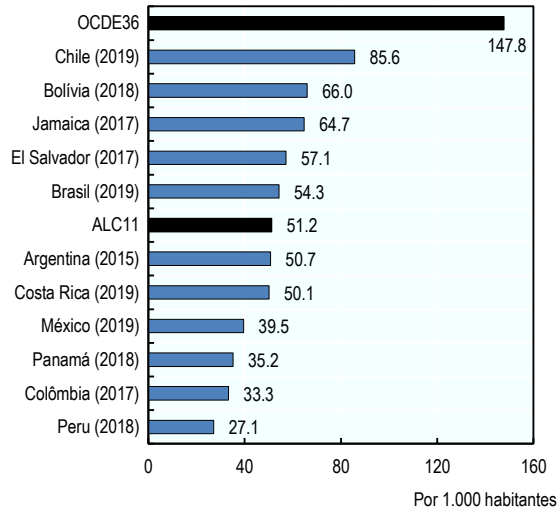
Figura 5.7. Leitos hospitalares por 1.000 habitantes, último ano disponível



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE 2022; Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial 2022.

StatLink https://stat.link/ky2hpf

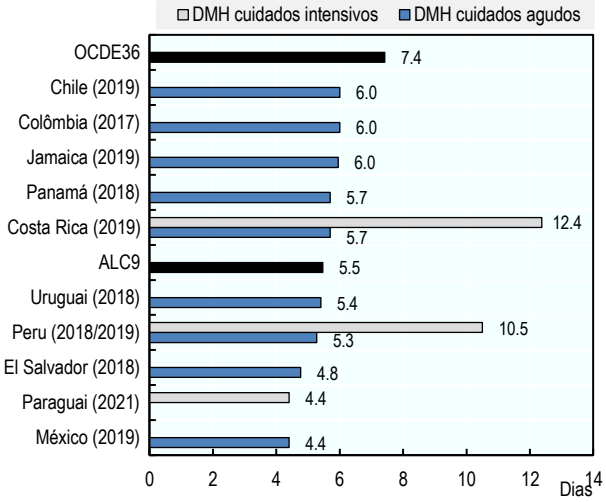
Figura 5.8. Altas hospitalares por 1.000 habitantes, último ano disponível



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE 2022; Fontes nacionais.

StatLink https://stat.link/znium4

Figura 5.9. Duração média da hospitalização para atendimento agudo, último ano disponível

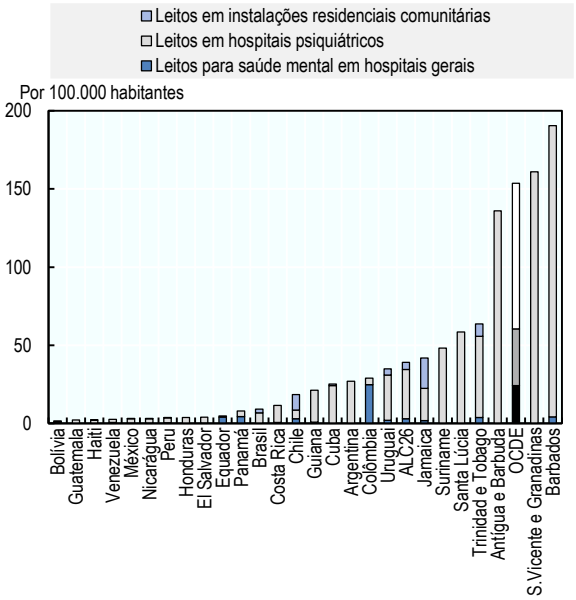


1. A maioria dos países só relata dados de estabelecimentos de saúde pública. O Chile reporta dados para todas as hospitalizações.
2. As médias para OCDE e LAC são para ALOS para cuidados agudos.

Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE 2022; questionário da OCDE dos países.

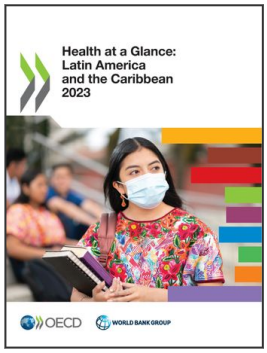
StatLink https://stat.link/geftpd

Figura 5.10. Leitos de saúde mental, por 100.000 habitantes, 2016 ou último ano disponível



Fonte: Atlas de Saúde Mental 2020 da OMS.

StatLink https://stat.link/7fn5cz



From:

Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023

Access the complete publication at:
https://doi.org/10.1787/532b0e2d-en

Please cite this chapter as:

OECD/The World Bank (2023), "Cuidados hospitalares", in *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023*, OECD Publishing, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/c396a08f-pt

This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area. Extracts from publications may be subject to additional disclaimers, which are set out in the complete version of the publication, available at the link provided.

The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at http://www.oecd.org/termsandconditions.