

**Sesión 6 - Salud y mortalidad**  
**6.3. Factores de riesgo en la salud**  
**6.2. La transición epidemiológica en América Latina**

**Índice de inequidades en salud en los países de América Latina. Año 2008 a 2010<sup>1</sup>**

**Autoras**

Doris Cardona Arango<sup>2</sup>

Laura Débora Acosta<sup>3</sup>

Carola Leticia Bertone<sup>4</sup>

**Resumen**

Actualmente, la medición de las inequidades en salud es una exigencia de la salud pública, y representa una herramienta válida para proponer medidas paliativas. La diferencia fundamental entre inequidades y desigualdades reside en que el primer concepto lleva implícito la injusticia social y la evitabilidad. Sin embargo, la medición de desigualdades representa el primer paso hacia la identificación de inequidades en salud; por esta razón, en este trabajo, se pretende identificar los países de América Latina y el Caribe que registraron una mayor desigualdad, como aproximación al concepto de inequidad en salud, entre los años 2008 y 2010. Para ello se diseñó un estudio ecológico, descriptivo que, utilizando indicadores publicados por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial de 29 países de la región, construyó el Índice de Inequidades en Salud (INIQUIS). Alguno de los indicadores usados fueron: esperanza de vida al nacer, acceso a agua potable, partos atendidos por profesionales, número de camas, coberturas de vacunación y gastos en

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Montevideo, Uruguay, del 23 al 26 de octubre de 2012.

<sup>2</sup> Ph.D en Demografía, docente Universidad CES, Medellín – Colombia, Grupo de Investigación Observatorio de la Salud Pública. Dirección Calle 10A, 22-04, teléfono 574-4440555 ext.1445, dirección electrónica [dcardona@ces.edu.co](mailto:dcardona@ces.edu.co)

<sup>3</sup> Doctoranda en Demografía, Centro de Investigaciones y Estudios de la Cultura y Sociedad (CIECS) unidad ejecutora CONICET, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

<sup>4</sup> Doctoranda en Demografía, Centro de Investigaciones y Estudios de la Cultura y Sociedad (CIECS) unidad ejecutora CONICET, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

salud per cápita. Según el índice calculado, catorce países registran las mayores desigualdades en salud, por encima de la media de la región, siendo los cinco más desfavorecidos: Haití, Guatemala, Venezuela, Bolivia, Honduras.

**Palabras claves.** Inequidad en salud, América Latina

## **Introducción**

Whitehead (1992) definió la inequidad en salud, hace 20 años, como las diferencias en salud, innecesarias, evitables e injustas. Más tarde, Braveman & Gruskin, (2003) consideran que su antónimo, la equidad, puede ser definida como la ausencia de disparidades sistemáticas en salud entre grupos sociales que se diferencian entre ellos por distinto nivel de poder, bienestar o prestigio social. Por su parte la Sociedad Internacional para la Equidad en Salud (International Society for Equity in Health, Incorporated, 2000) la definió como un valor ético basado en el principio de justicia distributiva y en concordancia con los principios de derechos humanos, pero advierte que hay que perder la ilusión de que pueda ser resuelto por la ética universal. Y agrega que las inequidades en salud pudieran estar dadas entre grupos poblacionales –definidos social, económica, demográfica y/o geográficamente– en desventaja de unos respecto de los otros, particularmente respecto a la salud, siendo esta última la esencia del bienestar y la superación de otros efectos de las desventajas sociales (International Society for Equity in Health, Incorporated, 2000).

Además las diferencias entre estos grupos deben ser sistemáticas y potencialmente remediabiles en uno o más aspectos de la salud – educación, nutrición y condiciones de vida– (International Society for Equity in Health, Incorporated, 2000). En tal sentido, equidad es un concepto más cercano a la noción de justicia distributiva como respuesta a necesidades y demandas de esas poblaciones (González-Pérez, Vega-López, Cabrera-Pivaral, Romero-Valle, & Vega-López, 2011).

Metzger (1996) afina que el término desigualdad, a diferencia de inequidad es un término puramente descriptivo que no acepta valoraciones morales. Entre las concepciones filosóficas y ético-valorativas, Linares-Pérez & López-Arellano (2008) citando a Meter & Evans, 2002 comenta:

“el enfoque *rawlsiano* sitúa el objeto de la equidad en salud en el contexto de una búsqueda más amplia de justicia social. La premisa fundamental de este

enfoque es que las desigualdades sociales en salud son injustas porque se deben a una división del trabajo en la sociedad, que coloca a determinados grupos de personas en desventaja, no sólo económica, social y política, sino también en lo que se refiere a sus posibilidades de conservar la salud” (pág. 248).

La equidad en salud, desde esta perspectiva no trata sólo la salud y mucho menos debe ser reducida a la distribución de la asistencia sanitaria, sino que debe ser entendida desde un ámbito multidimensional, cuya concepción ayuda a comprender la justicia social (Sen, 2002).

Evaluar las inequidades involucra evaluar lo que es o no es justo en una sociedad, de modo que se hace necesario un juicio de valores (Kawachi, Subramanian, & Almeida-Filho, 2002). A su vez este depende de “la teoría de la justicia que se adopte y por consiguiente del concepto políticonormativo que lo oriente” (Linares-Pérez & López-Arellano, 2008, pág. 252). Sin embargo, medir las desigualdades en las condiciones de vida y salud constituye el primer paso hacia la identificación de inequidades en el campo de la salud (Schneider M. C., y otros, 2002).

En este documento, se entenderá entonces que las desigualdades económicas y sociales son injustas, dejando grupos poblacionales sin posibilidad de conservar la salud y por ende morir. Por ello se pretende identificar en los países de América Latina, los que registraron una mayor desigualdad como aproximación al concepto de inequidad en salud, en los años 2008 a 2010.

### **Antecedentes**

Existen numerosos autores que han desarrollado sus trabajos en torno a las desigualdades e inequidades en Latinoamérica y el Caribe, en este apartado se realizará un breve descripción de algunos de ellos.

Almeida-Filho (1999, 2003) realizó una revisión exhaustiva de la bibliografía sobre desigualdades en salud en relación a las condiciones de vida, en la región desde el año 1970 hasta fines del siglo pasado. Frente a la amplia variedad de publicaciones científicas, el autor agrupó los estudios en cinco categorías: a) trabajos de carácter epistemológico-conceptual; b) investigaciones concebidas para obtener pruebas empíricas sobre las

relaciones entre mortalidad, morbilidad y situación socioeconómica entre grupos; c) estudios sobre las relaciones entre lo social, la situación en salud y las formas y modelos de asistencia sanitaria, incluidas las categorías estructurales de los procesos determinantes de carácter histórico-social, como género, etnia, clase social, entre otros; d) investigaciones sobre las respuestas sociales en el campo de las prácticas de salud.

En lo que respecta a los trabajos empíricos sobre las relaciones en morbilidad, mortalidad y situación socioeconómica los mismos utilizan diversas metodologías. Almeida-Filho (1999) indica que se las pueden agrupar en cuatro categorías, de acuerdo al tipo de indicadores utilizados: I) indicadores directos de primer nivel (medidas simples de parámetros, como renta, patrón de consumo, escolaridad, ocupación, mortalidad infantil, entre otros); II) indicadores de tendencia de parámetros (por ejemplo variación de la renta, variación anual de la mortalidad infantil), III) indicadores de relación de desigualdad – Curva de Lorenz, Coeficiente de Gini, indicadores de desigualdad relativa: razón de medias de puntos extremos, razón de medianas de conglomerados extremos, razón de medianas por decil–; IV) indicadores directos de segundo nivel –medidas de tendencia de los indicadores de desigualdad, medidas de la relación de esos indicadores, medidas de inequidad de los determinantes, medidas de inequidad en los resultados–.

En relación a estudios empíricos que han utilizado indicadores directos de primer nivel, se encuentra el trabajo de De Maio (2011). En este se analiza la carga de enfermedades no transmisibles en países de Latinoamérica, destacando diferencias entre indicadores como los Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP) o tasas de mortalidad por causa estandarizadas por edad. El autor resalta que el abordaje en base a la justicia social es necesario en la idea de equidad en salud, lo cual debería ser el núcleo de atención en esta área. Concluye señalando la importancia de ampliar los indicadores de salud promedio en los países, con indicadores de inequidad que permitan observar las brechas en salud.

Knaul *et al.* (2011) realizaron un análisis comparativo de gastos catastróficos en salud en doce países de América Latina y el Caribe, utilizando encuestas de hogares. Se observó que los gastos catastróficos variaron de 1 a 25%. En general, la residencia rural, el bajo nivel de ingresos, la presencia de adultos mayores y la carencia de aseguramiento en salud en los hogares se asocian con una mayor propensión de sufrir gastos catastróficos en

salud. Existió una alta heterogeneidad, permitiendo evaluar las características del sistema de salud de cada país.

Otro trabajo que utiliza indicadores directos de primer nivel (London *et al.*, 2009), evalúa la vinculación entre salud, ingreso y educación en América Latina. En él se señala que existe una importante vinculación entre el posicionamiento relativo de los diferentes países en todas las variables. Esto fortalece la idea de que, a pesar de realizar grandes esfuerzos en los sectores sanitarios, de no existir una mejora en las condiciones socioeconómicas de las poblaciones, no se alcanzará la meta de la equidad en salud en la región.

Un grupo distinto de estudios son los que analizan la tendencia de diversos indicadores relacionados con la salud, en los indicadores de inequidad, como el elaborado por Naciones Unidas (2008) con base en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Eslava-Schmalbach *et al.* (2008) también elaboraron un índice con base en los ODM, el cual aplicaron a más de 90 países del mundo. En su construcción se utilizaron seis variables: desnutrición infantil, mortalidad infantil, muertes por malaria en niños de 0 a 4 años, muerte por malaria en todas las edades, nacimientos atendidos por personal de salud capacitado e inmunización contra el sarampión. El índice tuvo alta correlación con el índice de desarrollo humano, el índice de pobreza y el coeficiente de Gini.

Por último, se encuentran los trabajos que analizan las inequidades en salud en base a indicadores más complejos. Alleyne *et al.* (2002), analizaron la inequidad en salud entre los países de América Latina y el Caribe aplicando los métodos utilizados más frecuentemente –mediciones de efecto, riesgo atribuible poblacional, índice de desigualdad de la pendiente, índice relativo de desigualdad e índice de concentración–. El trabajo identificó grandes disparidades en la salud de esos pueblos. Los autores concluyeron que el análisis de las desigualdades en salud basadas en el uso de diversos métodos destaca la existencia de importantes disparidades entre las subregiones y entre países americanos, que no son fácilmente detectables cuando solo se utilizan los métodos más tradicionales para el análisis de la morbilidad y mortalidad.

Al respecto, Schneider *et al.* (2002), indica que cada uno de los métodos de medición de desigualdades en salud, posee ventajas y desventajas, y son aplicables para medir desigualdades de diferentes tipos y a distintos niveles de análisis.

Recientemente, Allanson *et al.* (2012) desarrollaron un índice de inequidad complejo que utiliza datos longitudinales. Este indicador provee una descomposición del cambio del índice de concentración entre dos períodos.

Otro índice utilizado en los últimos años (López Pardo, 2007) es el Índice de Inequidades en Salud (INIQUIS), el cual es considerado un índice sintético, es decir aquellos que resumen indicadores simples. Fue propuesto para la medición de desigualdades en salud entre países o en cualquier escala de territorios. El índice está compuesto por diversos indicadores seleccionados sustentado en reglas de inclusión definidas a partir de un conjunto mayor de indicadores.

En el próximo apartado se describen la metodología y los indicadores utilizados para la evaluación de la desigualdad en América Latina y el Caribe con el propósito de hacer un aporte a los estados de la región para la elaboración de políticas públicas tendientes a mitigar las inequidades existentes, y garantizar con ello, el derecho a la salud de sus pueblos.

### **Objetivo**

Este trabajo pretende identificar los países de América Latina y el Caribe que registraron una mayor desigualdad, como aproximación al concepto de inequidad en salud, entre los años 2008 y 2010.

### **Métodos**

Para el logro del objetivo se realizó un estudio ecológico descriptivo a partir de fuentes de datos secundarias. Se utilizaron indicadores calculados por organismos internacionales desde el 2008 al 2010 considerados como determinantes proximales de la salud, de 29 países de la América Latina y el Caribe. Con ellos se construyó el Índice de Inequidades en Salud (INIQUIS), el cual surge de la necesidad de medir de manera sintética las desigualdades en salud, considerando que ellas derivan de desigualdades económicas, sociales, laborales y sanitarias, entre otras.

Los datos fueron procesados en el software EPIDAT, versión 3.1, desarrollado por la Dirección Xeral de Saúde Pública de la Consellería de Sanidade (Xunta de Galicia) en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS), en el año 2006.

Éste permite hacer un uso eficiente de las herramientas cuantitativas principales existentes para evaluar la eficacia de las pruebas diagnósticas mediante la construcción de índices y medidas de eficacia y contribuir a su uso racional.

Para obtener el INIQUIS, inicialmente, se requiere definir cuáles son los indicadores que deben incorporarse en el índice y cuál es el peso que cada uno de ellos debe tener. La OMS propone incorporar dos aspectos básicos: “identificar la existencia de desigualdades, maximizando las diferencias entre unidades de observación, y utilizar el menor número posible de indicadores, limitando la correlación entre ellos” (Hervada *et al.*, 2005, pág. 18). De manera que el conjunto de indicadores usados, se relacionaron con la salud (Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011 de la OMS), con lo económico y con lo social (Indicadores del Banco Mundial de 2008-2010).

El índice partió de la esperanza de vida (definida como indicador inicial y que forma parte del índice) y va incorporando otros indicadores basándose en la identificación de aquellos que sean "distantes" e "incorrelacionados". Es decir, “utiliza un procedimiento para medición de distancias euclidianas promedio entre indicadores y el coeficiente de correlación de rangos de Spearman” (Hervada *et al.*, 2005, pág. 18). Así, el software realiza, de forma automática, el proceso iterativo y proporciona el índice final de inequidad, además del listado de indicadores que finalmente lo integran.

Los índices utilizados en este trabajo fueron:

Indicador	Descripción	Año	Unidad	Fuente
EV	Esperanza de vida al nacer	2009	Años	OMS
TMI	Tasa de mortalidad de menores de 1 año (probabilidad de morir antes de cumplir 1 año)	2009	Tasa por 1.000 nacidos vivos	OMS
TMC	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (probabilidad de morir antes de cumplir 5 años)	2009	Tasa por 1.000 nacidos vivos	OMS
RMM	Razón de mortalidad materna	2008	Tasa por 100.000 nacidos vivos	OMS
P	Partos atendidos por personal de salud cualificado	2000-2010	Proporción	OMS
VS	Cobertura de la inmunización en sarampión en niños de 1 año	2009	Proporción	OMS
AG	Población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable	2008	Proporción	OMS
MED	Médicos (densidad)	2000-2010	Tasa por 10.000 habitantes	OMS
CAM	Número de camas hospitalarias	2000-2009	Tasa por 10.000 habitantes	OMS
PIB	Gasto en salud (% del PIB)	2010	Proporción	BM

PER	Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio promedio	2008	US\$ per cápita	OMS
TGF	Tasa total de fecundidad	2010	Número de hijos por mujer	BM
OMS: Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales, año 2011				
BM: Banco Mundial. Indicadores de salud, año 2010				

Es preciso comentar que el método de cálculo del INIQUIS opera con los valores de las inequidades relativas<sup>5</sup> en lugar de los valores iniciales que toma cada indicador, con lo que se consigue “estandarizar” el rango de variación de los indicadores, de modo que todos tomen valores entre 0 y 1. Por consiguiente, se debe especificar el sentido del indicador. Verbigracia, un mayor valor de la tasa mortalidad infantil refleja una peor situación; esto lo convierte en un indicador “negativo”. Por el contrario, el porcentaje de personas con acceso a agua potable sería un indicador de sentido “positivo” debido a que un mayor porcentaje representa una mejor condición sanitaria.

Por otra parte, el valor del INIQUIS en una unidad geográfica representa la distancia media a las unidades geográficas con mejor situación en términos de los indicadores que integran el índice. De modo que éste toma valores de 0 a 1 en cada país. Los valores próximos a uno (1) indican una peor situación y valores próximos a cero (0) corresponden a la mejor situación, sin embargo “la interpretación del índice debe hacerse en términos relativos” entre los valores máximos y mínimos conseguidos en cada caso particular. Por ejemplo, si en un conjunto de países el índice toma valores entre 0,2 y 0,8, un valor de 0,7 no tiene valor en sí mismo, y no debe tomarse como una mala situación de salud, sino que la situación de ese país es de las peores en relación a otros países (Hervada *et al.*, 2005, pág. 19).

En este caso, el fin último del INIQUIS obtenido es discriminar los países que registran más desigualdades, visualizando de esta forma aquellos en los que las intervenciones son más urgentes y necesarias, y no el de evaluar las gestiones que cada país realiza en materia de salud.

Vale aclarar que debe tenerse en cuenta la cobertura y calidad de la información disponible de cada país, que a su vez, puede ser evidencia de las desigualdades; y es

---

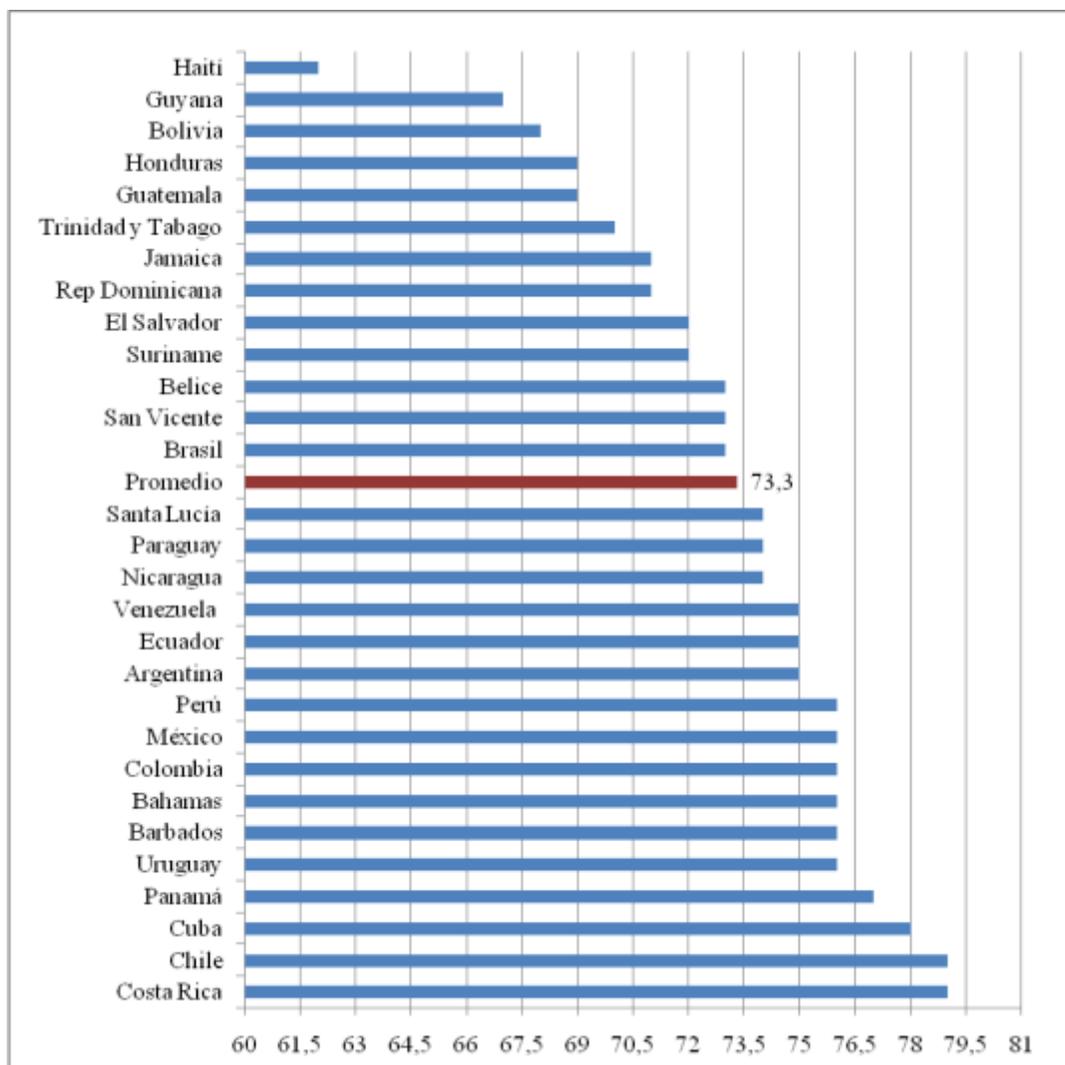
<sup>5</sup> Es una medida de cuánto dista el valor de un indicador en una unidad geográfica, en términos relativos, del mejor valor alcanzado entre las restantes unidades (Hervada *et al.*, 2005, pág.19).

importante explicar que la selección de los indicadores estuvo sujeta a la disponibilidad de los datos.

## Resultados

En esta parte se describirán brevemente los indicadores utilizados en el trabajo y se expondrán los coeficientes de correlación; posteriormente se procederá a exponer los resultados obtenidos del método aplicado.

Figura 1  
**Esperanza de vida al nacer, en ambos sexos. América Latina y el Caribe, 2009.**



Fuente: OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales, año 2011

El promedio de la esperanza de vida al nacimiento de los 29 países de América Latina y el Caribe incluidos en el análisis, fue de 73,7 años, siendo la menor de 62 años (Haití) y la mayor de 79 años (Costa Rica). Trece países de la región están por debajo del promedio. Los cinco países con las menores expectativas de vida fueron: Haití, Guyana, Bolivia, Guatemala y Honduras. Por el contrario, los cinco con las mayores esperanzas de vida al nacimiento fueron, en orden decreciente: Costa Rica, Chile, Cuba, Panamá y Uruguay (ver Figura 1). Hay que recordar que es el indicador inicial aplicado al programa para obtener el índice de inequidad en salud.

Cabe destacar que tres de los indicadores usados en este trabajo, están contemplados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); valores altos de éstos indican situaciones desfavorables en las condiciones de salud de las poblaciones. Se trata de la tasa de mortalidad infantil (TMI), la tasa de mortalidad de los menores de 5 años y la razón de mortalidad materna.

Respecto a la tasa de mortalidad infantil, se observa una gran heterogeneidad puesto que va desde 64 defunciones de niños menores de un año por mil nacidos vivos en Haití, al fallecimiento de 5 niños cubanos menores de un año de edad por cada mil nacimientos en el mismo año. Vale aclarar, que la TMI promedio en la región es de 19,2 por cada mil nacidos vivos; en este sentido, 11 países están por encima: Haití, Bolivia, Guatemala, Trinidad y Tobago, Guyana, República Dominicana, Jamaica, Honduras, Suriname, Nicaragua y Ecuador (ver Tabla 1).

Por otra parte, la tasa de mortalidad promedio de los menores de cinco años por cada mil nacidos vivos, fue de 23,1 y los países que superan esta medición coinciden en su orden con los registrados en la TMI, registrándose entre 87 y 6 (ver Tabla 1).

La razón de mortalidad materna para América Latina y el Caribe fue de 92,7 por cada cien mil nacidos vivos. Superan este indicador 15 países, de los cuales Haití, Guyana, Bolivia, Ecuador y El Salvador son los lugares donde el riesgo es mayor; mientras que en Chile, Uruguay, Costa Rica, Bahamas y Cuba el riesgo es menor. Este indicador podría estar relacionado con la disminución en la tasa de fecundidad, que se ubica en 2,3 hijos por mujer. Siete países están por debajo del nivel de reemplazo: Cuba, Trinidad y Tobago, Barbados, Costa Rica, Brasil, Chile y Bahamas. Por el contrario, Guatemala (4,0), Haití,

Bolivia, Honduras y Paraguay tienen una mayor tasa global de fecundidad (TGF) (ver Tabla 1).

Tabla 1

**Indicadores de mortalidad y fecundidad. América Latina y el Caribe, 2009**

País	Esperanza de vida al nacer	Tasa de mortalidad infantil*	Razón de mortalidad materna**	Tasa de mortalidad < 5 años*	Tasa global de fecundidad
Costa Rica	79	10	44	11	1,8
Chile	79	7	26	8	1,9
Cuba	78	5	53	6	1,5
Panamá	77	16	71	23	2,5
Perú	76	19	98	21	2,5
Colombia	76	16	85	19	2,1
México	76	15	85	17	2,3
Uruguay	76	11	27	13	2,0
Barbados	76	10	64	11	1,6
Bahamas	76	8	49	12	1,9
Ecuador	75	20	140	24	2,5
Venezuela	75	15	68	17	2,5
Argentina	75	13	70	15	2,2
Nicaragua	74	22	100	26	2,6
Paraguay	74	19	95	23	3,0
Santa Lucía	74	11	-	12	2,1
San Vicente	73	19	-	20	2,0
Brasil	73	17	58	21	1,8
Belice	73	16	94	18	2,8
Suriname	72	24	100	26	2,3
El Salvador	72	15	110	17	2,3
Rep	71	27	100	32	2,6
Jamaica	71	26	89	31	2,3
Trinidad_Tob	70	31	55	35	1,6
Guatemala	69	33	110	40	4,0
Honduras	69	25	110	30	3,1
Bolivia	68	40	180	51	3,3
Guyana	67	29	270	35	2,3
Haití	62	64	300	87	3,3

\* Tasa por 1000 nacidos vivos

\*\* Tasa por 100.000 nacidos vivos

Fuente: OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales, año 2011

La esperanza de vida también podría estar explicada por la inversión que cada país hace para la salud de sus habitantes y por el gasto en salud per cápita. Según los indicadores del Banco Mundial, en el año 2010, los países que más porcentaje del producto interno bruto (PIB) invirtieron en salud fueron: Costa Rica, Cuba, Nicaragua, Brasil y San Vicente, y los que menos invirtieron fueron: Santa Lucía, Bolivia, Jamaica, Venezuela y Perú (ver Tabla 2).

Ahora bien, los países con menor gasto per cápita en salud del año 2008, fueron a su vez aquellos con una situación más desfavorable, ellos fueron: Haití, Bolivia, Nicaragua, Honduras y Guyana. Por su parte, los países con mayor gasto per cápita en salud fueron: Bahamas, Barbados, Trinidad y Tobago, Chile y Uruguay (Tabla 2).

Otro de los indicadores que podría evidenciar las desigualdades en salud y explicar el por qué de una menor esperanza de vida al nacer, es el porcentaje de población con acceso a agua potable en el año 2008. Los países con un porcentaje inferior al 90% fueron ocho, encabezados por Haití, Perú y Nicaragua (Tabla 2).

En relación a la proporción de partos atendidos por personal calificado entre el año 2000 y el 2010, nueve países de la región no superan una cobertura del 90% –Haití, Guatemala, Honduras, Bolivia, Nicaragua, Perú, Guyana, El Salvador y Panamá–.

Los recursos con los que cuentan los países para brindar una mejor atención sanitaria fueron analizados a partir de los indicadores proximales, como el número de médicos y de camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes. Según las estadísticas de la OMS, los países que registraron una mayor densidad de médicos por habitante en el decenio 2000-2009 fueron: Cuba, Uruguay, Argentina, México y Venezuela. Por su parte, el mayor número de camas por cada diez mil habitantes lo registró Barbados (76) y el menor lo registró Guatemala (6). (Tabla 2).

En cuanto a la cobertura por inmunización en sarampión en niños menores de 1 año, los menores porcentajes se observaron en Haití, Ecuador y República Dominicana. El resto de los países tuvieron una cobertura mayor al 80%. Por último, con respecto a la proporción de partos atendidos por personal de salud calificado, se observó que Haití y Bolivia presentaron los menores valores (Tabla 2).

Tabla 2

**Indicadores de recursos sanitarios y saneamiento. América Latina y el Caribe, 2009**

País	Gasto en salud (% del PIB)*	Gasto en salud per cápita <sup>Φ</sup>	Porcentaje de Población con agua potable	Médicos <sup>#</sup>	Camas hospitalarias <sup>#</sup>
Costa Rica	10,9	618	97	13,2	12
Cuba	10,6	672	94	64	59
Nicaragua	9,1	105	85	3,7	9
Brasil	9,0	721	97	17,2	24
San Vicente	8,7	407	98	4,7	14

Uruguay	8,4	725	100	37,4	29
Argentina	8,1	610	97	31,6	41
Panamá	8,1	493	93	15	22
Ecuador	8,1	231	94	14,8	15
Barbados	8,0	974	100	18,1	76
Chile	8,0	762	96	10,9	21
Bahamas	7,9	1481	-	-	31
Colombia	7,6	317	92	13,5	10
Suriname	7,0	423	93	4,5	31
Haití	6,9	40	63		13
El Salvador	6,9	217	87	16	11
Guatemala	6,9	184	94	-	6
Honduras	6,8	121	86	5,7	8
México	6,3	588	94	28,9	16
Rep. Domin	6,2	261	86	18,8	10
Guyana	6,1	122	94	4,8	19
Paraguay	5,9	161	86	11,1	13
Trinidad y Tob.	5,7	908	94	11,8	25
Belice	5,2	202	99	8,3	11
Perú	5,1	200	82	9,2	15
Venezuela	4,9	597	-	19,4	13
Jamaica	4,8	256	94	8,5	17
Bolivia	4,8	78	86	12,2	11
Santa Lucía	4,5	279	-	7,5	30

\* Indicadores Banco Mundial

# Por cada 10.000 Habitantes

φ Al tipo de cambio promedio (US\$)

Fuente: OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales, año 2011

Ya presentados los indicadores utilizados, se procederá a exponer la correlación entre los indicadores analizados y la esperanza de vida, usando el coeficiente de Spearman, por no registrar un comportamiento normal (ver Tabla 3).

La densidad de médicos por habitantes, camas hospitalarias por habitantes y el porcentaje de población con acceso a fuentes mejoradas de agua potable, presentaron una baja correlación. Por su parte, la esperanza de vida al nacer tuvo un fuerte pero inverso grado de correlación con la tasa de mortalidad infantil. Lógicamente un mayor riesgo de morir antes de cumplir el primer año de vida disminuye la expectativa de vida del país. Así mismo, la correlación inversa se mantuvo con otros indicadores, como la tasa de mortalidad en menores de cinco años y la razón de mortalidad materna (ver Tabla 3).

Los partos atendidos por personal de salud cualificado, el gasto en salud per cápita y el porcentaje del PIB invertido en el gasto en salud presentaron un grado de correlación moderada con la esperanza de vida. De todos los indicadores, solo la cobertura de la inmunización contra sarampión en niños de un año de edad no resultó significativa (ver Tabla 3).

Tabla 3

**Coefficientes de correlación de los indicadores de salud seleccionados con la esperanza de vida. América Latina y el Caribe, 2009**

<b>Indicador</b>	<b>Esperanza de vida en correlación con:</b>	<b>Coefficiente de correlación de Spearman</b>	<b>Valor p</b>
TMI	Tasa de mortalidad de menores de 1 año	-0,876	0,000
TMC	Tasa de mortalidad de menores de 5 años	-0,855	0,000
RMM	Razón de mortalidad materna	-0,794	0,000
PER	Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio promedio	0,691	0,000
P	Partos atendidos por personal de salud cualificado	0,628	0,000
PIB	Gasto en salud (% del PIB)	0,576	0,001
TGF	Tasa global de fecundidad	-0,565	0,001
MED	Médicos por cada 10.000 Habitantes	0,510	0,006
CAM	Número de camas hospitalarias por cada 10.000 Habitantes	0,466	0,008
AG	Porcentaje de población con fuentes mejoradas de agua potable	0,470	0,012
VS	Cobertura de la inmunización en sarampión en niños de 1 año	0,010	0,957*

\* Valor no significativo de p ( $p > 0.05$ )

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales, año 2011

### **Índice de inequidades en salud**

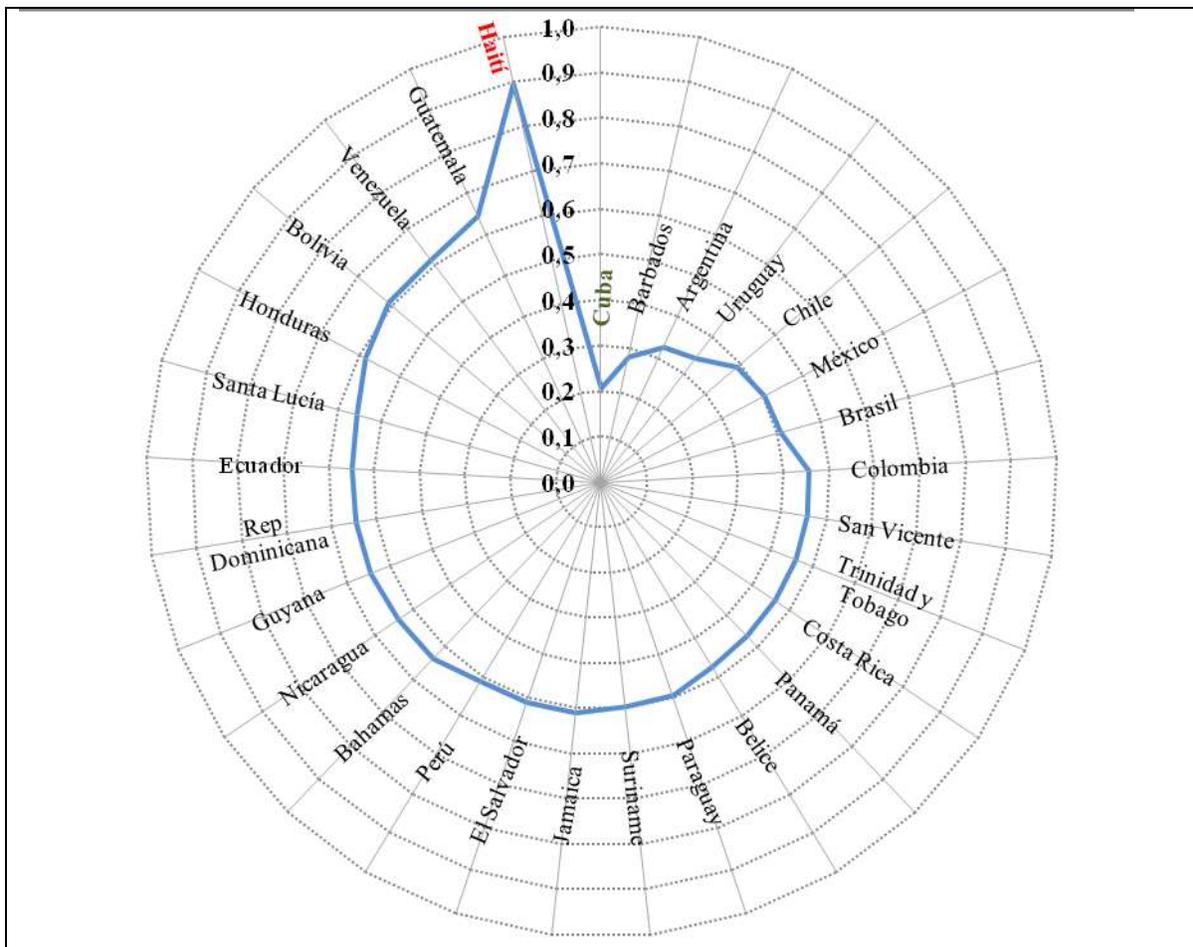
Según el índice de inequidades en salud, los cinco países con las peores situaciones respecto a la salud de sus poblaciones son: Haití, Guatemala, Venezuela, Bolivia y Honduras. En contraposición, los cinco países con la situación más favorable son: Cuba, Barbados, Argentina, Uruguay y Chile (ver Figura 2).

Los resultados indican que 14 de los 29 países de América Latina y el Caribe presentan una situación por debajo de la media de la región (valores superiores a 0,50). Cuba es el único país de la región que está por debajo de 0,25 (menor inequidad en salud) y Haití es el único que está por encima del 0,75, lo que indica que es el país que tiene la mayor inequidad en salud en la región (ver Figura 2).

De Suramérica, los países con mayor inequidad, según este indicador, son: Venezuela, Bolivia, Ecuador, Guyana y Perú. Mientras que de Centroamérica, los países en

una situación más desfavorable son: Guatemala, Honduras, Nicaragua y El Salvador. Por último, en el Caribe, sobresalen las islas de Haití, Santa Lucía, República Dominicana, Bahamas y Jamaica (ver de Figura 2).

Figura 2  
**Índice de inequidades en salud (INIQUIS), según esperanza de vida al nacer de los países seleccionados. América Latina y el Caribe, 2009**



Fuente: OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales, año 2011

### Discusión

Antes de continuar se debe hacer mención a que este estudio no consideró evaluar las desigualdades al interior de cada país de América Latina y el Caribe, ni de realizar un juicio de valor respecto a las desigualdades entre ellos. Así, en el caso por ejemplo de México, país que dentro de la región posee una situación favorable, ubicándose en la sexta posición luego de Cuba, Barbados, Argentina, Uruguay y Chile; se ha observado en los trabajos de

González-Pérez et al (2008) y Linares Pérez et al (2009) que existen grandes desigualdades en los indicadores de salud -medidos a través del índice INIQUIS- al interior de los estados de México. Situación similar podría suceder en otros países.

En cuanto a las limitaciones de la metodología de este trabajo, como se menciona anteriormente, la calidad y disponibilidad de los datos para la construcción del INIQUIS constituye una de las principales, y pueden a su vez llevar implícitas desigualdades. Por otra parte, si bien, la ventaja fundamental de éste consiste en su capacidad de resumir y plasmar en un indicador único las desigualdades; otra de sus desventajas surge de este mismo hecho: “al sintetizar se pierde la capacidad de indicar cuáles son los aspectos sobre los que hay que definir y formular programas específicos para mejorar la salud” (Hervada et al., 2005, pág. 24). De modo que este trabajo no pretende recomendar a los países ninguna acción específica sino realizar un llamado de atención a los organismos encargados de orientar dichas medidas en pos de disminuir las desigualdades e inequidades existentes en América Latina y el Caribe, como una forma de garantizar a todos los latinoamericanos el derecho a la salud. Al respecto Montoya (1997) coincide en que la salud también pertenece a la batería de los derechos naturales, y señala que la equidad en salud es parte de los derechos civiles.

La salud interactúa a modo de realimentación positiva con otros bienes sociales de forma que posibilita la utilización y aprovechamiento de bienes (Martínez, Rodríguez, & Agudelo, 2001 y Sen, 2002). Retomando lo que planteara la International Society for Equity in Health, Incorporated (2000), la salud es la esencia del bienestar y la superación de otros efectos de las desventajas sociales.

Las desigualdades se hallan presentes en todas las dimensiones de la vida cotidiana de los latinoamericanos, e interactúan entre sí generando un círculo que generan una limitante en el desarrollo de la región (Kliksberg, 2005). El mismo autor (Kliksberg; 2006-2007), remarca que América Latina y el Caribe es la región del mundo que presenta mayores desigualdades en salud, las cuales tienen su origen en la pobreza existente en el territorio. En efecto, la distribución de la riqueza en América Latina y el Caribe es la más inequitativa del mundo (Alleyne, et al; 2001). Así, la equidad en salud forma parte de “una función de redistribución más general, dirigida a compensar o atenuar las desigualdades sociales” (Linares, 2008, pág. 249).

Con respecto a los resultados obtenidos en el presente trabajo, López Pardo, en su trabajo “Inequidades en los determinantes de la salud: un obstáculo para el cumplimiento de las metas del milenio”, en el que aplicó una metodología similar para evaluar las desigualdades de algunos países latinoamericanos entre 2001 y 2005, llegó a la conclusión que “las abismales diferencias de los determinantes conlleva a que naciones relativamente cercanas difieran en sus expectativas de vida al nacer en más de 10 años. Particularmente (...) entre Cuba y Haití (...)” (López Pardo, s/f, pág. 22). De forma que coincide con lo hallado en este análisis, varios años después; es decir, las condiciones de inequidad se conservan en el tiempo, a pesar de hacerse el llamado de diferentes formas y en diferentes épocas.

En el informe de la ONU (2008) “Objetivos de Desarrollo del Milenio: la progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe”, indica que si bien en las últimas décadas las condiciones de la población de América Latina y el Caribe ha mejorado significativamente, lo cual ha repercutido de manera positiva en los indicadores de salud de la Región; estos cambios no han sido iguales para todos los países y por consiguiente no alcanzan para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la región. Por lo tanto, “la situación revela la necesidad ineludible de mejorar la equidad y de ampliar la protección social en materia de salud”. Almeida (2002), explica que el escaso avance en la disminución de las desigualdades injustas en la región, se puede atribuir a las reformas en el sector salud implementadas en algunos países, las cuales han tenido un impacto negativo en términos de equidad. Algunos resultados positivos de estos procesos se diluyen por los nuevos problemas suscitados por las propias reformas.

Las evidencias de las desigualdades en salud son fundamentales para definir las acciones, por parte de los niveles de decisión política, orientadas a disminuirlas y eventualmente eliminarlas. Los mismos métodos pueden ser instrumentados para el monitoreo de la situación en el futuro (Alleyne et al; 2001). Por lo tanto, el indicador INIQUIS utilizado en el presente trabajo resulta de interés como herramienta de monitoreo de las desigualdades y evaluación de las políticas implementadas en la región.

## **Conclusiones**

Hecha las aclaraciones sobre las limitaciones en el apartado anterior, el INIQUIS resulta útil para resumir en un indicador único las desigualdades, con lo cual se pudo confirmar mediante esta metodología, lo señalado por diversos autores (Torres & Mújica, 2004 y Alleyne, 2002; Kliksberg, 2005; y otros): la región presenta, aún hoy, grandes desigualdades en salud, siendo Cuba el país mejor posicionado en relación a los indicadores de salud y Haití el peor posicionado.

La construcción del indicador resulta útil para monitorear el avance o retroceso en la disminución de las desigualdades de la región, que como ya se vio, se conservan las desigualdades en el tiempo y pudieran deberse a inequidades, pero también es un aporte metodológico en la medición de resultados en salud, para la elaboración de políticas públicas tendientes a mitigar las inequidades existentes, y garantizar con ello, el derecho a la salud de sus pueblos.

Catorce países presentan un índice superior a la media de la región: Haití, Guatemala, Venezuela, Bolivia, Honduras, lo que equivale a una peor situación de salud o con mayores inequidades en salud, en relación al resto de países. En contraposición, los cinco países con la situación de salud más favorable son: Cuba, Barbados, Argentina, Uruguay y Chile.

Estos resultados pudieran estar explicados por muchas razones, una de ellas podría ser la menor inversión en salud, según el porcentaje del PIB y el gasto per capita en salud. Según los indicadores utilizados, los países que más invirtieron en la salud de sus poblaciones, fueron: Costa Rica, Cuba, Nicaragua, Brasil y San Vicente, e invirtieron menos: Santa Lucía, Bolivia, Jamaica, Venezuela y Perú. El menor gasto per cápita en salud del año 2008, fue para: Haití, Bolivia, Nicaragua, Honduras y Guyana.

Llama la atención países como Venezuela que no registraba indicadores simples, por debajo de muchos otros países de la Región, es el quinto en la razón de médicos por diez mil habitantes, pero una vez se hace el cálculo del INIQUIS, ocupa la tercera posición entre los menos favorecidos por debajo de Bolivia, Honduras, Ecuador y Nicaragua y otros, también por debajo de la media de América Latina y el Caribe.

Vale anotar, que existen diferencias importantes en los indicadores de salud de los países de la región, dentro de cada uno de ellos también existen inequidades que deben ser

analizadas, según las condiciones al interior de cada país, se evidencian desigualdades injustas al comparar los países entre sí y la reducción de estas brechas en salud corresponde a otros sectores, que superan la capacidad y la inversión en el sector salud, pero ellas evidencian la injusticia social para sus pobladores.

Los países más desfavorecidos en los indicadores de mortalidad, en general presentaron también los peores indicadores de recursos de salud y saneamiento. Por otra parte, los países que presentaron indicadores más favorables con respecto a los indicadores analizados fueron más heterogéneos, por lo cual el INIQUIS permitió resumir en un solo índice el posicionamiento de cada país dentro de la región.

Se concluye que las condiciones económicas y sociales de los países, determinan el estado de salud de sus poblaciones y para ello realizan acciones que disminuyan las desigualdades que se presentan en su interior. Mostrar cuales aspectos genera una mayor inequidad en salud, permitirá focalizar recursos, priorizar necesidades y formular políticas públicas. Estos hallazgos tendrán su implicación en el mejoramiento de las condiciones de salud de los habitantes de la Región, al mostrar en cuales países las desigualdades son injustas, derivadas en otros sectores diferentes al de salud.

## **Bibliografía**

- Allanson, Paul; Petrie, Dennis (2012). On the choice of health inequality measure for the longitudinal analysis of income-related health inequalities *Health Economics* (en prensa) Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.2803/pdf>  
Accedido: 12/04/2012.
- Alleyne GAO; Castillo-Salgado C, Schneider MC; Mujica OJ; Loyola E; Vidaurre M. (2001) La medición de las desigualdades en salud: algunos ejemplos de la región de las Américas. *Equity and health: views from the Panamerican Sanitary Boureau*. OPS, Washington DC: 69-75.
- Alleyne, George. (2002). *La equidad y la meta de salud para todos*. OMS, OPS. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Alleyne, George; Castillo-Salgado, Carlos; Schneider, María Cristina; Loyola, Enrique; Vidaurre, Manuel (2002). Overview of social inequalities in health in the region of

- Americas, using various methodological approaches *Revista Panamericana de Salud Pública*; 12 (6): 388-397.
- Almeida C (2002). Reforma de los sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*; 18 (4): 905-925. Almeida-Filho, Naomar (1999). *Desigualdades en salud en función a las condiciones de vida: Análisis de la producción científica en América Latina y el Caribe y bibliografía anotada*. Proyecto ELAC N° 19. Organización Panamericana de Salud, Washington D.C.
- Almeida-Filho, Naomar (2003). Research on health inequalities in Latin America and Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *American Journal of Public Health*; 93 (12): 2037-2043.
- Álvarez Castaño, L. S. (2005). El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* , 18 (2), 129-135.
- Banco Mundial (2010). Indicadores Banco Mundial [Internet]. Datos. [citado 2012 abr 15]. Available a partir de: <http://datos.bancomundial.org/indicador>
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* (57), 254–258.
- Consellería de Sanidade · Servizo Galego de Saúde. Xunta de Galicia. (s.f.). *Espazo de Saúde*. Recuperado el 30 de Abril de 2012, de [www.sergas.es](http://www.sergas.es): [http://www.sergas.es/MostrarContidos\\_N3\\_T01.aspx?IdPaxina=62723](http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=62723)
- De Maio, Fernando G. (2011). Understanding chronic non-communicable diseases in Latin-America: towards and equity-based research agenda. *Globalization and Health*; 7:36-44.
- Eslava-Schmalbach J; Alfonso H; Oliveros H; Gaitán H; Agudelo C (2008). A new inequity-in-health index based on Millennium Development Goals: Methodology and validation. *Journal of Clinical Epidemiology*; 61: 142-150.
- González-Pérez, G. J., Vega-López, M. G., Cabrera-Pivaral, C. E., Romero-Valle, S., & Vega-López, A. (2011). Contexto demográfico, desigualdad social e inequidad en salud de la niñez en México. *Rev. salud pública* , 13 (1), 41-53.

- González-Pérez, GJ; Vega-López, MG; Romello-Valle, S; Vega-López, A; Cabrera Pivaral, CE (2008). Exclusión social e inequidad en salud en México: un análisis socioespacial. *Rev. Salud Pública*; 10 (1): 15-28.
- Hervada,X; Santiago,MI; Vázquez,E; Castillo,C; Loyola,E; Silva,LC (2005). *Programa para análisis epidemiológico de datos tabulados EPIDAT, versión 3,1*. España: Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia (España); Organización Panamericana de la Salud; Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (Cuba). <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.2803/pdf> Accedido 04/04/12.
- [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100012&lng=en&nrm=iso). Accedido 02/05/2012.
- International Society for Equity in Health, Incorporated. (30 de Junio de 2000). *International Society for Equity in Health (ISEQH)*. Recuperado el 18 de Abril de 2012, de <http://www.iseqh.org/>
- Kawachi, I., Subramanian, S., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *J. Epidemiol Community Health* (56), 647-52.
- Kliksberg, B. (2002). La Inequidad En El Campo De La Salud Pública En América Latina: Una Cuestion Crucial. *Economía Y Sociedad* (19), 93 -108
- Kliksberg, B. (2005). América Latina: La región más desigual de todas. *Revista de Ciencias Sociales (VE)* 6 (3), 411-421.
- Kliksberg, B. (2006-2007). Desigualdade, Saúde Pública e Ética: o caso Latino-Americano. *Ethos Gubernamental*; 4: 155-186.
- Knaul, Felicia Marie; Wong, Rebeca; Arreola-Orleans, Héctor; Méndez, Oscar (2011). Household catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean countries. *Salud Pública de México*; 53 (sup. 2): s85-s95.
- Linares-Pérez, N., & López-Arellano, O. (2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social*, 3 (3), 247-259.
- Linares-Pérez, N; López Arellano, O (2009). Los efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México, 1995-2002. *Salud Colectiva*; 5 (2): 237-257.

- London, Silvia; Temporelli, Karina; Monterubblanesi, Pablo (2009). Vinculación entre salud, ingreso y educación. Un análisis comparativo para América Latina. *Economía y Sociedad*; XIV (23): 125-146.ç
- López Pardo CM. (2007). La medición del estado de salud de la población y su relación con los determinantes. *Revista Cubana de Salud Pública*; 33 (1). Disponible en:
- López Pardo, Cándido. Inequidades En Los Determinantes De La Salud: Un Obstáculo Para El Cumplimiento De Las Metas Del Milenio. Recuperado el 30 de Abril en: <http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Destaque145.pdf>
- Martínez, P., Rodríguez, L., & Agudelo, C. (2001). *Equidad en la política de reforma del sistema de salud*. (T.-T. M, Ed.) Bogotá, Colombia.
- Meter, F., & Evans, T. (2002). *Dimensiones éticas de la equidad*. Washington DC: Fundación Rockefeller/Organización Panamericana de la Salud.
- Metzger, X. (1996). *Conceptualización e indicadores para el término equidad y su aplicación en el campo de la salud*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- MI Santiago Pérez<sup>1</sup>, M López Ratón<sup>1</sup>, E Vázquez Fernández<sup>2</sup>, LC Silva Ayçaguer<sup>3</sup>, X Hervada Vidal<sup>1</sup>. Epidat 3.1: Una herramienta INFORMÁTICA para el análisis epidemiológico de datos tabulados. *VI Congreso Internacional de Informática en Salud*. La Habana, Cuba 12-16 de Febrero de 2007. Recuperado el 30 de Abril de 2012 de: <http://www.informatica2007.sld.cu/Members/molora/epidat-3-1-una-herramienta-informatica-para-el-analisis-epidemiologico-de-datos-tabulados/>
- Montoya, C. (1997). La equidad. Usos del concepto como criterios de progreso. *Cuadernos Médicos Sociales*, 38 (1), 6-12.
- Naciones Unidas (2008). *Objetivos de Desarrollo del Milenio: La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- Organización Mundial De La Salud (2011). Estadísticas sanitarias mundiales 2011/ World Health Statistics 2011. Ginebra: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (Agosto de 2007). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 19 de Abril de 2012, de Nota descriptiva N°323: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html> Organization, World

- Health. (19-22 de Junio de 1946). Constitution of the World Health. *Official Records of the World Health Organization* (2. New York, New York, E.E.U.U.
- Schneider, M. C., Castillo-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., Vidaurre, M., y otros. (2002). Métodos de medición. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* , 12 (6).
- Schneider, M., Castillo-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Vidaurre, M., Mujica, O., y otros. (2002). Métodos de medición de las desigualdades. *Rev Panam Salud Pública* , 12 (6), 398-414.
- Schneider, María Cristina; Castillo-Salgado, Carlos; Bacallao, Jorge; Loyola, Enrique; Mujica, Oscar J.; Vidaurre, Manuel; Roca, Anne (2002). Métodos de medición de las desigualdades en salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 12 (6): 398-415.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 11 (5/6).
- Torres, C., & Mújica, O. J. (2004). Salud, equidad y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 15 (6), 430-439.
- Whitehead, M. (1992). The Concept and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services* (22), 429-45.