

La situación de salud en la Región de las Américas

Durante la última década la situación de salud en las Américas ha seguido mejorando de manera continua. Esto responde a diversos factores sociales, ambientales, culturales y tecnológicos favorables, así como a la mayor disponibilidad de servicios de atención de salud y de programas de salud pública. Sin embargo, esta mejoría no ha tenido igual

Info

información

Para la OPS, la búsqueda de la equidad en salud no es solamente una cuestión teórica sino un marco concreto para la cooperación con los países.

intensidad y empuje en todos los países, ni en todos los grupos humanos de un mismo país. El análisis de la información sanitaria es fundamental para identificar y cuantificar las desigualdades en materia de salud y constituye una preocupación constante de la Secretaría de la OPS. Diversas publicaciones de la OPS (1-4) documentan estas desigualdades. Este informe anual describe los esfuerzos realizados para mejorar conceptual, metodológica e instrumentalmente la información para el análisis de la situación de salud en la Región de las Américas.

Disminuir las desigualdades y hacer realidad la meta de salud para todos en el mediano plazo constituye un desafío para los Gobiernos, la OMS, la OPS y otros organismos que actúan en este campo. La búsqueda de la equidad en salud es fundamental en la Región de las Américas, en particular en América Latina y el Caribe, que tienen la distribución del ingreso más inequitativa del mundo (5).

Hablar de desigualdad no es lo mismo que hablar de inequidad; esta última incorpora en su concepto el valor de justicia. La inequidad es una desigualdad injusta que podría ser evitada, de ahí su importancia para las esferas de decisión. Para calificar una situación desigual como inequitativa es necesario conocer sus causas determinantes y formarse un juicio sobre la justicia de dichas causas. ¿Cuáles son las causas de la inequidad en salud en la Región de las Américas? Aunque esta importante cuestión es materia de reflexión y debate, no constituye el objetivo central del presente informe.

Este capítulo se dedica al análisis de la situación de salud en la Región y a la medición de las desigualdades en salud. Medir las desigualdades, es decir obtener pruebas objetivas de las diferencias en las condiciones de vida y salud, es el primer paso para identificar las inequidades en salud. Los términos desigualdad (en su acepción inglesa "inequality") e inequidad ("inequity") se usan indistintamente en esta sección en un sentido descriptivo, pues no se discute aquí si las diferencias encontradas entre grupos socioeconómicos son injustas o no.

Luego del análisis de las tendencias generales de la situación actual de salud se presenta una sección que examina diversos indicadores propuestos para la medición de la inequidad en salud. La metodología se complementa con pruebas empíricas sobre la distribución de la inequidad en los países de la Región, principalmente haciendo uso del Sistema de Información de Datos Básicos de Salud de la OPS.¹ Debe tenerse en cuenta que los resultados de los análisis con datos nacionales agregados, como los que se emplean en este capítulo, tienen como limitación principal el riesgo de suponer que los resultados encontrados en las poblaciones (agregados) se aplican o reproducen

¹Este sistema comprende un conjunto de datos e indicadores demográficos, socioeconómicos, de mortalidad y morbilidad y de recursos, acceso y cobertura de servicios de salud de los países y territorios de la Región de las Américas; está basado en información proporcionada por los países y fuentes del Sistema de Naciones Unidas, es mantenido por la OPS y se disemina por vía electrónica (www.paho.org) e impresa, en un resumen anual (6).

La situación de salud

por igual en los individuos (falacia ecológica). Este abordaje metodológico es una primera aproximación que puede resultar de gran utilidad para las esferas de decisión de la Región en la búsqueda de desigualdades en salud, el análisis de la inequidad y la formulación de políticas orientadas hacia la equidad.

Para la OPS, la búsqueda de la equidad en salud no es solamente una cuestión teórica sino un marco concreto para la cooperación con los países. Medir y monitorear las desigualdades en salud es de fundamental importancia para la toma de decisiones, pues la equidad en salud constituye un imperativo para el desarrollo económico regional. La cooperación técnica con los países debe concentrarse en la identificación de las inequidades en salud y en la definición de estrategias efectivas para reducirlas y, finalmente, eliminarlas.

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico

Como ya se mencionó, comparada con otras regiones del mundo la Región de las Américas es la más inequitativa en términos de distribución del ingreso per cápita (figura 1). En 1990, el 20% más rico de la población de América Latina concentraba el 52,4% de los ingresos totales, mientras que el 20% más pobre recibía solo el 4,5% del total del ingreso (razón: 11,6). En contraste, en los países altamente industrializados y de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y de Europa del Este, las fracciones para los quintiles más rico y más pobre fueron 39,8% y 6,3% (razón: 6,3) y 37,8% y 8,8% (razón: 4,3), respectivamente.

Por otra parte, la marcada inequidad en el ingreso que se observa en América Latina ha tenido una tendencia creciente. La razón de ingreso entre el 1% más rico y el 1% más pobre pasó de 363:1 en 1970 a 417:1 en 1995 (figura 2), aun cuando se considera el valor ajustado por el poder adquisitivo de la moneda o valor PAM. En el decenio de 1980, coincidiendo con la crisis económica de entonces, la razón de ingreso bajó a 237:1, mientras que la recuperación económica observada posteriormente fue seguida de una concentración desproporcionada de los ingresos en el sector más rico de la población.

Entre los países de la Región, el valor del producto nacional bruto per cápita ajustado por el PAM para 1996 mostró una variación muy amplia, con un rango de US\$ 1.130 en Haití a US\$ 28.020 en los Estados Unidos de América.²

²Los valores PAM se expresan en dólares "internacionales": un dólar internacional tiene el mismo poder adquisitivo de un dólar estadounidense en los Estados Unidos de América.

La distribución del ingreso en América Latina y el Caribe es la más inequitativa del mundo.

Contexto demográfico

La Región de las Américas, en especial las subregiones de América Latina y el Caribe, continúa experimentando cambios demográficos y epidemiológicos propios de las sociedades en transición. Todos los países presentan un proceso de envejecimiento de la población, descenso de las tasas de fecundidad y rápida urbanización de sus poblaciones.

Entre la primera mitad de la década pasada y la segunda mitad de los años noventa, la esperanza de vida al nacer en la Región aumentó de 69,2 a 72,4 años. Para el período 1995–2000, la esperanza de vida estimada en América del Norte es de 76,9 años, mientras que en América Latina y el Caribe es de 69,8. En todas las subregiones del continente la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres.

Como resultado de diferentes estrategias, la fecundidad disminuyó en las Américas entre 1980 y 1995. Las tasas de fecundidad descendieron en promedio un 19%, aunque en algunas subregiones, como América Central, el Área Andina y México, aún duplican las de América del Norte. En este período la tasa global de fecundidad disminuyó de 3 a 2,4 hijos por mujer. En los países de la Región las tasas de fecundidad oscilaron entre 5 y más hijos y menos de 2 entre 1990 y 1995 (figura 3). El crecimiento promedio anual de la población se ha desacelerado desde 1980, pasando del 1,6% al 1,3% en 1995. A pesar de la disminución, algunos países del Caribe, de América Central y del Cono Sur aún tienen tasas superiores al 2,5%.

La urbanización está modificando el perfil demográfico en la Región de las Américas, lo que repercute tanto en la salud como en los servicios de salud. Este fenómeno se ha incrementado entre 1980 y 1995 como resultado tanto del crecimiento natural como de la migración rural-urbana en procura de trabajo y mejores condiciones de vida. En 1980 la población rural de las Américas representaba el 31% del total, con un mínimo del 20% en el Cono Sur y un máximo del 58% en América Central. La tendencia estimada para el año 2000 señala que la población rural representará el 24% del total, el 15% en el Cono Sur y el 52% en América Central. En la figura 4 se presenta la distribución desigual de este indicador en países de las Américas en 1996, con un margen de variación entre 80% y más, y menos de 20%.

Contexto ambiental

Se estima que en 1997 alrededor del 80% de la población de las Américas contaba con abastecimiento de agua potable por conexión domiciliaria o de fácil acceso, con un margen de variación entre 91% en América del Norte y 67% en América Central. El 70% de la población de las Américas tiene acceso a agua desinfectada, lo que representa un avance enorme en relación con el 20% que la obtenía hace 10 años. No obstante los progresos experimentados en las últimas décadas, en las zonas rurales de los países de las Américas se observan diferencias de

Medir las
desigualdades
constituye el primer
paso para identificar
las inequidades en
salud.

cobertura que oscilan entre más del 80% y menos del 20% alrededor de 1995 (figura 5).

El déficit en la disposición sanitaria de aguas residuales y de excreta es todavía muy acusado, aunque se redujo de un 35% en 1980 a un 24% en 1997. La cobertura en las subregiones muestra diferencias importantes que van desde un mínimo de 67% en el Área Andina y el Brasil hasta un máximo de 94% en el Caribe no Latino. Si bien ha habido progresos en materia de cobertura en la Región, solo el 10% de las aguas residuales que se recolectan reciben algún tipo de tratamiento previo a su disposición final.

Otros problemas ambientales importantes en la mayoría de los países de la Región son la contaminación de los alimentos, la disposición inadecuada de desechos sólidos, la precariedad de las viviendas y la exposición a accidentes y enfermedades ocupacionales. La Región ha sufrido muchos desastres naturales durante los últimos cinco años, entre ellos los causados por el fenómeno de El Niño y los huracanes Georges y Mitch, que han producido pérdida de vidas y enormes daños materiales.

Mortalidad y morbilidad

Se estima que las tasas de mortalidad infantil habrán descendido de 36,9 a 24,8 por 1.000 nacidos vivos en toda la Región entre 1980–1985 y 1995–2000, y de 55,3 a 35,5 por 1.000 en América Latina y el Caribe. Sin embargo, existe una gran desigualdad en este indicador entre los países de la Región. Por ejemplo, al clasificar los países en cinco categorías según su producto nacional bruto, el grupo de mayores ingresos (tasa de mortalidad infantil de 7,9 por 1.000) presenta una tasa 8 veces menor que el de menores ingresos (63,0 por 1.000) (figura 6).

Entre 1980 y 1994, pese al aumento de la población y del total de defunciones, hubo una disminución de más del 20% en el número de años potenciales de vida perdidos en toda la Región, es decir, una disminución de las muertes prematuras (las ocurridas antes de los 75 años de edad). Aunque parte de este cambio puede atribuirse al envejecimiento de la población, su causa principal fue la reducción de la mortalidad en los primeros años de vida, sobre todo la debida a enfermedades transmisibles. Sin embargo, la intensidad y la velocidad de la reducción no fue homogénea en todos los países, y las desigualdades entre ellos se mantuvieron y en algunos casos se ampliaron. Actualmente, las enfermedades no transmisibles explican alrededor de dos tercios de la mortalidad general en América Latina y el Caribe.

Alrededor de la mitad de los 1,6 millones de casos de sida notificados en el mundo desde el comienzo de la epidemia a inicios de los años ochenta le corresponde a las Américas.

Después de una ausencia de casi un siglo, el cólera volvió a la Región en 1991 y 21 países han informado cerca de 1,2 millones de casos

Solamente el 76% de la población de las Américas tiene acceso a disposición sanitaria de aguas residuales y de excreta.

**Entre 1980 y 1994
hubo una disminución
de más del 20%
en el número de
años potenciales
de vida perdidos en
toda la Región.**

desde el inicio de la epidemia. Sin embargo, los 18.000 casos informados en 1997 representaron alrededor del 5% del número notificado en 1991 (figura 7). En 1998 hubo un recrudecimiento de la incidencia de cólera, sobre todo en el Área Andina y en América Central, vinculado a problemas de agua asociados con fenómenos climáticos y condiciones socioeconómicas precarias. Esto ha significado un aumento de más de 39.000 casos con respecto a 1997. El resurgimiento exige intervenciones sectoriales e intersectoriales sostenidas.

El dengue, el dengue hemorrágico y otras enfermedades transmitidas por vectores todavía se presentan en forma epidémica en muchos países de la Región. La emergencia de nuevos agentes patógenos y enfermedades, la reemergencia de problemas como la tuberculosis, y la resistencia a los antibióticos ponen de relieve la necesidad de mantener y perfeccionar los sistemas de vigilancia de enfermedades y factores de riesgo.

Se observa una reducción del bajo peso para la edad y del bajo peso para la talla, sobre todo en las edades infantiles. Sin embargo, la prevalencia de baja talla para la edad de origen nutricional, que refleja períodos de nutrición inadecuada, es muy alta, y en algunos países alcanza a cerca del 50% de los niños preescolares y escolares. La obesidad, expresada en exceso de peso para la talla, presenta un ascenso acelerado en la Región, sobre todo en los grupos de nivel socioeconómico más bajo, en las zonas urbanas y en la población de mujeres. La obesidad, erróneamente concebida como un problema nutricional de "exceso", puede coexistir con deficiencias específicas de micronutrientes como el hierro, el ácido fólico y el zinc, lo que complica su manejo preventivo y curativo.

Aunque la deficiencia de yodo y de vitamina A se ha ido reduciendo en forma paulatina, la deficiencia de hierro sigue siendo el problema nutricional más prevalente, sobre todo en niños preescolares y en mujeres en edad fértil.

La repercusión en la salud pública de ciertos problemas sociales, como los accidentes y las distintas formas de violencia, incluida la familiar, constituye una preocupación para las autoridades sanitarias nacionales. Asimismo, la morbilidad creciente por trastornos mentales y la morbimortalidad asociada con el tabaquismo y el alcoholismo están creando la necesidad de fortalecer los programas preventivos en prácticamente todos los países de la Región.

MEDICIÓN DE LA INEQUIDAD EN SALUD EN LAS AMÉRICAS

La medición de la inequidad en salud es un tema de creciente interés, particularmente en dos campos de aplicación: la situación de salud y el acceso y uso de los servicios de salud. Los indicadores empleados en

este informe para medir la inequidad en la situación de salud utilizan datos de morbilidad, mortalidad y factores asociados con el estado de salud contenidos en el Sistema de Información Técnica de la OPS. Para la medición de la inequidad en salud existen revisiones metodológicas importantes, como las de Mackenbach y Kunst (7,8) y las de Wagstaff, Paci y Van Doorslaer (9). En el análisis de las inequidades en los servicios de salud, los indicadores incorporan dimensiones asociadas con los conceptos de necesidad, acceso, eficacia, efectividad y calidad de vida.

Se han sugerido como características recomendables de un indicador de inequidad las siguientes: 1) que refleje la dimensión socioeconómica de las inequidades en salud, es decir, que estas estén sistemáticamente relacionadas con el estado socioeconómico; 2) que refleje la experiencia de la población en su conjunto, es decir, que el indicador use la información disponible de todos los grupos de la población, y 3) que sea sensible a los cambios en la distribución y tamaño de la población a lo largo de la escala socioeconómica (9).

De acuerdo con la metodología que aquí se utiliza, el análisis de las desigualdades en salud se basa en la comparación de indicadores y medidas estratificados con arreglo al estado socioeconómico de los países. Desde esta perspectiva, la salud constituye una parte sustantiva de las condiciones socioeconómicas de los países. La comparación de la situación de salud entre grupos socioeconómicos se expresa tanto en términos absolutos (es decir, en unidades de magnitud de las desigualdades) como relativos (es decir, en relación con un valor de referencia). Estas comparaciones expresan el *efecto* de las desigualdades socioeconómicas en la situación sanitaria de la población o su *impacto total* sobre la salud considerando la magnitud de dichas desigualdades en las poblaciones de los países de las Américas. Esto último conlleva importantes implicaciones para la toma de decisiones y la formulación de políticas públicas orientadas hacia la equidad en salud.

Efecto de las desigualdades en materia de salud

Documentar el efecto directo de las desigualdades socioeconómicas sobre la salud en la población es un objetivo de gran importancia en la OPS para la definición de políticas públicas intrasectoriales orientadas hacia la equidad en salud.

Los indicadores de efecto son frecuentemente utilizados para documentar la presencia de inequidades en salud. El Informe Black (10), trabajo pionero de los años ochenta, describió la presencia de desigualdades en la mortalidad por clase social en Inglaterra usando indicadores de efecto. En el presente informe, los diversos indicadores de efecto permiten expresar la desigualdad absoluta y relativa existente entre países de la Región.

Se cuantifica aquí la magnitud relativa y absoluta del efecto de las desigualdades en la mortalidad materna en la subregión del Cono Sur

Un buen indicador para medir la inequidad en salud debe incluir la dimensión socioeconómica, reflejar la experiencia de la población en su conjunto y considerar los cambios en la distribución de la población en la escala socioeconómica.

La diferencia de esperanza de vida al nacer entre los países de mejor y peor situación socioeconómica fue de 9,5 años, lo que significa que en estos últimos las personas viven casi 10 años menos que en los primeros.

para el período comprendido entre 1992 y 1997. La razón de tasas de mortalidad materna entre los países con menor y mayor PNB ajustado por PAM de 1996 fue 4,9 (123/25 por 100.000 nacidos vivos) y la diferencia de tasas, 98 por 100.000 nacidos vivos (figura 8). Esto sugiere que en el país con mayor desventaja socioeconómica de esta subregión las gestantes tienen casi cinco veces más riesgo de morir durante el embarazo, el parto o el puerperio que en el país con mejor estado socioeconómico y que el valor absoluto de esta desigualdad en salud representa 98 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

De manera análoga, para conocer las diferencias existentes en la esperanza de vida al nacer en 1998 entre los países de la Región, se ordenaron los países con más de 500.000 habitantes por el valor PNB ajustado por PAM de 1996 como un indicador socioeconómico y se calculó la mediana de la esperanza de vida del quintil superior e inferior. La mediana de esperanza de vida al nacer en los países que configuraron el quintil con mejor situación socioeconómica fue de 76,0 años, mientras que en los de peor situación socioeconómica fue de 66,5 años (figura 9). El efecto absoluto de las desigualdades entre los grupos extremos de ingreso económico en las Américas sobre la esperanza de vida mediana es de 9,5 años, lo que significa que en la Región los más pobres viven, en término medio, casi 10 años menos que los más ricos.

Algunas medidas de efecto, como las presentadas previamente, solo toman en cuenta las desigualdades entre dos grupos socioeconómicos comparados, ignorando las existentes en los grupos excluidos de la comparación. Para resolver esta limitación, en este capítulo se incluye el "índice de efecto", que considera, mediante análisis de regresión, las diferencias entre todos los grupos de una población de interés. La pendiente de la recta de regresión β representa el índice de efecto absoluto e indica el cambio promedio de la variable de salud por cada unidad de cambio en la variable socioeconómica. Se analizó la situación de la mortalidad infantil y el porcentaje de población con acceso a agua potable, como variable socioeconómica, en países de América Central en 1997. La figura 10 muestra una relación en la que a mayor acceso al agua menor mortalidad infantil. La pendiente β de la regresión, $-0,53$, sugiere que en promedio por cada 1% de aumento en el acceso a agua potable la mortalidad infantil disminuye en 0,5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.

Impacto de las desigualdades en materia de salud

Documentar el impacto total de las desigualdades socioeconómicas en la salud de la población es fundamental para la definición de políticas públicas intersectoriales orientadas hacia la equidad en salud. Se entiende aquí por impacto el efecto que toma en cuenta la extensión de las desigualdades en el estado socioeconómico del conjunto de la población.

Para la medición del impacto total se utilizaron categorías socioeconómicas definidas por cuantiles de población y se adoptó un referente de igualdad. Estos indicadores expresan el efecto “ajustado” de las desigualdades socioeconómicas en la salud de la población tomando en cuenta el tamaño de los grupos socioeconómicos. Como el tamaño y la distribución de los grupos socioeconómicos de situación más desventajosa están influenciados por otros sectores distintos al de salud, tales como los de economía y educación, se considera que las medidas de impacto reflejan el aspecto intersectorialmente modificable de las inequidades en salud.

Uno de los indicadores de impacto total más conocidos en salud es el riesgo atribuible poblacional (relativo y absoluto). Esta importante medida epidemiológica ha sido utilizada en este informe porque permite estimar la proporción reducible en la tasa general de morbilidad o mortalidad que ocurriría si todos los países presentaran la tasa del grupo de países con el nivel socioeconómico más alto. Mientras más se desvíe de cero, más desigualdad existiría y mayor sería el potencial de reducción. Se calculó el riesgo atribuible poblacional porcentual (RAP%) para la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Se utilizó como referencia (grupo con mejor situación) la subregión de América del Norte, donde la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas fue de 0,16 por 1.000 nacidos vivos en 1993; en la Región en su conjunto fue de 2,18 por 1.000 nacidos vivos. El RAP% fue del 92,7%, lo que significa que si todos los países presentaran la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años que muestra la subregión de América del Norte, habría 93% menos defunciones de menores de 5 años por esta causa en la Región.

Por otro lado, se analizaron las desigualdades en la incidencia de tuberculosis en las Américas utilizando los valores de razón de tasas ponderados por el tamaño de la población de cada grupo de comparación. Se utilizó como referencia la subregión de América del Norte (8 casos por 100.000 habitantes). La tasa de incidencia de la tuberculosis del Área Andina fue de 74 por 100.000; la del Cono Sur 35; la del Brasil 55; la de América Central 39; la de México 18; la del Caribe Latino 48, y la del Caribe no Latino 11. Las fracciones de población que cada subregión representa fueron 0,38, 0,13, 0,07, 0,21, 0,04, 0,12, 0,04 y 0,01, respectivamente. Se encontró un RAP% de 76%. Esto sugiere que si los demás países de las Américas tuviesen las tasas de incidencia de tuberculosis de América del Norte, habría 76% menos casos de tuberculosis en la Región.

Tomando como base el análisis de regresión se obtuvieron otras medidas de impacto total en salud, incluyendo el índice de inequidad de la pendiente (IIP) y el índice relativo de inequidad (IRI). De acuerdo con estos índices, se consideraron tanto la situación socioeconómica de los grupos como su proporción poblacional (7). Los grupos se ordenaron de

Si todos los países de las Américas tuviesen las tasas de incidencia de tuberculosis de América del Norte, habría 76% menos casos de tuberculosis en la Región.

En el país más desfavorecido del Caribe mueren 113,1 niños menores de 5 años más por cada 1.000 nacidos vivos que en el país más favorecido. El índice relativo de inequidad fue de 7,41, lo que sugiere que en el país de peor situación socioeconómica mueren casi 8 veces más niños menores de 5 años que en el de mejor situación.

acuerdo con el estado socioeconómico (de mayor a menor desventaja). La pendiente β de la recta de regresión corresponde al IIP y expresa la magnitud de cambio en la variable salud por cada unidad de cambio en la posición relativa en la jerarquía socioeconómica. El IRI representa cuántas veces la tasa de morbilidad del grupo socioeconómico más bajo es mayor que la del grupo socioeconómico más alto. Cuanto mayor sea el valor del índice, mayor será la desigualdad existente entre los grupos estudiados.

Se calcularon el IIP y el IRI para la mortalidad en menores de 5 años en los países del Caribe con más de 150.000 habitantes, considerando la proporción acumulada de la población de nacidos vivos ordenada según su PNB ajustado por PAM de 1997 (figura 11). El país con mejor situación socioeconómica presentó una mortalidad en menores de 5 años de 15,3 por 1.000 nacidos vivos. El país con peor situación socioeconómica tenía una mortalidad de 131 por 1.000 nacidos vivos. En la regresión, el índice de inequidad de la pendiente β fue de $-113,12$. Esto significa que en el país más desfavorecido mueren 113,1 niños menores de 5 años más por cada 1.000 nacidos vivos que en el país con mejores condiciones.

El IRI se obtuvo como el cociente entre el valor β de la regresión y el valor predicho para la situación socioeconómica más alta. El valor obtenido representaría cuántas veces la tasa del grupo socioeconómico más bajo es mayor que la del grupo socioeconómico más alto, tomando en cuenta la experiencia de toda la población. El IRI fue de 7,41, lo que permite interpretar que en el país con menores ingresos del Caribe mueren casi 8 veces más niños menores de 5 años que en el de mayores ingresos.

Dada su relevancia sanitaria, se midió la inequidad en el acceso a agua potable en la Región de las Américas (figura 12). Se utilizó como variable socioeconómica para ordenar los países la agrupación de conglomerados (I-V) de países según su PNB usada en *La salud en las Américas*, edición de 1998 (4). La mejor situación corresponde al Grupo I, con solo el 4,5% de la población sin acceso a agua potable. La peor situación se encontró en el Grupo V, con un 44% de la población sin acceso a agua potable. La β de la regresión encontrada fue de $-33,9$, lo que indica que la población del Grupo V tiene 34% menos acceso a agua potable que la del Grupo I, mientras que el IRI sugiere que en el Grupo I la población tiene 7,2 veces más acceso a agua potable que en el Grupo V.

Medición de desigualdades usando el coeficiente de Gini y el índice de concentración

En esta sección se presenta la medición de las desigualdades utilizando procedimientos que emplean la combinación de indicadores con presentaciones visuales, incluido el uso de índices como el coeficiente de Gini y la curva de Lorenz correspondiente, y otros derivados como el índice y la curva de concentración.

El coeficiente de Gini es una medida de inequidad bastante usada en el campo de la economía, que empieza a aplicarse en el de la salud. Se basa en la curva de Lorenz, una representación gráfica de frecuencia acumulada que compara la distribución de una variable con la distribución uniforme (de igualdad) en la población. Esta distribución uniforme estaría representada por una línea diagonal; cuanto más se distancia la curva de Lorenz de esta línea, mayor es la desigualdad; por tanto, la curva proporciona una forma visual de identificación de inequidades. El ejemplo clásico es la distribución del ingreso en la población. En una situación de igualdad, el ingreso debería estar distribuido uniformemente en la población (línea diagonal). En el caso de la Región de las Américas en 1995 (figura 13), los datos observados muestran una desviación con respecto a esa línea que indica que el 30% más rico de la población acumula alrededor del 60% del ingreso total. El valor del coeficiente de Gini es de 0,33.

En una aplicación específica de la curva de Lorenz al campo de la salud, se graficó la distribución acumulada de casos de cólera en la Región en 1998 (figura 14) y se estimó el coeficiente de Gini. El valor correspondiente de este indicador fue 0,91; de hecho, 3 de cada 4 casos de cólera notificados ese año ocurrieron en un solo país, que representa solo el 3,1% de la población regional. La situación epidemiológica del cólera indica un marcado deterioro, coincidente con los fenómenos climáticos ocurridos a fines de 1997 e inicios de 1998.

Es ampliamente reconocido que las diferencias en salud están mediadas por diferencias en el estado socioeconómico de la población. La aplicación directa de la curva de Lorenz y el coeficiente de Gini al análisis de las desigualdades en salud tiene como limitación que estos indicadores no incluyen la dimensión socioeconómica, pues solo se ordena la población en función de la variable de salud. Esta desventaja se superó en el presente análisis al agrupar jerárquicamente a las poblaciones ordenándolas de menor a mayor ingreso económico (PNB ajustado por PAM). Utilizando este procedimiento se produjeron la curva y el índice de concentración, que permiten distinguir la distribución de la variable de salud incorporando el efecto de la desigualdad socioeconómica (8).

El índice de concentración para la mortalidad infantil en 1997 en la Región de las Américas (figura 15) fue de $-0,319$ y el de mortalidad materna para el período de 1992–1997 (figura 16) fue de $-0,481$. Las correspondientes curvas de concentración están situadas arriba de la línea diagonal, lo que indica una concentración de la mortalidad en los grupos socioeconómicos menos favorecidos. La curva de concentración de la mortalidad infantil sugiere que casi un 35% de las muertes de menores de 1 año se concentran en el 20% de la población de nacidos vivos en peor situación socioeconómica de la Región. Para la mortalidad materna se puede sugerir que en el 20% de la población de nacidos vivos de mejor situación socioeconómica ocurrieron menos del 2% de las muertes maternas.

El 30% más rico de la población de las Américas acumula alrededor del 60% del ingreso total.

El 20% de los nacidos vivos del grupo con mejor situación socioeconómica concentra menos del 2% de las muertes maternas.

También se calculó el índice de concentración ($-0,52$) y se graficó la curva de concentración para los casos de rabia humana en 1997 (figura 17). De allí se desprende que cerca de la mitad de los casos de rabia ocurrió en el 10% de la población más pobre.

Otro enfoque para expresar cuantitativamente la inequidad en salud consistió en utilizar los cinco grupos de ingreso económico en que se clasificaron jerárquicamente los países y territorios de la Región de acuerdo con el valor de su producto nacional bruto, presentados en *La salud en las Américas*, edición de 1998 (4), como variable socioeconómica para el análisis. La figura 18 presenta la distribución del analfabetismo entre la población femenina de las Américas hacia 1995, ordenada según grupos de ingreso (del Grupo V, de menor ingreso, al Grupo I) y representa la curva de concentración para esta variable. La curva muestra una concentración en los grupos con mayor desventaja económica. Alrededor del 70% del analfabetismo femenino se concentra en menos del 40% de la población más pobre de las Américas. El índice de concentración correspondiente es $-0,42$.

La mortalidad por enfermedades cardiovasculares es uno de los principales componentes de la mortalidad general de la población de 45 y más años y representa aproximadamente el 30% de la mortalidad en la Región. Dada su importancia, se analizó la distribución de estas enfermedades con arreglo a grupos socioeconómicos de países. La figura 19 presenta la curva de concentración de la mortalidad para el quinquenio 1990–1995 y, junto con su índice de concentración ($-0,03$), muestra un bajo grado de desigualdad en esta variable durante el período mencionado. Este patrón se mantuvo cuando se analizaron diferentes grupos de edad y distintos períodos. Se han sugerido algunas explicaciones posibles, entre ellas la competencia entre causas de muerte, el efecto de los rápidos cambios de modo de vida en los países más pobres, el efecto de un incremento de la esperanza de vida (o sobrevivida) y el consiguiente aumento del riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares, y un posible efecto debido a la mala certificación de las causas de muerte con predominio de las enfermedades cardiovasculares. Por esta razón se considera que este singular hallazgo, que se repite en otros estudios e incluye a países tan diversos como China, los Estados Unidos de América, la India y México (17), merece un estudio más profundo para definir sus posibles determinantes.

Una tercera situación, la distribución regional de médicos en 1997, presenta un índice de concentración de $+0,18$ y su curva (figura 20) muestra la concentración del recurso en los grupos en mayor ventaja económica: el 40% de la población con mejor ingreso económico cuenta con el 60% de los médicos de la Región.

Información sobre la inequidad en salud como base para la definición de políticas

En la Región de las Américas, alcanzar mayor equidad en salud es un objetivo de la política de los Gobiernos y de la Secretaría de la OPS.

Este objetivo es un elemento imprescindible para el logro de un desarrollo humano sostenible. La dinámica de las transformaciones estructurales emprendidas por los Gobiernos, así como las repercusiones sociales de la inequidad en salud están afianzando esta convicción política. Así, hoy se observa una creciente necesidad de identificar, medir y reducir las desigualdades en las condiciones de vida y en las oportunidades de acceso, utilización y ganancias en salud (12).

Las situaciones de salud documentadas en este capítulo constituyen una aproximación sistemática al análisis de las desigualdades como primer paso para la identificación de inequidades en salud presentes en la Región de las Américas, haciendo uso de datos agregados a nivel de país. Existe una gran disponibilidad de datos agregados, sobre todo de mortalidad y morbilidad, y de otros factores relacionados con la salud considerados prioritarios por los Gobiernos, que pueden ser usados regularmente en los distintos niveles geopolíticos para el análisis de las desigualdades en salud.

La OPS reconoce que la información que se transforma en evidencia de una situación inequitativa en determinado aspecto de salud debe traducirse en acciones de los niveles de decisión política dirigidas a disminuir la inequidad y, finalmente, eliminarla. Como se mencionó al inicio de este capítulo, la calificación de una situación desigual como inequitativa implica al menos establecer valoraciones de justicia, de causa y de necesidad social. La documentación objetiva de las desigualdades en salud es un aspecto fundamental para la definición de dichas acciones y en tal sentido el fortalecimiento de la capacidad analítica de datos e información sobre las inequidades en salud es una condición indispensable. Una vez que se han instrumentado las intervenciones específicas, los mismos métodos de medición y análisis servirán para la vigilancia y evaluación de su impacto en la salud.

La orientación y el alcance de las intervenciones en las condiciones de salud están mediados por valoraciones implícitas en el mismo proceso de medición. Así, la selección del estado de salud del mejor grupo socioeconómico o del valor promedio poblacional como referente de igualdad de un indicador de impacto total de inequidades en salud determinará que la intervención tenga un enfoque maximalista, de mejoría para todos, o conservador, que supone una solución redistributiva para el problema de la inequidad en salud. Por un lado, la decisión de aplicar medidas de impacto exigirá el diseño de políticas intersectoriales y de alcance poblacional para maximizar su efectividad. Por el otro, el uso de medidas de efecto requerirá intervenciones selectivas, de mayor nivel intrasectorial en salud, en los grupos menos favorecidos.

Para la Organización Panamericana de la Salud el análisis de la inequidad en salud y la definición de políticas equitativas tienen especial importancia, tanto para responder a su mandato constitucional como para establecer prioridades en materia de cooperación técnica. En la Región de las Américas el mejoramiento de la situación de salud, la recuperación económica, el fortalecimiento de la democracia y de la

En la actualidad se observa una creciente necesidad de identificar, medir y reducir las desigualdades en las condiciones de vida y en las oportunidades de acceso y utilización de los servicios de salud.

Disminuir las desigualdades en el mediano plazo constituye un desafío para los Gobiernos, la OMS, la OPS y otros organismos que actúan en este campo.

sociedad civil, y la integración subregional ponen en evidencia su legítima aspiración al desarrollo, así como el enorme capital humano con el que podemos actuar exitosamente sobre los determinantes de las inequidades en salud.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*, edición de 1994, vol. I. Washington, DC: OPS; 1994. (Publicación Científica No. 549).
2. Organización Panamericana de la Salud. *Informe Anual del Director 1995. En busca de la equidad*. Washington, DC: OPS; 1996. (Documento Oficial No. 277).
3. Organización Panamericana de la Salud. *Informe Anual del Director 1996. Gente sana en entornos saludables*. Washington, DC: OPS; 1997. (Documento Oficial No. 283).
4. Organización Panamericana de la Salud. *La salud en las Américas*, edición de 1998, vol. I. Washington, DC: OPS; 1998. (Publicación Científica No. 569).
5. Deininger K, Squire L. A new data set measuring income inequality. *The World Bank Economic Review* 1996;10(3).
6. Organización Panamericana de la Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, Programa Análisis de la Situación de Salud. *Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 1998*. Washington, DC: OPS; 1999. (OPS/HDP/HDA/98.01).
7. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with examples from Europe. *Soc Sci Med* 1997;44(6).
8. Kunst AE, Mackenbach JP. *Measuring socioeconomic inequalities in health*. Geneva: World Health Organization; 1994. (EUR/ICP/RPD 416).
9. Wagstaff A, Paci P, Van Doorslaer E. On the measurement of inequality in health. *Soc Sci Med* 1991;33(5).
10. Townsend P, Davidson N. The Black Report. En: Townsend P, Davidson N, eds. *Inequalities in health*. London: Penguin Books; 1988.
11. Murray CJL, Lopez AD. Estimating causes of death: new methods and global and regional applications. En: Murray CJL, Lopez AD, eds. *The global burden of disease*. Geneva: World Health Organization; 1996:118–200.
12. Alleyne GAO. La salud en el marco de reducción de la pobreza. 5ta. Reunión del Foro Permanente para la Aplicación de la Estrategia de Cooperación al Desarrollo. Lima: Organización Panamericana de la Salud; 1998. (OPS/PER/99.03).

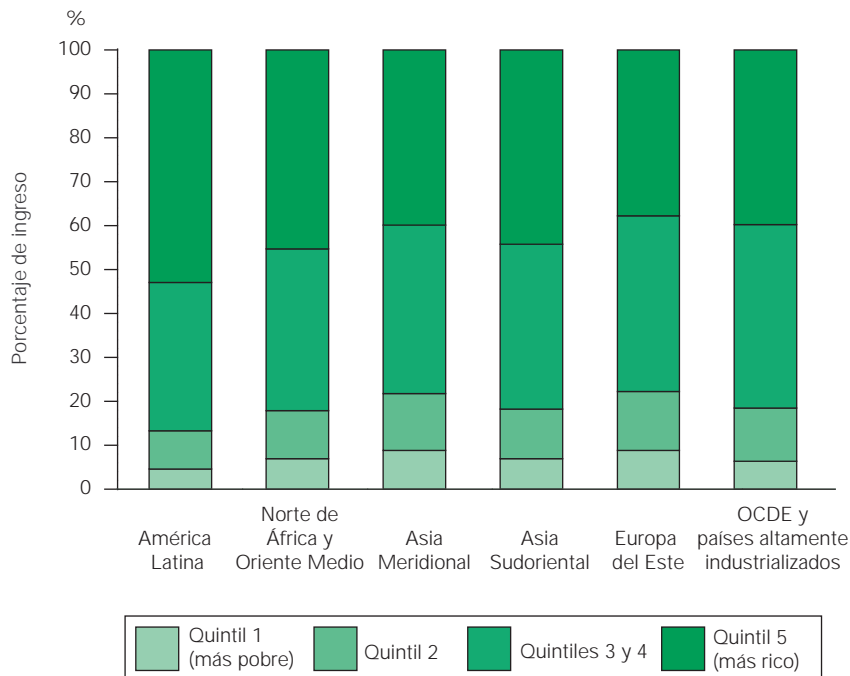


FIGURA 1
Distribución del ingreso por quintiles en varias regiones del mundo, 1990.

FUENTE: Banco Mundial y OPS, Sistema de Información Técnica, Programa Especial de Análisis de Salud.

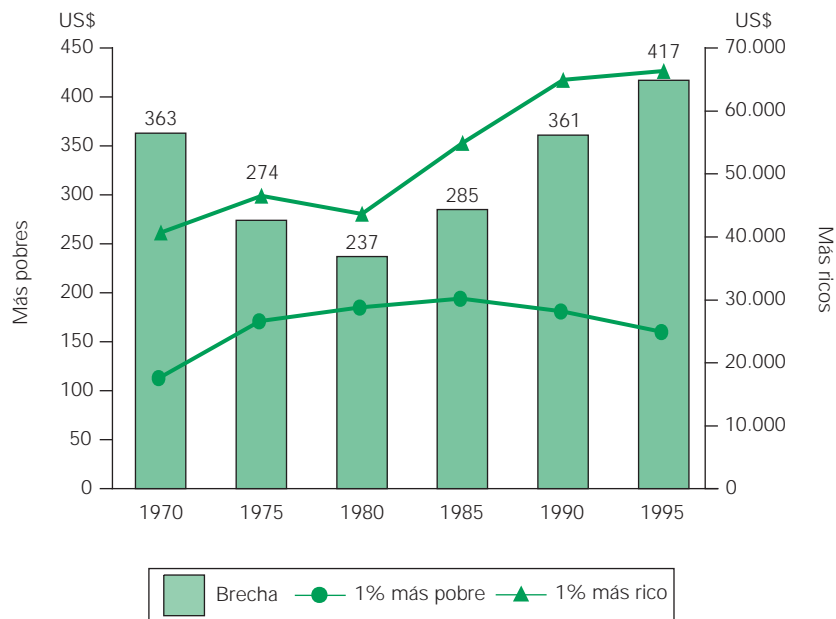
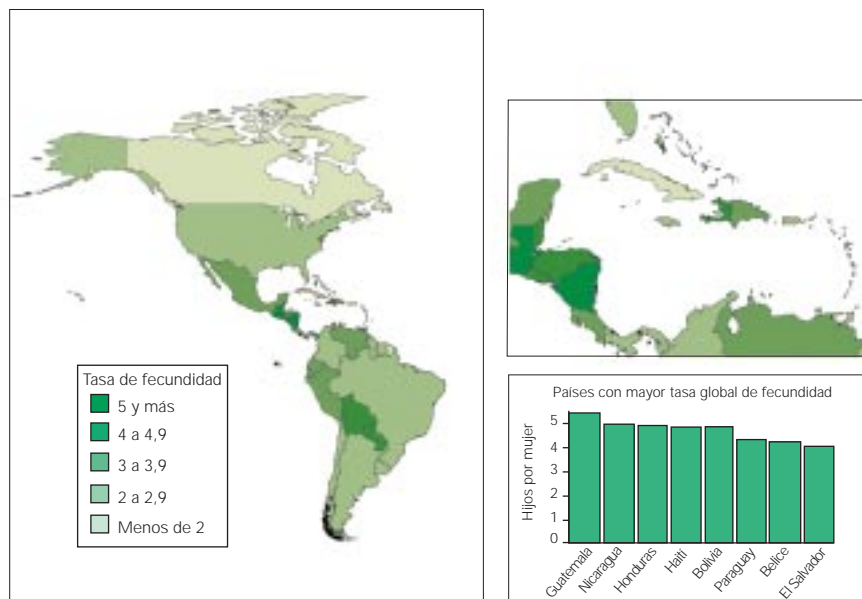


FIGURA 2
Inequidad en el ingreso en América Latina, 1970-1995 (PNB per cápita ajustado por poder adquisitivo de la moneda).

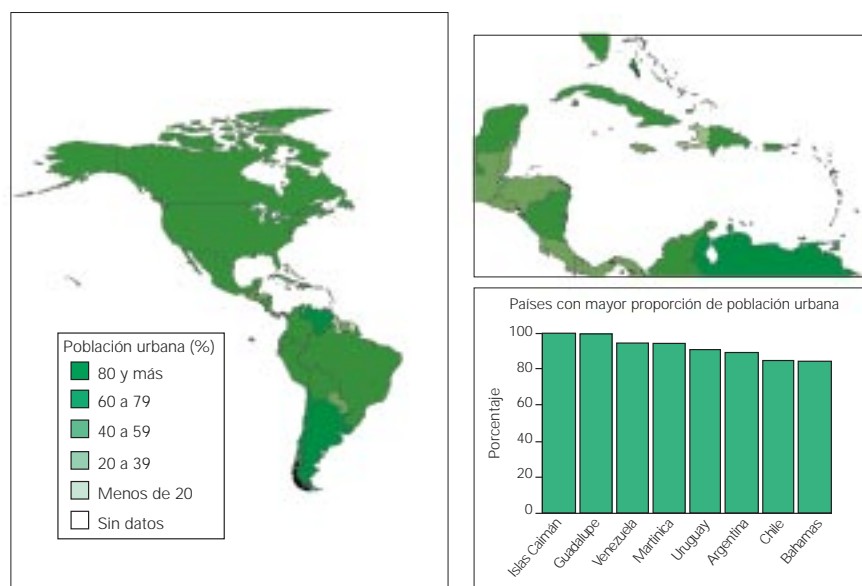
FUENTE: Banco Mundial y OPS, Sistema de Información Técnica, Programa Especial de Análisis de Salud.

FIGURA 3
Tasa global de fecundidad en mujeres de países de la Región de las Américas, 1990-1995.

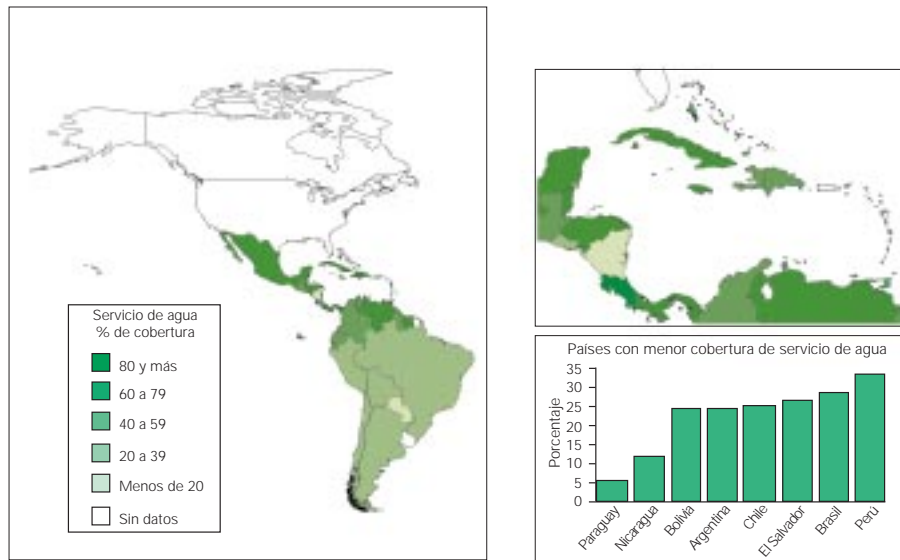


FUENTE: OPS, Sistema de Información de Datos Básicos de Salud, Programa Especial de Análisis de Salud.

FIGURA 4
Población urbana en países de la Región de las Américas, 1996.

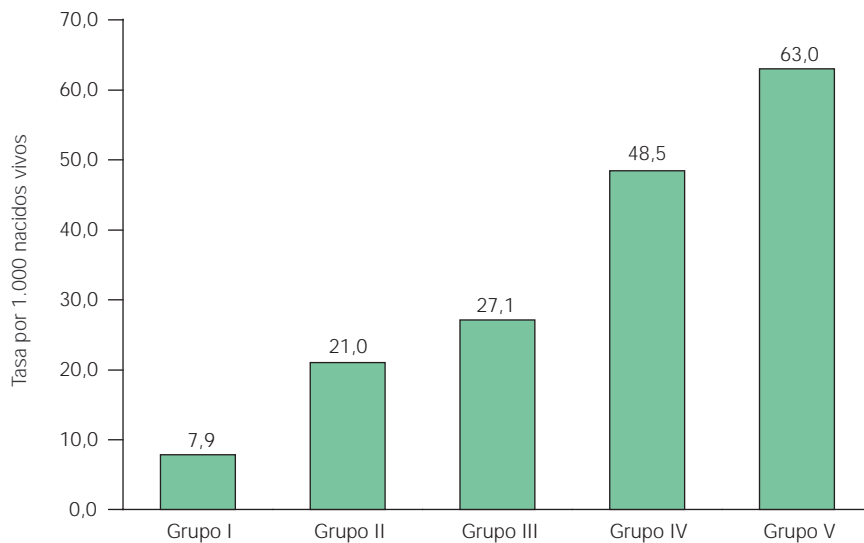


FUENTE: OPS, Sistema de Información de Datos Básicos de Salud, Programa Especial de Análisis de Salud.



FUENTE: OPS, Sistema de Información de Datos Básicos de Salud, Programa Especial de Análisis de Salud.

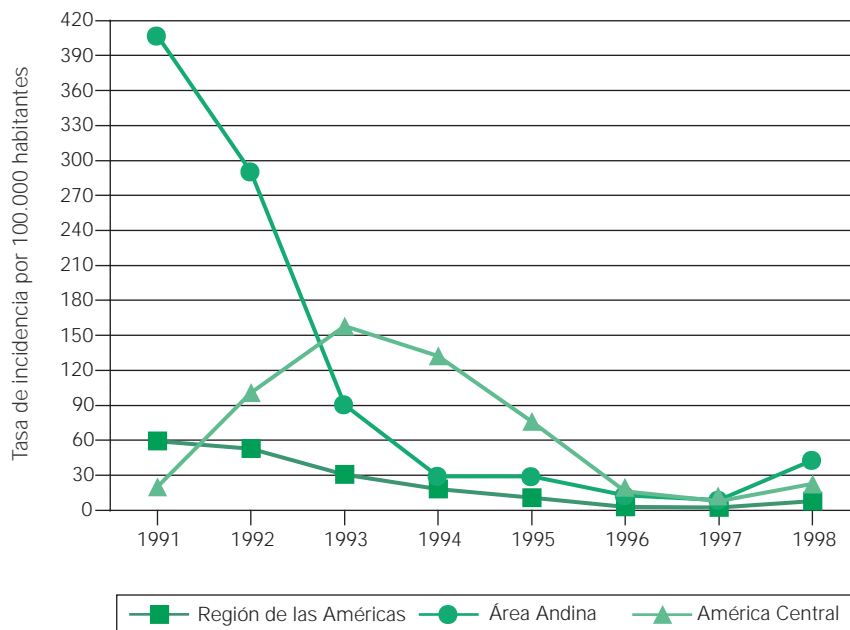
FIGURA 5
Población rural con
servicio de agua
potable en la Región
de las Américas,
por país, circa 1995.



FUENTE: OPS, Sistema de Información de Datos Básicos de Salud, Programa Especial de Análisis de Salud.

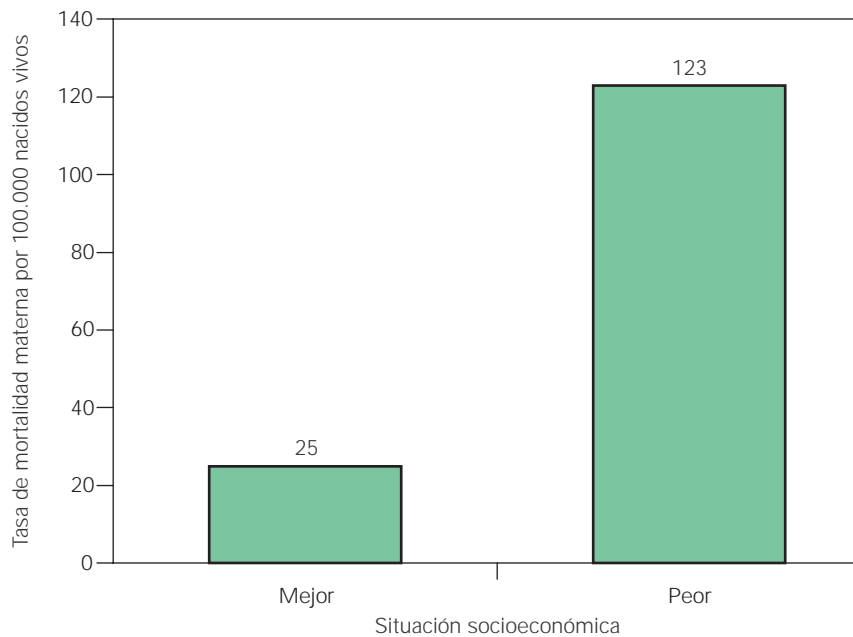
FIGURA 6
Desigualdades en
mortalidad infantil
por grupos de países
clasificados según su
PNB, Región de las
Américas, 1996,
promedio ponderado
por tamaño poblacional.

FIGURA 7
Tendencias de la
incidencia de cólera
en las Américas,
1991-1998.

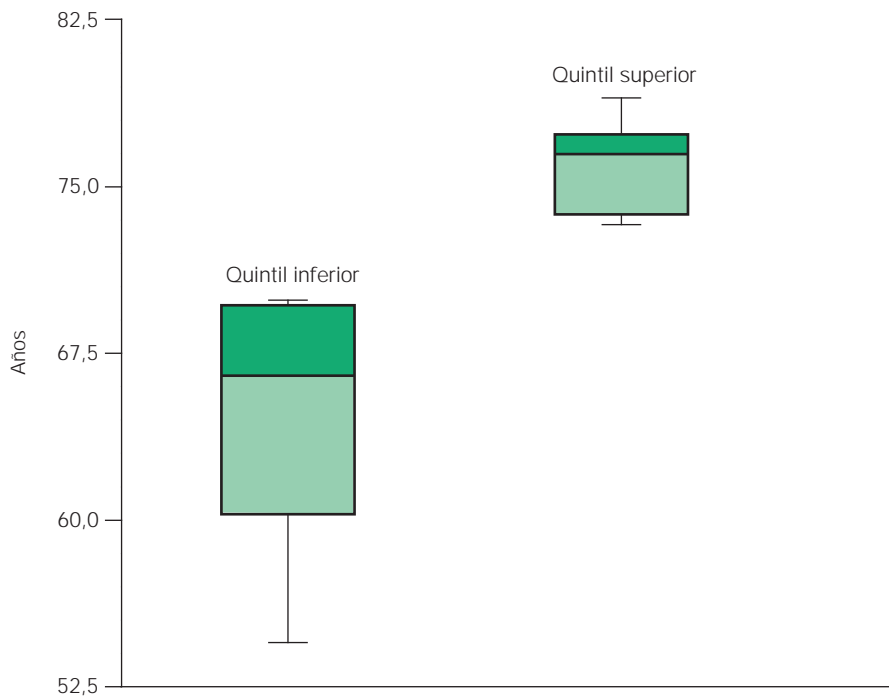


FUENTE: Situación del cólera en las Américas, 1999. OPS/HCP/HCT/AIEPI.

FIGURA 8
Tasa de mortalidad
materna en el
Cono Sur, 1997.

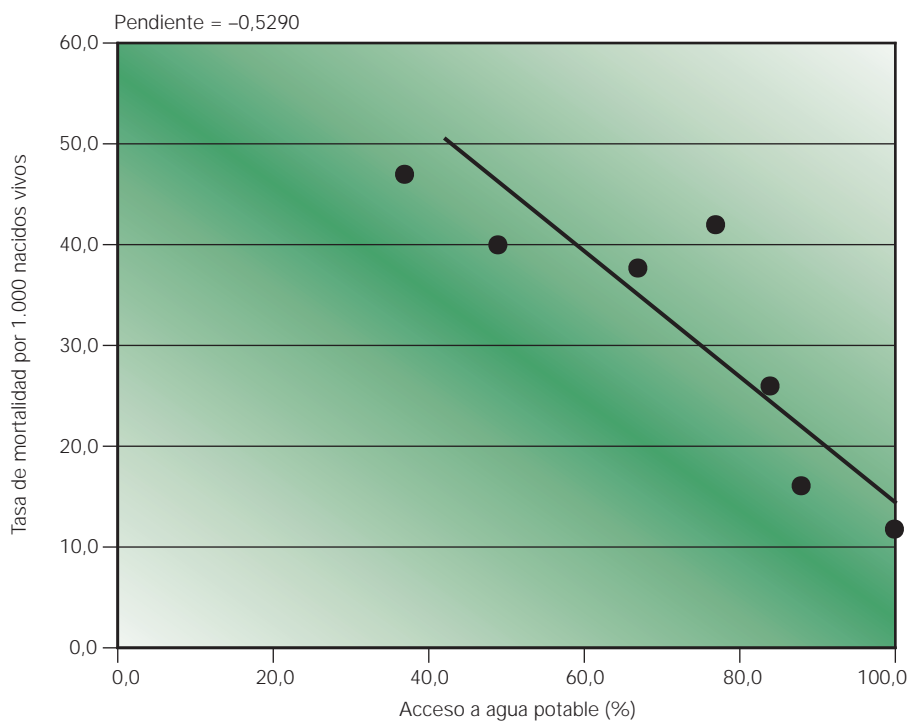


FUENTE: OPS, Sistema de Información de Datos Básicos de Salud, Programa Especial de Análisis de Salud.



FUENTE: OPS, Sistema de Información de Datos Básicos de Salud, Programa Especial de Análisis de Salud.

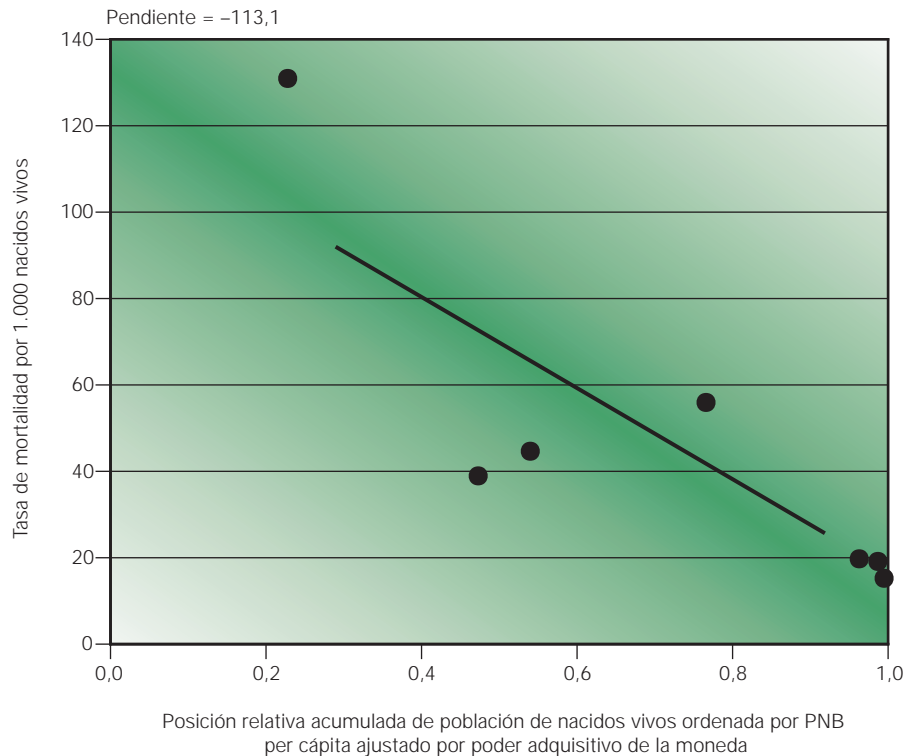
FIGURA 9
Esperanza de vida al nacer en la Región de las Américas, quintil inferior y superior de PNB ajustado por poder adquisitivo de la moneda, 1998.



FUENTE: OPS, Proyecto Medición de Inequidades en Salud, Programa Especial de Análisis de Salud.

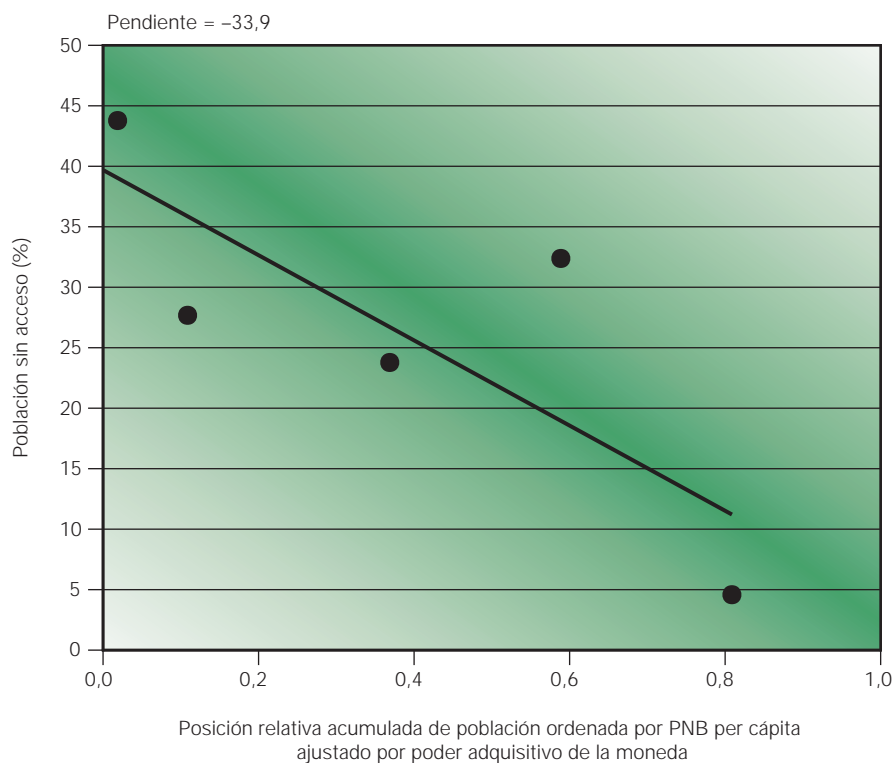
FIGURA 10
Mortalidad infantil y acceso a agua potable en América Central, 1997, línea de regresión.

FIGURA 11
Mortalidad en menores de 5 años en países del Caribe, 1997, línea de regresión.

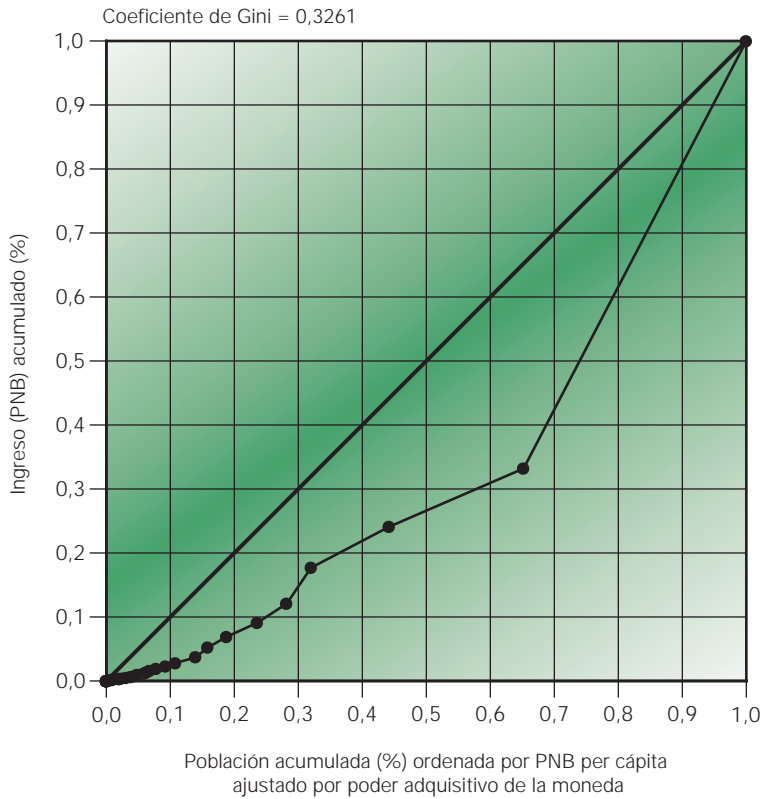


FUENTE: OPS, Proyecto Medición de Inequidades en Salud, Programa Especial de Análisis de Salud.

FIGURA 12
Población sin acceso a agua potable en las Américas, por grupos de países según ingreso, 1995, línea de regresión.

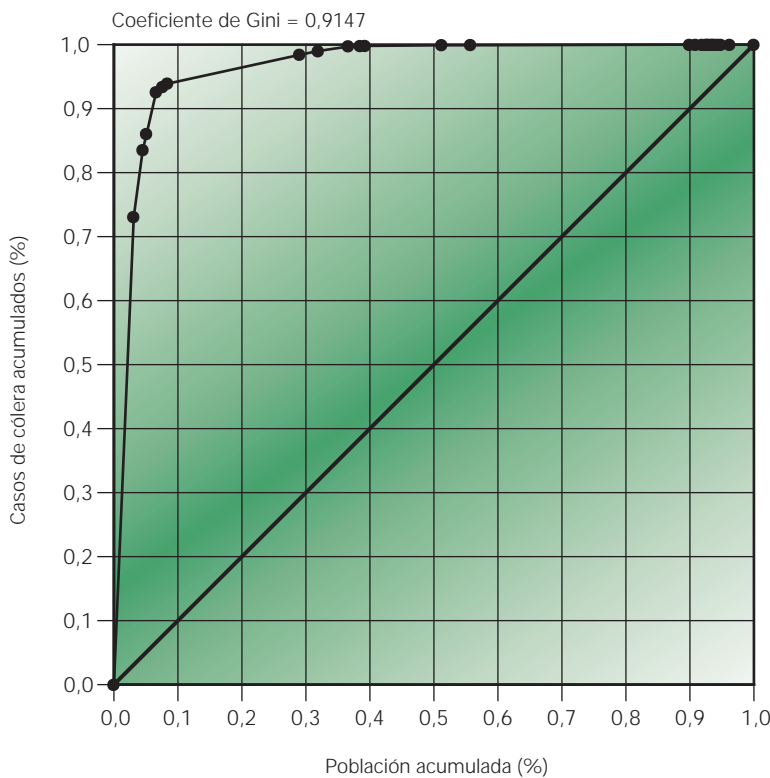


FUENTE: OPS, Proyecto Medición de Inequidades en Salud, Programa Especial de Análisis de Salud.



FUENTE: OPS, Proyecto Medición de Inequidades en Salud, Programa Especial de Análisis de Salud.

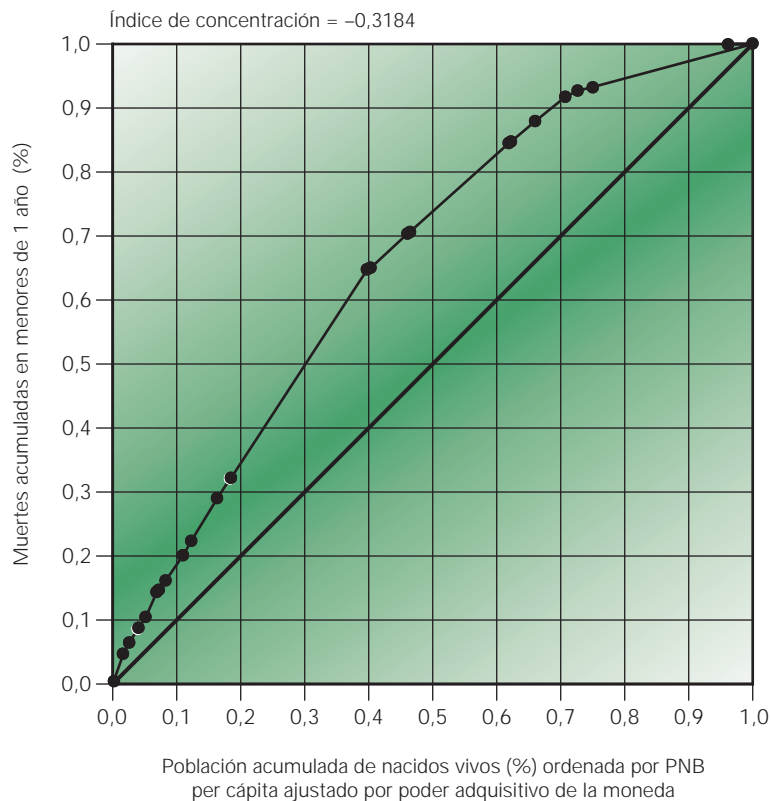
FIGURA 13
Distribución del ingreso en las Américas, por país, 1996, curva de Lorenz.



FUENTE: OPS, Proyecto Medición de Inequidades en Salud, Programa Especial de Análisis de Salud.

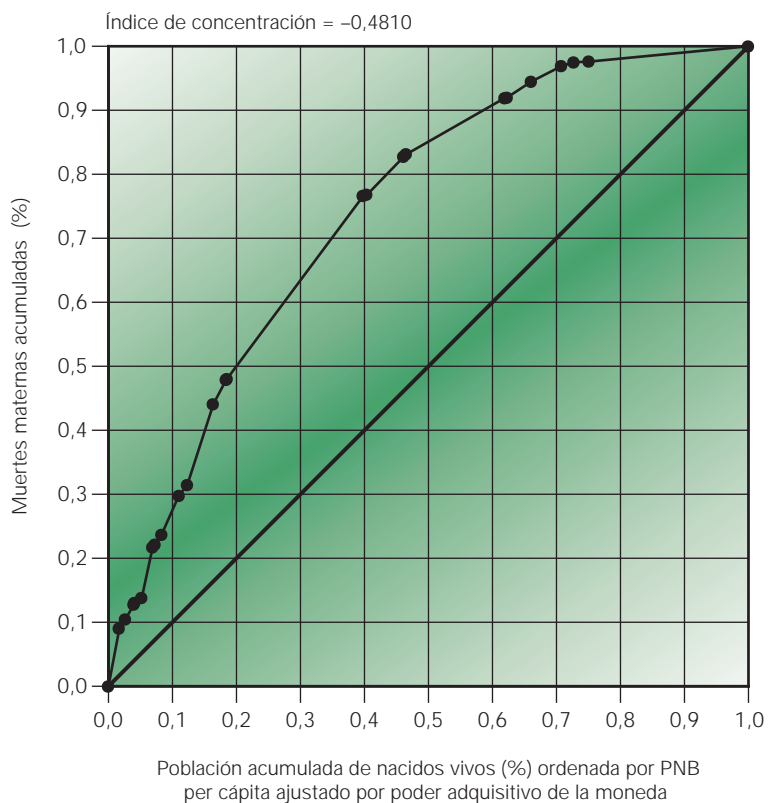
FIGURA 14
Distribución de los casos de cólera en las Américas, por país, 1998, curva de Lorenz.

FIGURA 15
Distribución de la mortalidad infantil en las Américas, por país, 1997, curva de concentración.

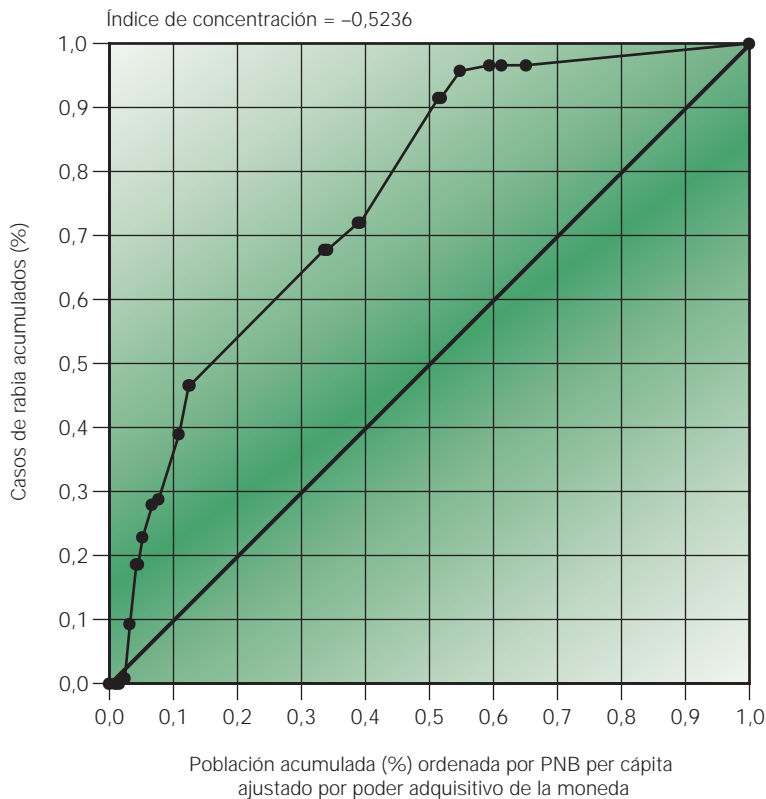


FUENTE: OPS, Proyecto Medición de Inequidades en Salud, Programa Especial de Análisis de Salud.

FIGURA 16
Distribución de la mortalidad materna en las Américas, por país, 1997, curva de concentración.

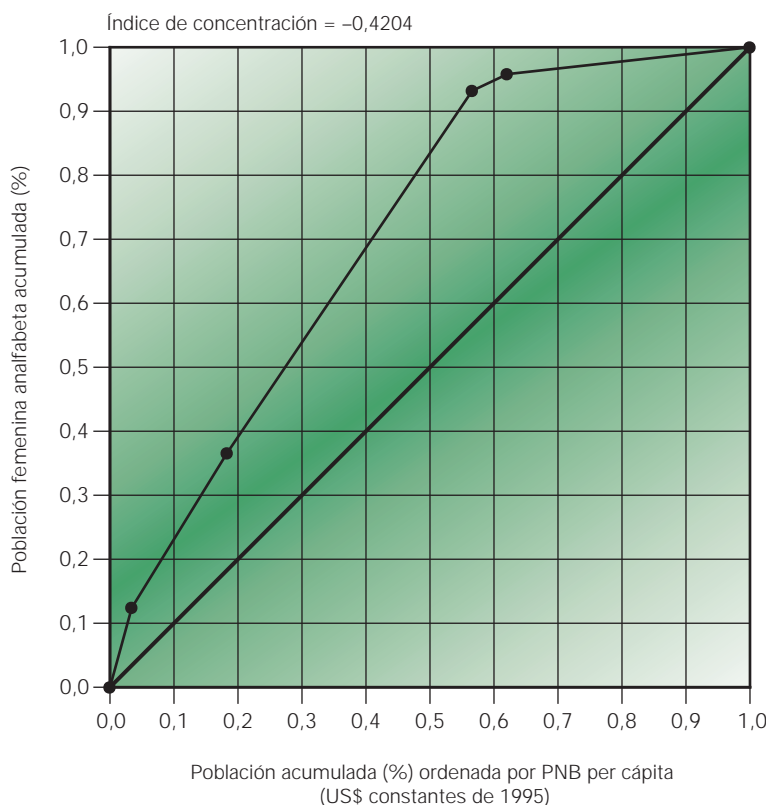


FUENTE: OPS, Proyecto Medición de Inequidades en Salud, Programa Especial de Análisis de Salud.



FUENTE: OPS, Proyecto Medición de Inequidades en Salud, Programa Especial de Análisis de Salud.

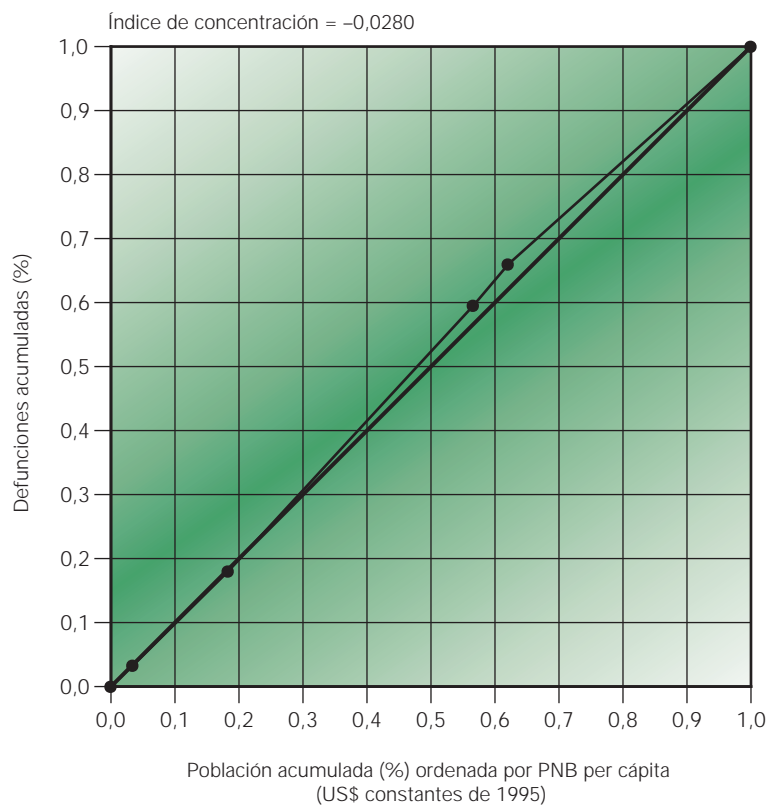
FIGURA 17
Distribución de los casos de rabia en las Américas, por país, 1997, curva de concentración.



FUENTE: OPS, Proyecto Medición de Inequidades en Salud, Programa Especial de Análisis de Salud.

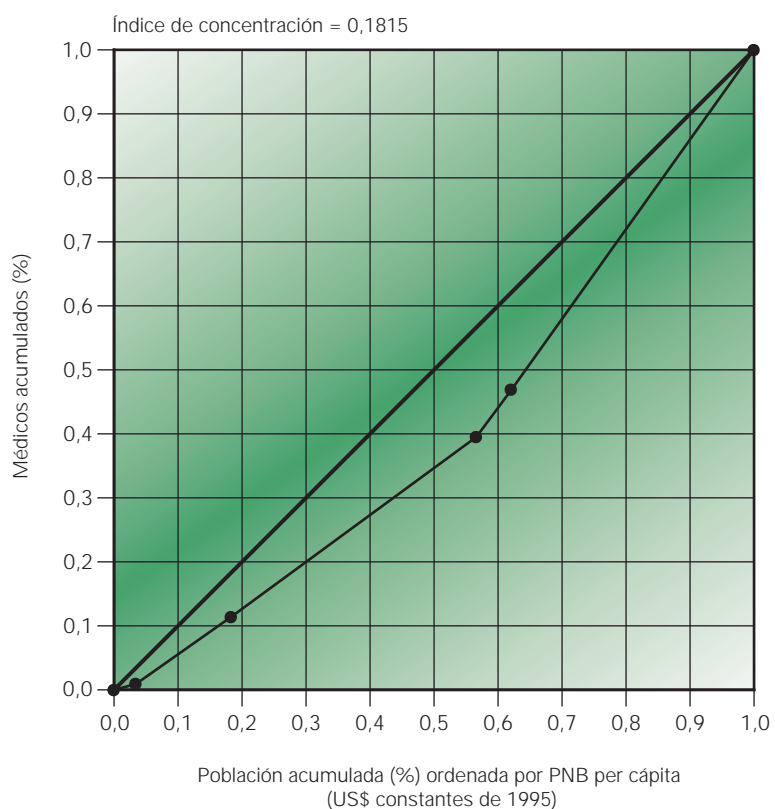
FIGURA 18
Distribución del analfabetismo femenino en las Américas, por grupos de países según ingreso, circa 1995, curva de concentración.

FIGURA 19
Distribución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en las Américas, por grupos de países según ingreso, 1990-1995, curva de concentración.



FUENTE: OPS, Proyecto Medición de Inequidades en Salud, Programa Especial de Análisis de Salud.

FIGURA 20
Distribución de médicos en las Américas, por grupos de países según ingreso, circa 1997, curva de concentración.



FUENTE: OPS, Proyecto Medición de Inequidades en Salud, Programa Especial de Análisis de Salud.