

Investigaciones en Salud Pública

Documentos Técnicos

Estudio Multicéntrico sobre
Inequidades en Salud

22

Protocolo del Estudio Multicéntrico

Inequidades
en la situación de salud, acceso y
gasto en atención de salud:

Utilizando datos secundarios
para apoyar la toma de decisiones



Coordinación de Investigaciones
División de Salud y Desarrollo Humano

Organización Panamericana de la Salud
525 23rd Street, N.W.
Washington, D.C. 20037-2895, EUA

Mayo de 2000

La Serie de Documentos Técnicos fue creada por la Coordinación de Investigaciones, División de Salud y Desarrollo Humano (HDP/HDR) de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para difundir los documentos metodológicos, informes y reportes de las investigaciones que han sido financiadas por el Programa de Subvenciones para la Investigación de la OPS.

Los Documentos Técnicos se conciben como un medio de difusión rápida y oportuna de los resultados de investigaciones y no se constituyen en publicaciones científicamente evaluadas y profesionalmente editadas.

El **Proyecto Multicéntrico sobre Inequidades en estado de salud, acceso y gasto en atención de salud** usará datos secundarios para describir los niveles de, y las tendencias en las inequidades en salud en cinco países (Bolivia, Brasil, Colombia, Nicaragua y Perú) con el propósito de poner a la disponibilidad de los tomadores de decisiones y líderes comunitarios con fines de abogacía sobre, y el diseño de intervenciones para mejorar la equidad en salud en la Región. El proyecto desarrollará también modelos para indicadores específicos de salud para mejorar la comprensión de las relaciones entre las inequidades en salud con sus determinantes socioeconómicos.

Esta publicación puede ser citada o impresa sin restricciones, con tal que se haga una referencia apropiada a este número. Una copia debe ser enviada al Programa de Coordinación de Investigaciones, División de Salud y Desarrollo Humano.

Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la Organización Panamericana de la Salud ni de los Estados Miembros.

© Organización Panamericana de la Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, Coordinación de Investigaciones, Mayo 2000

Diseño del logo “*Building blocks*”, en la cubierta
Coordinación de Investigaciones/Unidad de Diseño Gráfico

Diseño y composición de cubierta
Clara I. Rodríguez

Diseño y composición de texto
Suzanna Stephens, M.A.

Índice

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 1. JUSTIFICACIÓN..... | 2 |
| i) Las inequidades son el prolema de salud más importante en las Américas | 2 |
| ii) La literatura sobre inequidades en salud en América Latina es limitada..... | 2 |
| iii) Se necesita con urgencia información para la toma de decisiones..... | 3 |
| iv) Los datos existentes pueden ser utilizados para solucionar la carencia de información | 4 |
| v) ¿Cómo podrá este proyecto contribuir a mejorar la equidad?..... | 4 |
| 2. MARCO TEÓRICO..... | 5 |
| 3. OBJETIVOS Y PROPÓSITOS..... | 7 |
| 4. FUENTES DE DATOS Y ESTRATEGIA DE ANÁLISIS..... | 8 |
| 4.1 Encuestas de hogares | 8 |
| 4.2 Datos censales | 9 |
| 4.3 Combinando las diferentes fuentes de datos..... | 11 |
| 4.4 Selección de los países..... | 11 |
| 5. VARIABLES Y PLAN DE ANÁLISIS..... | 12 |
| 5.1 Definiendo variables de contexto | 12 |
| 5.2 Datos y análisis de las ISMs | 12 |
| 5.2.1 Definiendo un índice "proxy" de SES a nivel de hogar..... | 12 |
| 5.2.2 Construcción de curvas de concentración | 13 |
| 5.2.3 Otros análisis de SES, estado de salud y atención de salud | 14 |
| 5.3 Variables de las encuestas DHS y su análisis..... | 14 |
| 5.3.1 Construcción de curvas de concentración | 14 |
| 5.3.2 Otros análisis de SES y salud y atención de salud | 15 |
| 5.4 Contextualizando los análisis | 15 |
| 5.5 Análisis de tendencias | 16 |
| 5.6 Análisis de uso de acuerdo con necesidad | 16 |
| 5.7 Identificando inequidades..... | 16 |
| 6. UTILIZANDO LOS RESULTADOS | 17 |
| 6.1 Publicaciones científicas | 17 |
| 6.2 Interacción con tomadores de decisiones | 17 |
| 6.3 Público en general..... | 18 |

| | |
|--|----|
| 7. COORDINACIÓN..... | 18 |
| 8. CRONOGRAMA DE TRABAJO..... | 19 |
| 9. PRESUPUESTO..... | 19 |
| 9.1 Presupuesto de país (ejemplo)..... | 20 |
| 9.2 Presupuesto de coordinación..... | 20 |
| 10. GRUPOS EN LOS PAÍSES..... | 21 |
| 11. INVESTIGADORES PRINCIPALES..... | 21 |
| RECONOCIMIENTO..... | 22 |
| REFERENCIAS Y NOTAS..... | 23 |

Figuras y Tablas

Figuras

1. Esquema simplificada de las relaciones entre desigualdades sociales, inequidades en condiciones de vida, en el estado de salud y en acceso, utilización y gasto en atención de salud.....6

TABLAS

1. Algunas de las variables relacionadas con estado de salud, atención de salud y gasto, así como aspectos económicos de los hogares en las encuestas de tipos LSMS y DHS y de los censos nacionales..... 10
2. Países de América Latina con encuestas DHS y LSMS en los años 1980 y 1990, indicando los años en que fueron realizadas 11

Protocolo del Estudio Multicéntrico

Inequidades en la situación de salud, acceso y gasto en atención de salud:

Utilizando datos secundarios para apoyar la toma de decisiones¹

INTRODUCCIÓN

Considerando la importancia de las desigualdades en salud en la Región, el Director de la División de Salud y Desarrollo Humano creó en 1998 un grupo inter-programático para proponer actividades de investigación en esta área. El grupo preparó un plan para un proyecto multicéntrico que fue sometido a consideración del Comité Asesor Interno de Investigaciones (CAII). El plan contemplaba el análisis de datos secundarios y también la aplicación de una encuesta en domicilios de diferentes países de la Región, con el objetivo de recolectar datos primarios. El CAII reconoció la importancia del tema y la seriedad de la propuesta pero, preocupado con la factibilidad de la misma, sugirió que el grupo inter-programático considerara preparar una propuesta alternativa en la cual se tratara solamente de la parte de análisis de datos secundarios. Esta sugerencia del CAII fue acatada por los miembros del grupo y se preparó esta propuesta que, presentada al CAII en 1999, fue seleccionada para financiamiento. En la sección final intitulada “Reconocimiento”, se presenta la lista de todas las personas que han colaborado con sugerencias y aportado a la preparación de la propuesta inicial y de la parte relacionada al análisis de datos secundarios.

¹ Éste es el protocolo del estudio multicéntrico del mismo nombre, bajo la coordinación del Programa de Políticas Públicas y Salud (HDD) de la División de Salud y Desarrollo Humano (HDP) de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Para persona de contacto, se ha designado al coordinador técnico del proyecto, Dr. Norberto Dachs, Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano (HDP/HDD), Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en su Sede en la Oficina Sanitaria Panamericana, 525 23rd Street, N.W., Washington, DC 20037-2895, USA. Teléfono (+202) 974-3223, fax (+202) 974-3675, correo electrónico dachsnor@paho.org.

1. JUSTIFICACIÓN

La Declaración Universal de los Derechos Humanos señala que:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”.

La misma declaración también indica que:

“Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier condición.”

Estos ideales están lejos de ser alcanzados en las Américas. Aún considerando que la Declaración está más relacionada con el concepto de discriminación que con la equidad en si misma, nos brinda un punto de partida para definir un discurso y políticas preocupadas por la justicia social.

Existen al menos cuatro principales razones por las cuales la investigación sobre inequidades en salud es importante en nuestra Región.

i) Las inequidades son el problema de salud más importante en las Américas

De acuerdo con la publicación de la OPS de 1998, *Liderazgo en salud panamericana*¹, “El principal problema de la salud en las Américas sigue siendo la inequidad”. Esto es reflejo de las grandes inequidades sociales presentes en la Región, hechas evidentes, por ejemplo, por el hecho de que Brasil, Guatemala y Paraguay son los países de segundo a cuarto lugar en concentración del ingreso en todo el mundo².

La investigación sobre inequidades ha constituido parte importante de la agenda de la OPS y de la OMS desde hace varios años. Desde 1991 la Organización ha promovido el estudio sistemático de las inequidades en salud en la Región³. En 1997 la División de Salud y Desarrollo Humano solicitó a importantes investigadores realizar un estudio sobre la producción científica sobre este tema en América Latina y el Caribe⁴ y en los Estados Unidos, Canadá y Europa Occidental⁵, para que sirvieran de base para la preparación de este proyecto.

ii) La literatura sobre inequidades en salud en América Latina es limitada

La literatura científica en los países desarrollados le está otorgando importancia creciente al estudio y a la comprensión de las relaciones entre condiciones de vida y salud, con un énfasis en las inequidades. Una de las bases de datos bibliográficos sobre el tema contiene más de cuatro mil ítems⁶, y la preocupación por la equidad se ha manifestado en las principales publicaciones científicas de la literatura médica en los Estados Unidos y en Europa^{7, 8, 9}.

Por contraste, el número de trabajos producidos en aquellas áreas del mundo en que las condiciones socioeconómicas presentan las mayores disparidades, en particular en América Latina, es muy pequeño. La profunda revisión hecha por Almeida Filho incluye 309 trabajos, muchos de ellos no publicados formalmente. Además, el autor destaca una serie de limitaciones en esta literatura:

- una gran proporción de trabajos corresponde a consideraciones filosóficas y teóricas, en vez de resultados que puedan proveer evidencia para la acción;
- los estudios se concentran en los grupos de edad temprana, con una casi total inexistencia de estudios sobre salud de los adultos; y
- los resultados son muchas veces poco confiables, debido a fallas en la calidad de los datos, en su diseño o en el análisis.

Esta falta de información es de singular importancia en el caso de América Latina, toda vez que en esta Región las inequidades en salud parecieran ser muy grandes. Además, señala la necesidad de desarrollar, en los propios países, la capacidad para el análisis de estas inequidades.

iii) Se necesita con urgencia información para la toma de decisiones

Los tomadores de decisiones que desean implementar intervenciones para reducir inequidades en salud no disponen de información que sea relevante y útil para sus necesidades. Una gran parte de lo que se conoce sobre desigualdades en salud y en acceso y gasto en servicios de atención a la salud y las consecuentes inequidades es resultado de investigaciones realizadas en (y sobre) los países industrializados de América del Norte y de Europa Occidental.

En un trabajo sobre Pobreza, Equidad y Salud en el Mundo en Desarrollo, D.R. Gwatkin del Banco Mundial escribe: "... aquellos que se preocupan con la equidad (y la pobreza) en salud están por el momento en una posición desventajosa para diseñar e implementar actividades que puedan alcanzar sus objetivos."¹⁰. Menciona tres razones para esto, de las cuales la segunda es

“la deficiencia de información básica sobre las condiciones de salud, las preocupaciones y las prácticas que son más frecuentes entre los más pobres, sea en términos absolutos o en términos relativos a otros grupos socioeconómicos.”

Adicionalmente, existe escaso conocimiento sobre las relaciones entre las desigualdades económicas y las inequidades en salud en América Latina y el Caribe.

Otra área muy importante en que casi no existe información en los países en desarrollo es sobre el impacto de las intervenciones sobre la equidad en salud. Un estudio reciente sugiere que algunas intervenciones en realidad pueden aumentar las inequidades, por lo menos en los primeros años después de iniciada su implementación¹¹. Es necesario desarrollar políticas que garanticen que las nuevas tecnologías médicas disminuyan las inequidades en vez de aumentarlas. Los resultados del trabajo que será desarrollado en este proyecto ayudarán a entender mejor la manera en que las intervenciones de salud pueden afectar la equidad a lo largo del tiempo.

- iv) Los datos existentes pueden ser utilizados para solucionar la carencia de información

Dado el reconocimiento por la OPS de que las inequidades son el problema principal de salud en la Región, es esencial ayudar a cerrar la brecha de conocimiento realizando investigaciones de alta calidad, orientadas a brindar elementos para la toma de decisiones. Los datos de los registros administrativos (sean los de las estadísticas vitales o los de vigilancia de salud pública) no son adecuados para estudiar muchos de los problemas de interés, toda vez que, por lo general, no incluyen información sobre variables socioeconómicas y también por problemas de cobertura y otros. Un gran número de encuestas nacionales de hogares han sido realizadas en la Región en la última década, y en muchos países constituyen las únicas fuentes confiables sobre las relaciones entre características socioeconómicas, condiciones de salud, acceso, utilización y gasto en servicios de atención de salud. A pesar de esto, la información brindada por estas encuestas ha sido escasamente utilizada para estudiar inequidades en salud en América Latina y el Caribe.

En este proyecto se analizarán datos de dichas encuestas combinados con datos de los censos nacionales, para profundizar en el conocimiento sobre la magnitud de las desigualdades en salud, y las relaciones entre condiciones socioeconómicas y las desigualdades e inequidades en salud en cinco países de la Región.

- v) ¿Cómo podrá este proyecto contribuir a mejorar la equidad?

Las evidencias sobre las relaciones entre pobreza y salud son irrefutables. Sin embargo, estas relaciones son complejas y los mecanismos que conectan los determinantes de tipo socioeconómico y las condiciones de salud, el acceso, utilización y el gasto en atención de salud son todavía poco comprendidos. El número de estudios que documentan las diferencias existentes entre pobres y no pobres con relación a resultados de salud es relativamente grande. Sin embargo, relativamente pocos han sido dedicados a estudiar los niveles de desigualdades en salud, las estrategias para su reducción y eliminación, y el impacto de decisiones políticas anteriores. Aún más, las desigualdades socioeconómicas afectan a la salud tanto en los países ricos como en los países pobres.

En este proyecto se exploran varios retos. En primer lugar, se reconoce que existe una necesidad de establecer formas científicas y novedosas de identificar las desigualdades para diferentes niveles de desarrollo económico. En segundo lugar, la evolución y persistencia de las desigualdades a lo largo del tiempo requiere el estudio continuado de la información relevante y el desarrollo de técnicas para su medición y monitoreo. En tercer lugar, a pesar de que están muchas veces presentes en el discurso, en la práctica las inequidades no parecen ocupar un lugar prominente en la agenda política, y por lo tanto se necesita de información sólida y confiable para abogar por cambios en las desigualdades injustas e innecesarias en salud. Finalmente, las reformas del sector salud que se están desarrollando pueden tener consecuencias importantes en la equidad, y es esencial establecer una línea de base para que se puedan evaluar los cambios en el tiempo, con la finalidad de influenciar sobre las decisiones de política. Todo esto indica, en síntesis, la necesidad de profundizar

en la comprensión de las relaciones entre los macro determinantes de la salud (sociales, económicos, de género, étnicos, etc.) y las desigualdades a escala local, nacional y regional.

Este proyecto se estructuró incorporando el conocimiento obtenido por otras iniciativas de investigación en desigualdades e inequidades en condiciones salud y en atención de salud que se han llevado a cabo en años recientes, como el proyecto EQUILAC de OPS, Banco Mundial y PNUD para estudiar equidad en salud en América Latina y el Caribe¹², el proyecto de OPS y CARICOM en el Caribe¹³, las iniciativas de la OMS para estudiar el problema a escala mundial¹⁴ y los trabajos de la USAID y de la Fundación Rockefeller en su Iniciativa Global de Equidad en Salud¹⁵.

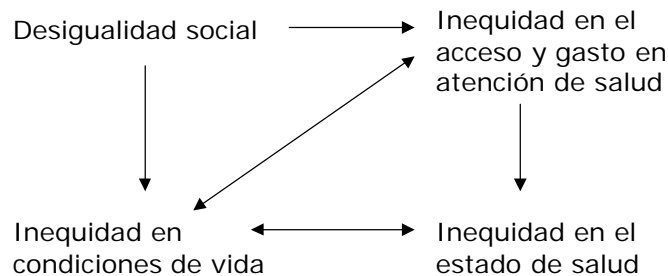
En este proyecto se considera exclusivamente el uso de datos secundarios de los censos y de encuestas de hogares para profundizar el conocimiento sobre las desigualdades y las inequidades y para permitir la formulación de propuestas de política para enfrentar a las mismas. Datos de los mismos tipos de fuentes serán analizados en cinco países, con un esquema común de análisis que tiene la finalidad de permitir comparaciones de los resultados obtenidos. Los resultados serán ampliamente divulgados a través de publicaciones científicas e informes preparados para tomadores de decisiones, así como para el público en general. Los enfoques analíticos que se usarán en el proyecto incluyen algunas de las técnicas más avanzadas de metodología estadística que existen actualmente para el análisis de este tipo de datos.

2. MARCO TEÓRICO

En este proyecto se hace una distinción entre los términos “desigualdad” e “inequidad”^{16, 17}. *Desigualdad* indica diferencias relevantes y sistemáticas entre individuos y grupos sociales en una población dada. *Inequidad* significa que la desigualdad observada es además innecesaria e injusta. Equidad significa que las necesidades de las personas guían la distribución de oportunidades para bienestar. Buscar la equidad en el estado de salud y en la atención de salud implica tratar de reducir las brechas evitables en las condiciones de salud de las personas y en su acceso, utilización y gasto en atención de salud entre grupos con niveles sociales y económicos diferentes.

Existen muchos marcos teóricos sobre las relaciones entre el contexto social y económico y las condiciones de salud de grupos poblacionales y de sus miembros^{18, 19, 20}. Ninguno de ellos parece ser totalmente satisfactorio y existe la necesidad de seguir investigando en esta área. Algunos de los marcos existentes han sido de utilidad para organizar la discusión sobre posibles determinantes de estado de salud de individuos y sobre acceso a los servicios de atención de salud a escala individual y de los hogares, tanto para el estudio de las relaciones entre políticas macroeconómicas, políticas sociales y salud, como para sugerir tipos de intervenciones que pueden mejorar los niveles de salud y bienestar de la población en determinados contextos. Una vez que en este estudio se utilizan exclusivamente datos secundarios el marco que se presenta es limitado y tiene como objetivo servir de apoyo en el proceso de pensar las posibles relaciones que se pueden explorar con los datos disponibles.

Figura 1
Esquema simplificada de las relaciones entre desigualdades sociales, inequidades en condiciones de vida, en el estado de salud y en acceso, utilización y gasto en atención de salud



En la Figura 1, se presenta una versión muy simplificada de una compleja cadena de determinaciones. Desigualdades sociales llevan a inequidades en condiciones de vida así como a inequidades en atención de la salud (accesibilidad, utilización, calidad) y en gastos en atención de salud y estas a su vez interactúan entre sí para causar inequidades en el estado de salud. En este documento el término “inequidades en salud” se usará para indicar inequidades en el estado de salud, en acceso, utilización y gasto en atención de la salud.

Sin negar la importancia de desarrollar y utilizar marcos teóricos elaborados y que abarquen los muchos y complejos aspectos de esta problemática, en este estudio se utilizarán modelos conceptuales específicos para guiar en los análisis de cada resultado de interés, y en cada caso solamente se incluirán variables que estén disponibles en los conjuntos de datos que se van a utilizar. Estos modelos analíticos se desarrollarán separadamente para cada resultado de interés ya que los determinantes en cada caso pueden ser diferentes. Los modelos respetarán la jerarquía a través de la cual los factores socioeconómicos representan los determinantes básicos de la mayoría de los indicadores de salud²¹. Los modelos tendrán también en cuenta que los efectos de estos factores socioeconómicos son generalmente mediados por factores proximales, incluyendo variables ambientales, reproductivas, de comportamiento, nutricionales, etc.

Debido a las restricciones impuestas por el uso exclusivamente de datos secundarios, la necesidad y el acceso a la atención de salud serán trabajados en este proyecto solamente en aquellos casos en que su significado pueda ser muy preciso. Un ejemplo es la necesidad muy clara de atención apropiada asociada al embarazo y al parto y el acceso a servicios de atención prenatal y del parto por personal capacitado y en instalaciones institucionales adecuadas.

Otro importante aspecto que está recibiendo creciente atención en la literatura es la importancia del contexto en los análisis epidemiológicos. Muchas de las condiciones que influyen en el estado de salud y el acceso a los servicios no son características de los individuos sino del ambiente físico, social y cultural en que ellos viven. Estas variables de contexto²² proveen información adicional para llenar lagunas en la información disponible

en las encuestas de hogar, pero aún más, brindan posibilidades adicionales de estudiar los procesos que determinan el estado de salud, la atención de salud y el gasto en atención. Un excelente ejemplo de contextualización son los estudios de estado de salud de los individuos y la desigualdad del ingreso en la comunidad (municipios, estados, o sus equivalentes) en la cual viven^{23, 24, 25}. Otros ejemplos son estructura de tenencia de la tierra²⁶, porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas, además de muchos otros.

El plan de análisis de los datos tendrá en consideración los conceptos discutidos arriba. Los factores socioeconómicos serán incluidos en todos los análisis como los determinantes subyacentes más importantes de las inequidades en salud. Las interrelaciones del estado de salud, del acceso y utilización de los servicios y de los gastos en atención a la salud serán exploradas de manera sistemática. Diferentes niveles de agregación geográfica y sofisticados abordajes estadísticos se utilizarán para incorporar variables de contexto al estudio.

3. OBJETIVOS Y PROPÓSITOS

El objetivo general del proyecto es utilizar información existente en cinco países de América Latina para describir los niveles y tendencias de desigualdades en salud y profundizar en el conocimiento de sus determinantes, con la finalidad de brindar información para recomendaciones de políticas con el objetivo de mejorar la equidad en salud.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- a) documentar la existencia de inequidades en el estado de salud, atención de salud (acceso y utilización de servicios de salud) y de gastos de bolsillo en atención de salud y medir sus magnitudes;
- b) describir las tendencias de las inequidades en salud a lo largo del tiempo;
- c) determinar los niveles de acceso y utilización de servicios de acuerdo con necesidades específicas de atención de salud;
- d) profundizar en el conocimiento de los factores socioeconómicos que están más fuertemente asociados con las inequidades en salud en diferentes niveles de agregación, identificando posibles determinantes y cadenas de asociación;
- e) desarrollar enfoques metodológicos para conectar y analizar diferentes tipos de datos de encuestas y censos.

Los resultados serán diseminados y presentados a autoridades gubernamentales, políticos, ONGs y grupos de abogacía, así como a los medios de comunicación masiva para aumentar la visibilidad de esta problemática y promocionar acciones y alternativas de política para aumentar la equidad en el estado de salud, en el acceso a los servicios y en el gasto en la atención. El estudio también proveerá insumos para la evaluación del impacto de cambios en las políticas económicas y sociales sobre la equidad en salud.

Los resultados serán útiles también para indicar futuras áreas de importancia para la investigación sobre esta temática en América Latina, el Caribe y otros países en vías de desarrollo de otras regiones del mundo.

Finalmente, los hallazgos podrán ser utilizados para indicar recomendaciones sobre las variables socioeconómicas y relacionadas con la salud que se requieren para el estudio de las inequidades, de modo que sean incorporadas en futuras encuestas de hogares, así como también para desarrollar la capacidad local en el uso de los métodos de análisis empleados en este proyecto.

4. FUENTES DE DATOS Y ESTRATEGIA DE ANÁLISIS

Los análisis serán realizados en cinco países de América Latina, por grupos de investigación nacionales. En cada país se utilizarán datos de las encuestas de hogares y de los censos nacionales de población.

4.1 Encuestas de hogares

El número y calidad de las encuestas de hogar realizadas en América Latina y el Caribe ha crecido enormemente en los últimos diez años, con el objetivo de brindar los datos necesarios para la formulación de políticas macroeconómicas y sociales. Muchas de ellas han sido parte de proyectos a escala mundial o regional (MECOVI²⁷, LSMS²⁸) y otras han sido encuestas proyectadas y realizadas por instituciones nacionales. Muchas de estas encuestas incluyen módulos de salud para la recolección de información sobre el estado de salud y/o acceso a los servicios de atención a la salud así como, en muchos casos, gasto en atención de salud. Además de estas encuestas, desde el inicio de la década de los ochenta se realizan encuestas de demografía y salud (*Demographic and Health Surveys / DHS*²⁹) en varios países de la Región. Es posible obtener las bases de datos de la mayoría de estas encuestas directamente desde sitios de *Internet* o a través de los Institutos Nacionales de Estadística. Para entender mejor y apreciar la importancia y las implicaciones de este proyecto, es necesario describir brevemente los diferentes tipos de encuestas, sus contenidos y sus limitaciones.

Las encuestas DHS recolectan información sobre fecundidad y planificación familiar, salud infantil y materna, sobrevivencia infantil y otros tópicos de salud reproductiva. Incluyen módulos sobre la vivienda, sobre mujeres en edad reproductiva y sobre los hijos(as) de estas mujeres. Los resultados de estado de salud y acceso a servicios para condiciones específicas incorporan incidencia y/o prevalencia de algunas enfermedades de la niñez, mortalidad de menores de cinco años (incluyendo mortalidad neonatal, postneonatal, infantil y en la niñez), estado nutricional de los niños(as), estado nutricional de las madres, acceso a cuidados prenatal y atención del parto, lactancia materna, planificación familiar y fecundidad. En algunos países se han incluido módulos especiales sobre conocimientos de SIDA y enfermedades de transmisión sexual, rabia humana, mortalidad materna, tamizaje para cáncer de cuello uterino, violencia contra la mujer y otros temas. Estas encuestas no incluyen módulos sobre el consumo y el ingreso de los hogares, existiendo muy raras excepciones. Algunas de las

encuestas más recientes han incluido módulos sobre los cónyuges de las mujeres incluidas en la muestra.

Las encuestas que corresponden a la categoría general de Encuestas de Medición de Condiciones de Vida (*Living Standards Measurement Surveys / LSMS*) recolectan datos sobre muchas dimensiones de bienestar de los hogares, incluyendo consumo, ingreso, ahorros, empleo, salud, educación, fecundidad, nutrición, vivienda y migración. Sus módulos sobre salud son bastante limitados, pero generalmente incluyen preguntas sobre autoevaluación del estado de salud, acceso y utilización de varios tipos de servicios de atención a la salud, y gastos en la atención de salud. Estas encuestas tienen módulos bastante amplios para estudiar la estructura del gasto de los hogares, así como para determinar sus niveles de consumo. En todos los casos se incluyen preguntas para determinar el ingreso del hogar.

Otras encuestas nacionales de hogares varían substancialmente de un país a otro y también en el mismo país a lo largo del tiempo. La encuesta CASEN³⁰ en Chile tiene módulos sobre ingresos y sobre salud pero este último es substancialmente diferente del que se utiliza típicamente en las LSMS. Las encuestas anuales PNAD³¹ en Brasil incluyen módulos de salud en algunos años. México ha ya realizado tres encuestas nacionales de salud y también realiza encuestas anuales sobre ingresos y gastos de los hogares.

A partir de la información de estas encuestas es posible explorar relaciones entre estado de salud, acceso, utilización y gasto en servicios de atención a la salud y variables socioeconómicas tales como estructura de la vivienda, ingreso, consumo, empleo, ocupación, niveles educacionales, siempre que estas informaciones constituyan parte de la encuesta. Como se ha mencionado anteriormente, por lo general las DHS no incluyen módulos que recolecten información sobre ingresos y/o consumo de los hogares. En un esfuerzo para solucionar este problema, el Banco Mundial y Macro Internacional han creado un índice de bienes del hogar para ser utilizado con este tipo de encuestas³². Esto posibilita estudiar la mortalidad infantil, el estado nutricional de niños y de las madres, además de otras variables, de acuerdo con la distribución de este índice de bienes del hogar.

Las encuestas de tipo LSMS recolectan generalmente una cantidad bastante limitada sobre estado de salud. Sin embargo, y como se ha mencionado arriba, proveen una gran cantidad de información sobre la economía de los hogares.

En la tabla 1 se presenta un resumen de los tipos de variables disponibles en los dos tipos de encuestas, LSMS y DHS, que pueden utilizarse para investigar las relaciones entre desigualdades en salud y determinantes de naturaleza socioeconómica.

De la discusión anterior se puede ver que ninguno de los dos tipos de encuestas es ideal para investigar inequidades en el estado de salud, acceso, utilización y gasto en atención de salud. Para permitir un análisis más profundo es necesario combinar el análisis de los dos tipos de encuestas, como también incorporar datos de los censos nacionales.

Tabla 1: Algunas de las variables relacionadas con estado de salud, atención de salud y gasto, así como aspectos económicos de los hogares en las encuestas de tipo LSMS y DHS y de los censos nacionales

| Variables | LSMS | DHS | Censos |
|---|--|--|--|
| Estado de salud | <ul style="list-style-type: none"> • Autoevaluación del estado de salud • Mortalidad en la niñez e infantil • Días impedido para realizar actividades normales | <ul style="list-style-type: none"> • Niveles de fecundidad • Intervalo intergenésico lactancia materna • Mortalidad en la niñez e infantil • Estado nutricional de los(as) niños(as) • Diarrea e IRA en los(as) niños(as) | |
| Atención de salud, acceso y utilización | <ul style="list-style-type: none"> • Consultas • Inmunización • Atención prenatal • Uso de anticonceptivo • Acceso geográfico a los servicios de atención de salud • Seguro de salud | <ul style="list-style-type: none"> • Atención prenatal y del parto • Conocimiento y uso de anticonceptivos • Inmunización • Necesidades no satisfechas de planificación familiar | |
| Gastos en salud | <ul style="list-style-type: none"> • Gastos en atención de salud | <ul style="list-style-type: none"> • Sólo algunos gastos | |
| Condiciones de vida y estrato socioeconómico | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad amplia de variables socioeconómicas | <ul style="list-style-type: none"> • Conjunto limitado de variables • No tiene información sobre consumo e ingreso | <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones de la vivienda, saneamiento, variables para calcular necesidades básicas insatisfechas y otras |

4.2 Datos censales

Además de las razones prácticas para buscar información adicional a la que se encuentra en las encuestas de hogares, existen también ventajas teóricas en la inclusión de variables de contexto, tal como se ha discutido brevemente en la Sección 2.

Toda vez que las encuestas de hogares identifican el segmento censal al cual pertenece cada unidad de la muestra, es posible asociar a cada hogar (y a los individuos que viven en ese hogar) variables de contexto a este nivel o superior, obtenidos de los censos nacionales. Los censos son fuentes más adecuadas para crear estas variables de contexto, porque tienen información sobre todos los hogares de los segmentos censales correspondientes. Además es así también posible crear variables de contexto a niveles más altos de la jerarquía de divisiones territoriales. Para variables como desigualdad del ingreso, si se trabaja en el ámbito de unidades muy pequeñas se obtienen siempre valores muy bajos una vez que al interior de estas unidades los valores son muy homogéneos.

De esta forma se puede contextualizar el estudio de los determinantes de desigualdades e de las inequidades en el estado de salud, y en el acceso, utilización y gasto en atención de salud³³.

4.3 Combinando las diferentes fuentes de datos

En los análisis de datos de las encuestas tipo LSMS, el gran número de variables socioeconómicas se utilizarán para crear modelos y ajustes para el número relativamente limitado de variables relacionadas con salud. A cada registro de la muestra (sea del hogar o de un individuo, dependiendo del tipo de respuesta que se esté considerando) se agregarán variables de contexto a nivel de municipio y/o estado (o sus equivalentes) creadas a partir de datos censales. Las mismas variables de contexto se añadirán a los registros de mujeres y niños de las encuestas tipo DHS.

No es posible combinar directamente los datos de las encuestas LSMS y DHS una vez que los segmentos censales incluidos en las muestras son casi siempre diferentes. Aún así, información de las LSMS puede utilizarse para guiar los análisis de las DHS y viceversa. Por ejemplo, ambas encuestas incluyen variables comunes sobre los hogares y las viviendas. Se utilizarán las LSMS para explorar diferentes combinaciones de variables de tipo socioeconómico de los hogares (variables SES / Status Económico Social) que puedan servir como *proxies* para consumo y/o ingreso del hogar. Tales índices, adecuadamente validados, podrán ser entonces utilizados con los datos de las encuestas DHS en las cuales no existe información sobre consumo e ingreso. Las variables de salud podrán entonces estudiarse en términos distribucionales de acuerdo con estas *proxies*, así como el índice de bienes del hogar creado por Macro y el Banco Mundial (ver ítem 4.1). Dos tipos de índices de SES serán investigados: El “mejor” índice específico para cada país y también índices que puedan tener desempeño adecuado para todos los países (o por lo menos varios de ellos).

4.4 Selección de los países

La selección de países para realizar el proyecto estuvo limitada por la disponibilidad de encuestas de ambos tipos, LSMS y DHS, en años recientes. La tabla 2 muestra los cinco países de América Latina para los cuales se dispone de encuestas de ambos tipos en esta década.

Tabla 2: Países de América Latina con encuestas DHS y LSMS en los años 1980 y 1990, indicando los años en que fueron realizadas

| País | Encuesta DHS | Encuesta tipo LSMS |
|-----------|------------------|------------------------|
| Bolivia | 1989, 1994, 1998 | 1995 |
| Brasil | 1986, 1991, 1996 | 1996 |
| Colombia | 1990, 1995 | 1997 |
| Nicaragua | 1998 | 1993, 1998 |
| Perú | 1992, 1996 | 1990, 1991, 1994, 1997 |

El proyecto será realizado en estos cinco países. Como Bolivia, Brasil y Perú han tenido tres encuestas de tipo DHS en un periodo de 8 a 14 años, es posible estudiar tendencias en el tiempo en estos países. En Perú se podrá realizar el mismo ejercicio, utilizando los datos de cuatro encuestas de tipo LSMS.

5. VARIABLES Y PLAN DE ANÁLISIS

5.1 Definiendo variables de contexto

Las variables de contexto que se utilizarán están limitadas por los tipos de información que se recolecta en los censos nacionales. Se utilizarán por lo menos dos variables de contexto en dos niveles distintos, municipio y estado (o las unidades administrativas equivalentes):

- a) Porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas³⁴;
- b) Una combinación de porcentaje de mujeres en el mercado de trabajo y nivel de educación de las mismas, que capture una de las dimensiones de la situación contextual de género.

Cuando los datos lo permitan otras variables de contexto a considerar son las siguientes:

- Porcentaje de viviendas cuya propiedad es de los propios residentes.³⁵
- Desigualdad de ingreso (índice de Gini o 20/20 o ambos).

Cada una de las variables de contexto será adicionada al registro correspondiente de las encuestas LSMS y DHS.

5.2 Datos y análisis de las ISMs

5.2.1 Definiendo un índice “*proxy*” de SES a nivel de hogar

Las encuestas tipo LSMS y DHS incluyen por lo menos once variables en común, relacionadas con bienes del hogar:

1. Calidad de la vivienda (tipo de piso)
2. Tamaño del hogar (número de personas por dormitorio)
3. Origen del agua potable de la vivienda
4. Sistema de eliminación de excretas
5. Disponibilidad de electricidad
6. Bienes del hogar: radio
7. Bienes del hogar: televisión
8. Bienes del hogar: refrigerador
9. Bienes del hogar: medio de transporte
10. Propiedad de la tierra en áreas rurales
11. Disponibilidad de servicio doméstico

Utilizando los datos de la encuesta tipo LSMS se determinará “la mejor” variable *proxy* para consumo y/o ingreso del hogar utilizando estas once variables y otras como educación, ocupación y similares. Por lo menos dos abordajes serán empleados:

Regresión lineal: Con ingreso y/o consumo como variable dependiente y las variables arriba mencionadas como independientes. Explorar el conjunto mínimo de variables y la ecuación a ser usada en cada país. Explorar la posibilidad de tener un predictor común para ingreso y consumo.

Análisis discriminante: Se utilizarán los quintiles de ingreso y/o consumo como variable clasificatoria y las variables arriba mencionadas para construir la función discriminante. Explorar “la mejor” función discriminante para cada país y también la posibilidad de tener una función discriminante común para ingreso y consumo.

Las variables *proxies* y las funciones de clasificación determinados de la forma descrita (en adelante “índices *proxy* de SES”) se utilizarán en las encuestas DHS para clasificar los hogares en niveles de SES.

Analizando los datos de las encuestas DHS, investigadores de Macro Internacional y del Banco Mundial desarrollaron un “índice de bienes del hogar” a través de un análisis de componentes principales, del cual el índice es el primer componente. Esta tercera alternativa será comparada con las dos anteriores en el proceso de estudiar los resultados de salud de las DHS de forma distribucional.

5.2.2 Construcción de curvas de concentración

El número y tipo de preguntas relacionadas con salud en las encuestas tipo LSMS es pequeño y varía de un país a otro. En general están incluidas por lo menos las siguientes variables relacionadas con salud:

1. *Alguna forma de autoevaluación del estado de salud* (en general se obtiene preguntando a los miembros del hogar si han presentado ciertos síntomas o condiciones de salud en las últimas cuatro semanas) por sexo
2. *Búsqueda de atención de salud en las últimas cuatro semanas*, incluyendo trabajadores tradicionales de salud, farmacia, etc. por sexo
3. *Gastos en atención de salud*, incluyendo consultas, hospitalizaciones y medicinas, etc. por sexo
4. *Alguna medida de accesibilidad geográfica* que incluye medio de transporte y tiempo para llegar al proveedor de atención, tiempo de espera, etc. por sexo
5. Cobertura de vacunación
6. *Atención prenatal* (para mujeres de 15 a 49 años de edad)
7. *Contracepción* (para mujeres de 15 a 49 años de edad)
8. *Preguntas sobre hijos nacidos vivos y sobrevivientes*, lo que permite calcular tasas de mortalidad para diferentes grupos de edad en menores de cinco años (en algunos casos se encuentran preguntas que solamente permiten estimaciones indirectas tipo Brass).

Para las variables existentes en cada encuesta se construirán curvas de concentración³⁶ y se calcularán índices de concentración utilizando ingreso, consumo, las *proxies*

mencionadas en el ítem 5.2.1, nivel de educación del jefe de hogar y otras como variables clasificatorias.

5.2.3 Otros análisis de SES, estado de salud y atención de salud

Muchas de las variables de estado de salud y de atención de salud son dicotómicas, tales como consulta en las cuatro semanas anteriores (sí o no), tipo de establecimiento a que acudió (público o privado), compra de medicinas (sí o no), etc. En estos casos se construirán modelos de regresión logística para algunas de ellas utilizando como explicativas variables de tipo SES como ingreso y/o consumo, situación de empleo de hombres y mujeres, educación, sexo, posesión de la vivienda, estructura de la vivienda, y otras.

Para las encuestas en que sea posible la estimación de mortalidad en menores de cinco años de forma directa, se construirá una tabla de mortalidad. Es posible en estos casos desarrollar un modelo para la función “hazard” de esta tabla, utilizando variables de tipo SES como variables explicativas. Este tipo de análisis será desarrollado para las DHS por la (generalmente) mayor y mejor información sobre sobrevivencia infantil que contienen. Repetirlo para las LSMS permitirá verificar la consistencia de los resultados a partir de los dos tipos de encuestas.

5.3 Variables de las encuestas DHS y su análisis

El primer paso en el análisis será incluir en los registros de la DHS la *proxy* de SES que se obtuvo en 5.2.1. A los mismos registros se agregarán también los valores de las variables contextuales a nivel municipal y de estado (o sus equivalentes).

5.3.1 Construcción de curvas de concentración

Con la incorporación en cada registro de la *proxy* de SES es posible construir curvas de concentración para cada variable de salud de las encuestas DHS, tanto distribuyendo de acuerdo con esta *proxy* como por otros indicadores de SES, incluyendo nivel de educación, número de bienes durables en el hogar y otros. Las variables relacionadas con salud que se analizarán son: (las variables de estado de salud de niños(as) se refieren a edades inferiores a cinco años).

1. Paridad en grupos de alto riesgo
2. Intervalos intergenésico
3. Uso de anticonceptivos
4. Mortalidad en la niñez
5. Atención prenatal y del parto
6. Cobertura de vacunación
7. Prevalencia de diarrea y de infecciones respiratorias agudas en niños(as)
8. Lactancia materna

5.3.2 Otros análisis de SES y salud y atención de salud

Estos análisis serán similares a los que se contemplan con los datos de las encuestas tipo LSMS, mencionados en el ítem 5.2.3.

Muchas de las variables de estado de salud y de atención a la salud son dicotómicas. En estos casos se explorará si son adecuadas las regresiones logísticas para predecir la variable de interés, utilizando diferentes combinaciones de variables de SES y otras. Algunos ejemplos posibles son: atención prenatal (sí/no; o número inferior a un determinado número de consultas; o primera consulta dentro/después de los primeros tres meses de embarazo), muerte de un niño(a) de menos de un año (o de 1 a 4 años) en los últimos cinco años (sí/no), y otras. Otra posibilidad es utilizar regresión logística con el número de niños(as) nacidos(as) como denominador y niños(as) muertos(as) como numerador. La variable dependiente es

$$\text{logit}(\text{niños(as) muertos(as)/niños(as) nacidos(as)})$$

Los modelos obtenidos para mortalidad para edades de una a cuatro, mortalidad infantil y mortalidad neonatal mostrarán las importancias relativas de diferentes tipos de factores para estos tres casos. Se espera que para la mortalidad infantil y especialmente para la mortalidad neonatal la calidad de la atención del parto y el uso de los servicios de atención prenatal tendrán importancia mayor que para la mortalidad de uno a cuatro años. Será necesario explorar cómo estas variables explicativas interactúan con otras variables de SES y variables de contexto.

Este análisis se restringirá a niños(as) nacidos(as) en los últimos cinco años, y puede brindar resultados mejores que considerar la muerte del niño(a) como una variable dicotómica³⁷.

Los datos de las encuestas DHS permiten la estimación directa de mortalidad de menores de cinco años lo que hace posible desarrollar modelos para la función “hazard” de esta tabla utilizando variables de tipo SES como explicativas.

5.4 Contextualizando los análisis

Una vez que se hayan incluido variables contextuales a partir de los datos de los censos en los registros de las encuestas LSMS y DHS (ver 5.1 arriba) es posible ahora contextualizar los análisis. Se pueden contemplar por lo menos dos tipos de análisis:

- Estratificar los registros de la encuesta de acuerdo con niveles de una variable de contexto y explorar diferentes comportamientos de las curvas de concentración o de modelos ajustados para estos estratos³⁸.
- Utilizar tanto variables individuales como variables de contexto para ajustar de nuevo los modelos de 5.2.3 y 5.3.2. Estos modelos son del tipo llamado de multi-nivel (contextual) y requieren de herramientas y “software” estadístico adecuado^{39,40}.

La combinación de datos censales para crear variables de contexto con datos de las encuestas es la parte más innovadora de los análisis que se contemplan en este proyecto.

Existen todavía pocos ejemplos de este abordaje en estudios del estado de salud o de atención de salud, pero estos estudios han encontrado (o confirmado de manera rigurosa) resultados con gran potencial al combinar variables individuales y ecológicas en el desarrollo de modelos para respuestas individuales⁴¹. La adecuación de microdatos censales como *proxies* de SES es discutida, desde un punto de vista estrictamente estadístico, por Geronimus et al.⁴²

5.5 Análisis de tendencias

Uno de los objetivos específicos del proyecto se refiere al análisis de tendencias en el tiempo de las inequidades. Para tres de los países incluidos en el estudio (Bolivia, Brasil y Perú) se dispondrá de datos de tres encuestas tipo DHS a lo largo de un periodo de ocho a catorce años (ver Tabla 2). Los principales análisis descritos anteriormente se repetirán para las tres encuestas en estos países. Esto permitirá estudiar cómo las desigualdades están cambiando con el tiempo, y cómo estas tendencias se relacionan con desarrollos en las políticas de salud y cambios socioeconómicos. Este mismo tipo de abordaje podrá ser extendido en Perú a los análisis de encuestas tipo LSMS, toda vez que se podrá disponer de por lo menos tres de ellas a lo largo de seis años.

5.6 Análisis de uso de acuerdo con necesidad

Uno de los principales objetivos del proyecto es relacionar la utilización y los gastos con necesidades de atención. Como se aprecia de la Tabla 1 las encuestas tipo DHS se concentran más fuertemente en variables relacionadas con estado de salud y las tipo LSMS proveen más información sobre atención y gasto.

Con los datos de las encuestas tipo LSMS será posible estudiar atención y gasto de acuerdo con algunas variables tipo autoevaluación del estado de salud. Con los datos de las encuestas tipo DHS será posible estudiar utilización de servicios de atención materno-infantil de acuerdo con varias variables de estado de salud.

Estos análisis serán complementados por modelos multi-nivel.

VARIABLES DE CONTEXTO PARA LAS FAMILIAS BAJO LA LÍNEA DE POBREZA O CON NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS SERÁN CRUZADAS CON VARIABLES DE ATENCIÓN Y GASTO.

Para los datos de las encuestas tipo DHS, estos análisis serán repetidos a lo largo del tiempo en los países en que disponen de varias encuestas.

5.7 Identificando inequidades

Un aspecto importante del proyecto es llamar la atención para las diferencias entre desigualdades e inequidades y aumentar la visibilidad de estas últimas. Todas las desigualdades encontradas serán estudiadas con profundidad explorando su naturaleza injusta, y en estos casos estudiar porque se pueden caracterizar como inequidades. Este estudio no depende solamente de hallazgos estadísticos sino de juicios de valor con relación a justicia y evitabilidad. Por ejemplo, puede argumentarse que dar a luz sin asistencia de personal capacitado es por definición injusto y por lo tanto representa una inequidad. De la

misma forma, cualquier subpoblación con retraso del crecimiento superior a 5% estaría afectada por inequidad en relación con este aspecto de salud.

La separación de inequidades de las desigualdades involucra necesariamente algún grado de subjetividad y se espera que esta discusión aumentará el potencial de impacto político del proyecto.

6. UTILIZANDO LOS RESULTADOS

Se utilizarán tres principales medios de la difusión de los resultados del proyecto: publicaciones científicas, interacción con tomadores de decisión y a través de los medios de comunicación y la comunidad.

6.1 Publicaciones científicas

Los resultados de la investigación serán publicados en un informe de cada país. Además, se escribirán artículos con los hallazgos más importantes, a ser publicados por cada grupo de investigadores en periódicos científicos internacionales y de América Latina. Los principales resultados de los cinco países serán combinados en un informe global, que será preparado por la coordinación del proyecto y sus principales hallazgos serán enviados para su publicación en periódicos científicos. Un resumen del trabajo deberá publicarse también como un libro con la siguiente estructura: *Introducción; Fuentes de datos; Métodos; Capítulos de país; Comparaciones entre países; Conclusiones.*

6.2 Interacción con tomadores de decisiones

Un aspecto importante de la investigación aplicada es la interacción con los tomadores de decisiones políticas, a quienes se desea sensibilizar con los resultados de dichas pesquisas. En el caso de este proyecto los tomadores de decisión incluyen autoridades de los Ministerios de Salud y de Economía de los países, autoridades regionales (estados) y locales (municipales), así como miembros de los cuerpos legislativos, con interés en los temas de salud y en sus relaciones con las políticas económicas y sociales. Es esencial involucrarlos en el proyecto en la fase de presentación de resultados, para garantizar que los hallazgos serán utilizados en la definición de acciones políticas que puedan tener impacto en la reducción de las inequidades en el estado de salud y en la utilización y gasto por la atención de salud.

Se proponen dos rondas de interacción, a través de talleres de corta duración en las capitales nacionales de los países participantes. En el primer taller, políticos y otros actores sociales se reunirán con los investigadores durante las fases intermedias de desarrollo del proyecto y sus contribuciones y sugerencias serán incorporadas en lo posible en los análisis. Al final del proyecto un segundo taller deberá involucrarlos en la discusión de los principales hallazgos, para buscar alternativas de intervención para mejorar la equidad en salud en los países.

6.3 Público en general

El tema de las inequidades debe recibir una mayor atención por parte de los medios de comunicación de masa. Paralelamente con las publicaciones científicas de los resultados del estudio, deberán prepararse notas de prensa para los principales medios de comunicación en los países participantes. Organizaciones no gubernamentales y grupos organizados de la sociedad civil deberán ser igualmente involucrados en la difusión de los resultados hacia la sociedad en general, con la finalidad de generar “*momentum*” para la acción.

7. COORDINACIÓN

Un proyecto multicéntrico con varios grupos trabajando simultáneamente en diferentes países, según el mismo protocolo, necesita de mecanismos de coordinación bastante claros para garantizar que se cumplan los objetivos propuestos, que se siga el plan de análisis y que al final exista la posibilidad de comparar resultados de los diferentes grupos en los países. Estos mecanismos son también importantes para detectar la necesidad y proveer el apoyo técnico para superar problemas específicos que ocurran durante el desarrollo de la investigación.

Este proyecto dispondrá de varios mecanismos de coordinación y seguimiento:

- *Coordinación en cada grupo de investigación:* Los grupos de investigación y sus respectivos coordinadores serán seleccionados en cada país a través de un proceso competitivo. En los cinco países en que se desarrollará el proyecto se invitará a grupos con experiencia en trabajar con los tipos de datos contemplados en este estudio y con las metodologías de análisis propuestas a presentar credenciales. La selección de los grupos de investigación, con base en las credenciales presentadas, se realizará por un grupo interprogramático compuesto por representantes de los programas de la División de Salud y Desarrollo Humano (HDP) y miembros externos a la OPS, especialmente invitados.
- *Coordinación general:* Un miembro de HDP, el Dr. Norberto Dachs, será responsable por la coordinación técnica general del proyecto, con el apoyo del grupo interprogramático de la División. El grupo interprogramático se reunirá al finalizar cada fase del proyecto para hacer un seguimiento de los avances y para detectar necesidades de mayor apoyo de coordinación.
- *Comunicación entre los grupos de investigación y al interior de los mismos:* Al inicio del proyecto se realizará un taller metodológico del cual participarán los coordinadores nacionales del proyecto. Será también establecida una lista cerrada de discusión sobre el proyecto con todos los miembros de todos los equipos, para facilitar la discusión de problemas técnicos del proyecto y resolución de dificultades que ocurran sobre la marcha. La asistencia técnica será provista por el coordinador técnico del proyecto y miembros de los equipos o por consultores especializados a invitarse de acuerdo con necesidades específicas. El coordinador general visitará todos los grupos de investigación por lo menos una vez durante el periodo en que desarrollen los trabajos.

- *Coordinación administrativa:* El Programa de Coordinación de investigaciones proveerá el apoyo administrativo para el proyecto.

8. CRONOGRAMA DE TRABAJO

| Tareas | Meses | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | |
| Reunión inicial, obtención de datos | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Preparación de datos para análisis | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | |
| Análisis de datos iniciales | | | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | |
| Métodos multivariados | | | | | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | |
| Primera versión del informe | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | |
| Discusión de la 1ª versión de informe | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | |
| Preparación del informe final | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | |
| Redacción de trabajos científicos | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ |

9. PRESUPUESTO

El presupuesto total del proyecto es de US\$ 205,000: US\$ 55,000 para actividades de coordinación y supervisión y US\$150,000 para los trabajos en los cinco países. Cada grupo de investigación recibirá de la OPS un subsidio de entre US\$ 25,000 y US\$ 35,000.

Los no serán los mismos en todos los países y los montos indicados son valores medios. Algunos de los grupos podrán necesitar más recursos para equipos, otros para contratar consultores en áreas específicas como economía de la salud o estadística, u otros. Además, los montos que serán necesarios para obtener los datos censales pueden variar entre los países. Los datos de las encuestas pueden obtenerse sin costo y en muchos de los casos están disponibles directamente del *Internet*.

9.1 Presupuesto de país (ejemplo)

| Actividad | Costo (US\$) |
|--|---------------------|
| Personal | |
| Coordinador local, encargado de bases de datos, economista de la salud, estadístico | \$15,000 |
| Equipo | |
| Computadora (incluyendo un "laptop") | \$5,000 |
| Otros gastos | |
| Comunicaciones, bibliografía, materiales de oficina, materiales de computación y software, adquisición de tabulaciones especiales del censo, informe final, viajes locales | \$10,000 |
| Total | US\$ 30,000 |

9.2 Presupuesto de coordinación

| Actividad | Costo (US\$) |
|---|---------------------|
| Reuniones de coordinación | |
| Viáticos, pasajes y materiales para dos reuniones | \$39,000 |
| Consultorías | |
| Visitas de coordinación y/o estadístico | \$12,000 |
| Otros gastos | |
| Informe final regional y otros | \$4,000 |
| Total | US\$ 55,000 |

10. GRUPOS EN LOS PAÍSES

En cada uno de los países participantes propuestos, hubo por lo menos y en la mayoría de los casos varios grupos que podrían llevar a cabo el trabajo de investigación local. Después de la aprobación del proyecto, fue realizada la selección final de los grupos en los países, la cual está indicada en la siguiente sección.

11. INVESTIGADORES PRINCIPALES (POR PAÍS, EN ORDEN ALFABÉTICO)

| País | Investigador/a | Institución |
|-----------|--|---|
| Bolivia | Dr. Rory B. Narváez Guzmán rnarvaez@udape.bo | Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) Avenida Mariscal Santa Cruz Palacio de las Comunicaciones P-18 La Paz |
| Brasil | Dr. César Víctora cvictora@zaz.com.br | Universidade Federal de Pelotas Departamento de Medicina Social Avenida Duque de Caxias, 250 3o piso BRA-96030-002 Pelotas, RS |
| Colombia | Dra. Carmen Elisa Flórez Nieto cflorez@uniandes.edu.co | Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico (CEDE) Facultad de Economía Universidad de los Andes Cra 1-E No. 18-A-10 Santafé de Bogotá 4976 |
| Nicaragua | Dr. Jaime Espinosa Ferrando euram@tmx.com.ni | Fundación Internacional para el Desafío Económico Global (FIDEG) Hospital El Retiro 1 ½cuadras al lago Apartado Postal #2074 Managua |
| Perú | Dr. Martín Valdivia jvaldivi@grade.org.pe | Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE) Avenida del Ejército 1870 Lima 27 |

RECONOCIMIENTO

Esta propuesta extiende y presenta los detalles del ítem 5.2 (Nivel nacional: Revisión sistemática de fuentes de estadísticas de salud) del proyecto originalmente presentado al Programa de Coordinación de Investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/HDR) en enero de 1999: *Estudio Multicéntrico sobre Inequidades en Salud en las Américas: Del nivel Nacional Hacia las Comunidades*.

El perfil original fue preparado por el Dr. César Víctora de la Universidad Federal de Pelotas en Brasil, con la participación de los miembros del grupo interprogramático sobre investigación en inequidades de salud de la División de Salud y Desarrollo Humano de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/HDP). En la preparación del proyecto ellos han tenido en cuenta los estudios sobre la producción en esta área en el hemisferio desarrollados por el Dr. Steve Wing y el Dr. David Richardson de la Universidad de Carolina del Norte en Estados Unidos y el Dr. Naomar de Almeida Filho de la Universidad Federal de Bahia en Brasil. Los dos informes están disponibles como publicaciones de la Series de Documentos Técnicos *Investigaciones en Salud Pública* de la OPS/HDR, Números 9 y 19, respectivamente. Los miembros del grupo interprogramático son el Dr. Alberto Pellegrini, la Dra. Elsa Gómez, el Dr. Norberto Dachs y el Dr. Edward Greene.

La versión preliminar del proyecto fue discutida en una reunión de expertos en diciembre de 1998. Las sugerencias de este grupo fueron incorporadas en el perfil para la redacción de su versión final. Además de los miembros del grupo interprogramático y de los Drs. César Víctora, Naomar de Almeida Filho y David Richardson, este grupo estuvo constituido por la Dra. Paula Braveman de la Universidad de California en San Francisco, el Dr. Moises Goldbaum de la Universidad de São Paulo, Brasil, y el Dr. Pedro Luis Castellanos, consultor de la OPS en la República Dominicana.

La preparación de esta propuesta específica utilizando datos secundarios fue coordinada por el Dr. Norberto Dachs, con la activa participación de los demás miembros del grupo interprogramático de HDP y del Dr. César Víctora. Todo el personal profesional del Programa de Políticas Públicas y Salud ha leído las varias versiones y ha contribuido con importantes sugerencias al proyecto. El Comité Asesor Interno de Investigaciones (CAII), al revisar la propuesta, hizo comentarios valiosos para aclarar algunos puntos y enriquecer la propuesta. El plan de análisis fue detallado en la primera reunión de trabajo del proyecto, en la cual han participado todos los equipos de los cinco países en los cuales se desarrolla el trabajo, así como los puntos focales de la respectivas Representaciones de la OPS en estos países. La coordinación técnica para el desarrollo del proyecto está a cargo del Dr. Norberto Dachs del Programa de Políticas Públicas y Salud.

REFERENCIAS Y NOTAS

¹ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (1998) *Liderazgo en salud panamericana*. Washington: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (Document Oficial No. 287).

² Banco Mundial (1999) *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1998/99*. Washington: Banco Mundial.

³ Castellanos, P.L. (coord) (1991) *Proyecto: Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar*. Washington: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias.

⁴ Almeida-Filho, N. (1998) *Desigualdades em saúde segundo condições de vida: análise da produção científica na América Latina e Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (borrador).

⁵ Wing, S. & D. Richardson (1998) *Material Living Conditions and Health in the United States, Canada and Western Europe: A Review of Recent Literature*. Washington: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (Serie de Documentos Técnicos *Investigaciones en Salud Pública* 19).

⁶ Stronks, K., H. van Trirum & J.P. Mackenbach (1996) A documentation centre on socioeconomic inequalities in health. *J Epidemiol Comm Health* 50: 1.

⁷ Editorial (1998) Lower Socioeconomic status and increased mortality. *J Am Med Assoc* 279: 1745.

⁸ Un estudio reciente realizado por los editores de la *Revista de la Asociación Americana de Salud Pública (Journal of the American Public Health Association)* muestra que el número de ensayos revisados para publicación, sobre inequidades en salud asociadas a condiciones socioeconómicas, se ha multiplicado por tres desde 1996.

⁹ Canadian Public Health Association (1997) *Health impacts of social and economic conditions: implications for public policy*. Ottawa: CPHA (Board of Directors Discussion Paper, p. 29).

¹⁰ Gwatkin, D. (1999) *Poverty, equity and health. Evidence from developing countries*. Trabajo presentado en el Ninth Annual Public Health Forum, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 19–23 abril.

¹¹ Victora, C.G. (1999) *Reducing health inequalities: Can health interventions make an impact?* Trabajo presentado en el Ninth Annual Public Health Forum, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 19–23 April.

¹² Los resultados preliminares están disponibles para cinco países incluidos en el proyecto: Brasil, Ecuador, Guatemala, Jamaica y Perú. Una de las conclusiones más importantes de los informes preliminares es la necesidad de estudiar los instrumentos utilizados para medir la autoevaluación de salud en las actuales encuestas de hogares.

¹³ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (1999) *Implementing Decentralization and Financing Strategies while Protecting the Poor: A Draft Policy Document*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), PAHO/UNDP/CARICOM Project: Managing and Financing Health to Reduce the Impact of Poverty in the Caribbean.

¹⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999) *International Poverty and Health Network. Advisory Group Meeting Report*. WHO/HSD/99.1. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS).

¹⁵ Los resultados del proyecto serán publicados en un libro en junio de 2000. El estudio incluyó sólo dos países de América Latina y del Caribe: Chile y México

¹⁶ Whitehead, M. (1992) The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 22: 430–445.

¹⁷ Braveman, P. (1998) *Monitoring equity in health: A policy-oriented approach in low- and middle-income countries*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS), Division of Analysis, Research and Assessment.

¹⁸ Samaja, J. (1994) *Las condiciones de vida y la salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Informe de HDP/HST.

¹⁹ Whitehead & Didericksen (1999) Conceptual framework. Primer capítulo de un libro a ser publicado en 1999, donde se presentarán los resultados del proyecto GHEI de la Fundación Rockefeller..

²⁰ UNICEF (1993) *The UNICEF Nutrition Framework*. Nueva York: UNICEF, Nutrition Section.

²¹ Victora, C.G., S.R. Huttly, S.C. Fuchs & M.T.A. Olinto (1997) The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 26: 224–227.

²² El término “contexto” es usado aquí para indicar variables grupales o de nivel macro que hacen posible incorporar múltiples niveles de determinación en el estudio del estado de salud, acceso, utilización y gasto en atención de salud. Una referencia que explica en profundidad el significado e importancia de las variables de contexto y los estudios de contexto está en la nota 33. Existen también dos sitios del *Internet* dedicados al análisis de multinivel o estudios de contexto:

<http://alliage.medent.umontreal.ca/multilevel/> y <http://www.educ.msu.edu/units/Groups/LAMMP/>

²³ La desigualdad del ingreso no es una característica individual, pero sí de una comunidad, área geográfica o administrativa. Las dos notas siguientes presentan referencias sobre alguna de la extensa investigación que ha sido realizada en relación a esta variable y algunas de las discusiones sobre por qué es tan importante para salud, junto al nivel de ingreso.

²⁴ Wilkinson, R.G. (1996) *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. Londres: Routledge.

²⁵ Kennedy, B.P.; I. Kawachi; R. Glass and D. Prothrow-Stith (1998) *Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States: Multilevel analysis*. *British Medical Journal* 317 (3 October): 917–921.

²⁶ Victora, C.G. & J.P. Vaughan (1985) Land tenure patterns and child health in Southern Brazil. The relationship between agricultural production, malnutrition and child mortality. *Int J Health Serv* 15: 253–274.

²⁷ Los objetivos de MECOVI (Programa para el Mejoramiento de las Encuestas para la Medición de las Condiciones de Vida en América Latina y el Caribe) son presentados en el *Internet* en <http://www.eclac.org/espanol/estadisticas/mecovi/MECOVI.HTM>

²⁸ El Estudio sobre Medición de las Condiciones de Vida (The Living Standards Measurement Surveys Project/LSMS) del Banco Mundial puede ser consultado en el *Internet* en la siguiente dirección: <http://www.worldbank.org/html/prdph/lsm/lsmshome.html>

²⁹ Información sobre las Encuestas de Demografía y Salud (Demographic and Health Surveys/DHS) puede ser obtenida en <http://www2.macoint.com/dhs/>

³⁰ <http://www.mideplan.cl/casen2/index.html>

³¹ <http://www.ibge.gov.br/informacoes/pnad/Sint96/introducao.htm> y <http://www.datasus.gov.br/rnis/PNAD98/PNAD98.html>

³² Banco Mundial (1999) *Fact Sheets on Health, Nutrition, Population, and Poverty. A tabulation of Demographic and Health Survey Data Commissioned by the World Bank HNP / Poverty Thematic Group*. Informe no publicado. Washington, D.C.: Banco Mundial.

³³ Diez-Roux, A.V. (1998) Bringing Context Back into Epidemiology: Variables and Fallacies in Multilevel Analysis. *Amer. J. Publ. Health* 88: 216–222.

³⁴ Para los detalles sobre el cálculo de necesidades básicas insatisfechas utilizando datos censales vea Carrasco, Sebastián; Martínez, Jorge; Vial, Claudia (1997) *Población y necesidades básicas en Chile: un acercamiento sociodemográfico al período 1982–1994*. Chile. Ministerio de Planificación y Cooperación Santiago: MIDEPLAN. 363 pp.

³⁵ Muchas veces la vivienda es propiedad de los residentes pero no así la tierra sobre la cual está asentada. Será importante poder identificar la propiedad de la tierra en general pero este aspecto en general no es preguntado en las encuestas de hogar.

³⁶ Wagstaff, A.; N. Kakwani and E. van Doorslaer (1997) Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation and statistical inference. *Journal of Econometrics* 77.

³⁷ Victora, C.G., P.G. Smith & J.P. Vaughan (1986) Social and environmental influences on child mortality in Brazil. Logistic regression analysis of census files. *J. of Biosoc. Science* 18: 87–101.

³⁸ Esta propuesta es similar a la que hizo Castellanos para el análisis de mortalidad y otras variables usando estratos de condiciones de vida. Vea nota 2.

³⁹ Duncan, C., K. Jones & G. Moon (1998) Context, composition and heterogeneity: Using multilevel models in health research. *Soc. Sci. Med* 46 (1): 97–117.

⁴⁰ Singer, J. (1997) Using SAS PROC MIXED to fit multilevel models, hierarchical models, and individual growth models. Preprint. To appear in the *J. of Educ. and Beh. Stat.*

⁴¹ Un excelente ejemplo es el artículo de Kennedy et al. de la nota 25. Las referencias de las notas 33 y 39 tienen listas de ejemplos ya publicados utilizando esta metodología.

⁴² Geronimus, A. T.; J. B. & L. J. Neidert (1996) On The Validity of Using Census Geocode Characteristics to Proxi Individual Socioeconomic Characteristics. *J. Amer. Stat. Assoc* 91 (434): 529–537.

Coordinación de Investigaciones
División de Salud y Desarrollo Humano
Investigaciones en Salud Pública

DOCUMENTOS TÉCNICOS

PROYECTOS MULTICÉNTRICOS

Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España (Proyecto ACTIVA)

1. Protocolo del Estudio Multicéntrico: Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
2. Cuestionario y manuales del Estudio Multicéntrico: Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
3. ¿Quién es violento? Factores asociados con comportamientos agresivos en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
4. La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
5. Base de datos y documentación del Estudio Multicéntrico: Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA

Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (Proyecto SABE)

6. Protocolo del Estudio Multicéntrico: Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Proyecto SABE
7. MINIMENTAL STATE EXAMINATIONS (MMSE) del estudio de demencia en Chile: Análisis estadístico
8. Cuestionario del Estudio Multicéntrico: Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Proyecto SABE

Comparative Gender Analysis of Dietary and Exercise Behavior in the Caribbean: A Framework for Action

21. Protocol of the Multicenter Study
Comparative Gender Analysis of Dietary and Exercise Behavior in the Caribbean:
A Framework for Action

Inequidades en estado de salud, acceso y gasto en atención de salud:
Utilizando datos secundarios para apoyar la toma de decisiones

22. Protocolo del Estudio Multicéntrico

Inequidades en estado de salud, acceso y gasto en atención de salud:
Utilizando datos secundarios para apoyar la toma de decisiones

EQUIDAD Y SALUD EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE (PROYECTO ELAC)

9. Material Living Conditions and Health in the United States, Canada and Western Europe:
Review of Recent Literature and Bibliography

19. Desigualdades de salud en función de las condiciones de vida:

Análisis de la producción científica en América Latina y el Caribe

31. Equidad y Salud en Centroamérica: Protocolo de un estudio comparativo
entre países del Istmo utilizando fuentes secundarias

32. Bibliografía anotada sobre equidad y salud en Centroamérica

CONCURSOS REGIONALES

Gestión de los Recursos Humanos

10. Implantación de Programas de Calidad Total en servicios de atención primaria
a la salud: Avances y dificultades

11. Recursos Humanos e Trabalho Coletivo em Saúde: A equipe multiprofissional

12. Remuneração e produtividade na fundação hospitalar de Minas Gerais:
A percepção dos trabalhadores e gerentes

Reformas del Sector Salud

13. Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: Estudio basado en un
sistema de información geográfica (GIS)

14. La descentralización de la Salud: El caso de tres municipios colombianos

15. El Programa Salud Básica Para Todos y los Comités Locales de Administración de
Salud: Dos Modelos de Reforma para la Red Periférica. Perú 1994-1996

16. La transferencia de la prestación de Servicios de Salud a los Pobres
del sector público al sector privado: Una evaluación preliminar del
nivel de adecuación a la situación sanitaria y satisfacción de los usuarios

17. A reforma sanitária brasileira: Em busca da equidade

Inversión en Salud y Crecimiento Económico

18. Salud, crecimiento y distribución en Latinoamérica y el Caribe:
Un estudio de determinantes y comportamiento regional y local

Reforma sanitaria en perspectiva histórica en América Latina y el Caribe

30. Revolución social y reforma sanitaria: Cuba en la década de los 60

TEMAS PRIORITARIOS DE SALUD PÚBLICA

20. El hospital público y la representación social del VIH/SIDA
25. Sexual Intimacy among Young Teenagers in Pelotas, Brazil: Achieving Maturity in a Complex World
27. Autonomización hospitalaria y desplazamientos de la demanda de atención: Lima, 1988–1997

SUBVENCIONES PARA TESIS DE POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA

23. Desigualdade na utilização de serviços hospitalares na cidade do Rio de Janeiro, Brasil
24. Análise ecológica da distribuição e contexto socioespacial dos homicídios: Porto Alegre, Brasil, 1996
26. Exposición a plomo ambiental en población infantil de la ciudad de Antofagasta aledaña a acopios de concentrado de este mineral
28. Breastfeeding and Milk Insufficiency in Esmeraldas City, Ecuador: A Biocultural Perspective
29. Indicadores de salud ambiental y desarrollo de acciones preventivas contra la *ascariasis* en comunidades rurales de Caparaó y Alto Caparaó, Minas Gerais, Brasil

Para obtener información u ordenar copias de los documentos,
favor comunicarse a la la siguiente dirección:

Coordinación de Investigaciones / Programa de Subvenciones
División de Salud y Desarrollo Humano
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd Street, N.W.
Washington, DC 20037-2895, EUA
Teléfono: (202) 974-3117
Facsimile: (202) 974-3680
Correo electrónico: RGP@paho.org