



La Realidad Social

Módulo 4 –
Tomándole el pulso
a la salud



**Director del Curso**

Eduardo Lora

Coordinador del Curso

Carlos Gerardo Molina

Autores del módulo

William Savedoff y Eduardo Lora

La Realidad Social

Módulo 4. Tomándole el pulso a la salud

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) es titular de todos los derechos de autor sobre la versión original de esta obra. El uso, transformación, reproducción, distribución y comunicación total o parcial de esta obra puede ser autorizado por el BID bajo los términos de una licencia, los cuales pueden consultarse en el siguiente enlace electrónico <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=36550852>. Para los efectos de la licencia dicho enlace electrónico constituye el URI (Identificador Uniforme de Recurso). Esta licencia contiene restricciones y limitaciones de responsabilidad. Para el otorgamiento de la licencia se requiere, en todo caso, de un acuerdo escrito y firmado entre el BID y el licenciatario que incorpore los términos que aparecen en el enlace electrónico antes indicado. Para más información sírvase escribir a PID-INDES@iadb.org

Nota: Las opiniones incluidas en los contenidos corresponden a los autores de los mismos y no reflejan necesariamente la opinión del Banco y del INDES.

Índice

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE.....	4
PREGUNTAS PARA ACTIVAR CONOCIMIENTOS PREVIOS.....	4
LA SALUD ES ESENCIAL PARA EL BIENESTAR.....	8
MÁS SANOS QUE NUNCA	10
LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA	23
FACTORES QUE HAN CONTRIBUIDO A UNA MEJOR SALUD	36
MÁS ACCESO QUE NUNCA A LOS SERVICIOS DE SALUD.....	39
EL DESIGUAL ACCESO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD	44
LA DESIGUAL COBERTURA FINANCIERA PARA LA SALUD.....	49
RETOS FUTUROS	54
FUENTES Y LECTURAS RECOMENDADAS	76

Objetivos de Aprendizaje

- Conocer los diferentes indicadores que miden el estado de salud de una sociedad, las mejoras que América Latina y el Caribe ha experimentado en materia de salud y la transición epidemiológica que actualmente transcurre en América Latina.
- Analizar y explicar los factores detrás de las recientes mejoras en salud en América Latina y el Caribe.
- Identificar y analizar las ineficiencias e inequidades que causa la fragmentación del sector salud.
- Definir los retos que hoy en día enfrentan los sistemas de salud de América Latina, incluyendo inequidades en las condiciones de salud y en el acceso a servicios de salud.

Preguntas para Activar Conocimientos Previos

- ¿Podría aportar algún dato que avale que la población en América Latina es más sana que nunca?
- ¿Podría explicar por qué la *transición epidemiológica* hacia enfermedades no transmisibles modifica los tipos de servicios de atención sanitaria que necesita la población, tanto preventivos como curativos?
- Según su criterio, ¿Cómo afecta la salud en la sociedad?
- Enfóquese en su país de origen ¿cuáles serían los principales avances en materia de salud y cobertura? ¿y los principales retos?

- ¿Qué políticas, a su juicio, son indispensables implementar para mejorar la salud de los sectores más desfavorecidos?

Introducción

La salud de la población de América Latina y el Caribe ha mejorado enormemente en casi todas sus dimensiones y para casi todos los grupos o clases definibles en las últimas décadas, lo que sin duda representa un avance importante para el bienestar personal y social de la población de esta región. Del estado de salud de los individuos depende su capacidad para participar en la vida económica y social, y para desenvolverse en su vida personal. Sin embargo, la salud no constituye un aspecto aislado de la vida, depende mucho de otros aspectos del entorno social y físico de una persona, como la educación, el empleo, estatus socioeconómico, las redes sociales, el acceso a agua potable y saneamiento, para nombrar sólo algunos.

Interconexión de elementos que inciden en la salud

- *Educación*
- *Empleo*
- *Estatus socioeconómico*
- *Redes sociales*
- *Acceso a agua potable*
- *Saneamiento*

Los adelantos sanitarios que tuvieron lugar en América Latina y el Caribe durante el último medio siglo fueron extraordinarios. En los últimos 50 años, la esperanza de vida al nacer ha aumentado más de 15 años.

E

Un ejemplo que ilustra bien este progreso es el hecho de que la esperanza media de vida para los niños nacidos en Bolivia en la actualidad es de 66 años, más alta que la de Estados Unidos en 1940 (62 años), una época en la que éste país tenía un nivel de ingresos mucho más elevado.

Los latinoamericanos tienen vidas más largas y también más sanas en muchos aspectos, como lo revelan los indicadores de morbilidad y las características biométricas de las generaciones más jóvenes.

Si bien estos avances han sido notables, la región cuenta, de todas formas, con una serie de retos importantes:

- ➔ Por un lado, han persistido grandes diferencias entre grupos sociales y étnicos.
- ➔ Asimismo, dista de ser universal el acceso a los servicios de salud y a condiciones ambientales y sociales que permitan mantener una buena salud.
- ➔ Por otro lado, el perfil epidemiológico de la región se caracteriza por una “doble carga de enfermedad”:
 - la persistencia o resurgimiento de enfermedades infecciosas típicas de países en desarrollo, y
 - el incremento simultáneo de enfermedades crónicas y degenerativas que afectan a sociedades más ricas.

➔ Estos cambios, sumados a la creciente disponibilidad de tecnologías médicas con potencial para prolongar la vida a un costo elevado, generan hoy en día una carga importante para el sector salud.

Aunque América Latina y el Caribe ha tenido avances sustanciales en materia de salud en las últimas décadas, hay una serie de retos importantes: persisten grandes diferencias entre grupos sociales y étnicos; el acceso a servicios de salud dista de ser universal; la región enfrenta una “doble carga de enfermedad” (persistencia de enfermedades infecciosas e incremento de enfermedades crónicas); y cambios tecnológicos han encarecido considerablemente los servicios de salud.

Los principales retos que hoy enfrenta la región requieren prominentes acciones públicas para promover normas sociales más saludables y ambientes más sanos y seguros y, al mismo tiempo, asegurar un acceso más igualitario a los servicios de cuidado de la salud, mejorando la calidad de los mismos para todos, y extendiendo la protección financiera para hacer frente al costo del cuidado médico. Estos retos requieren una estrategia coherente que asegure la provisión de bienes públicos importantes, la sostenibilidad fiscal del sector público, y la regulación cuidadosa de las relaciones entre el sector público y privado.

La salud es esencial para el bienestar

La salud afecta al bienestar de muchas maneras, pero principalmente porque se necesita cierto nivel de funcionamiento físico y mental para participar en las actividades individuales y sociales necesarias para desarrollar el potencial humano. La salud es esencial para la capacidad de una persona de vivir con autonomía, un requisito previo universal del bienestar. Las personas sanas tienen una amplia gama de capacidades que contribuyen notablemente a sus “libertades positivas” y, en consecuencia, a sus probabilidades de vivir una vida más larga con autonomía, comodidad material y significado.

¿Qué implicaciones tiene la salud en la sociedad?

- ➔ La importancia de la salud como capacidad implica que los mecanismos sociales que aseguran la educación y el acceso a la atención médica necesaria y a condiciones saludables de vida constituyen una parte fundamental del progreso y el desarrollo.
- ➔ La buena salud también cobra importancia para la movilidad social y el crecimiento económico al mejorar la capacidad de una persona para educarse, ser productiva y ganarse un sustento.

La salud no solo es esencial para poder vivir con autonomía y participar en la sociedad; también es fundamental para la movilidad social y el crecimiento económico.

Como ejemplos ilustrativos a lo dicho anteriormente podemos decir que:

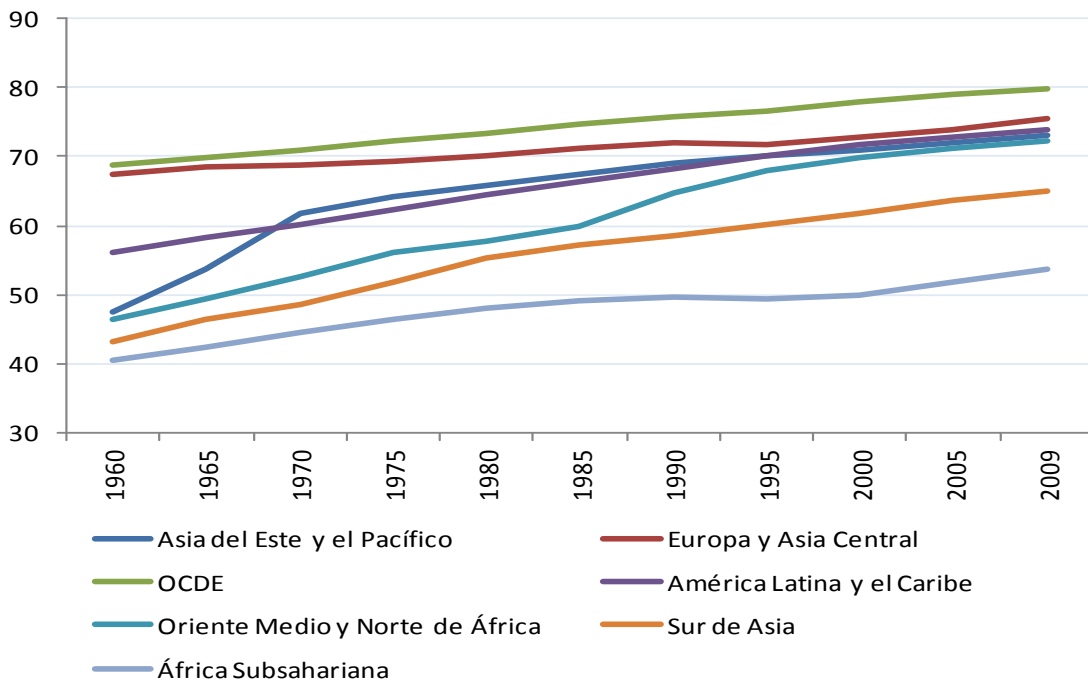
- un buen estado nutricional es esencial para el desarrollo cognitivo de un niño y su rendimiento académico,
- los trabajadores agrícolas son más productivos cuando tienen niveles saludables de hierro en el torrente sanguíneo,
- las personas con mejor estado de salud pierden menos días de trabajo,
- las capacidades cognoscitivas de los niños mejoran cuando están bien nutridos, y
- las personas más sanas, medidas por su estatura y su índice de masa corporal, también tienden a ganar más en el mercado de trabajo, en parte, indicando un mayor nivel de productividad.

Más sanos que nunca

En promedio, la población de América Latina está más sana que nunca, y, a pesar de diferencias persistentes, esto es válido para casi todos los grupos sociales. A diferencia de otros aspectos del desarrollo, como la educación y el crecimiento económico, a América Latina y el Caribe le ha ido muy bien en materia de salud en comparación con otras regiones en desarrollo. Hoy en día, la región tiene la esperanza de vida más alta y las tasas de mortalidad infantil más bajas de todas las regiones en desarrollo (véanse los Gráficos 1 y 2). El progreso en las últimas décadas ha sido excepcional.

Una buena medida sintética de las condiciones de salud existentes en un momento dado es la esperanza de vida, que representa los años que, en promedio, podría llegar a vivir una generación de recién nacidos, dadas las tasas de mortalidad que tendrían que enfrentar a cada edad de sus vidas. Desde 1960, la esperanza de vida se ha incrementado más rápidamente que nunca en todo el mundo, y América Latina no ha sido una excepción. En 1960, el país promedio de la región tenía una esperanza de vida al nacer de sólo 56,5 años, cifra que para 2009 se había elevado a 73,4 años (véase el Cuadro 1).

Gráfico 1. Esperanza de vida al nacer por región del mundo, 1960-2009(Años)



Fuente: *World Development Indicators* del Banco Mundial (2011)

La esperanza de vida al nacer es representada por los años que, en promedio, puede alcanzar a vivir una generación de recién nacidos, dadas las tasas de mortalidad que tendrían que enfrentar a cada edad de sus vidas. Desde 1960, América Latina ha liderado las mejoras de este indicador a nivel mundial.

No obstante el avance promedio, hay diferencias importantes por países. Por ejemplo:

E *Haití*

Los haitianos nacidos hacia el 2009 pueden esperar vivir 19,4 años más de lo que podían esperar vivir los nacidos en 1960, pero su esperanza de vida sólo alcanza 61,4 años.

E *Chile y Costa Rica*

En el otro extremo, los ciudadanos de Chile y Costa Rica tienen una esperanza de vida superior a 78 años, lo que representa un aumento frente al año 1960 de 21,7 y 17,5 años respectivamente. Durante este periodo, nueve países registraron incrementos de más de 20 años en su esperanza de vida al nacer: Bolivia, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana.

La esperanza de vida en la región parece haber mejorado en casi todos los grupos sociales, aunque persisten grandes diferencias y, en algunos casos, estas pueden haberse ampliado. Por ejemplo:

E *Brasil – Población de ascendencia africana*

En 2000, la esperanza de vida al nacer era de 71 años para la población brasileña en su conjunto, pero sólo de 65,7 años para las personas de ascendencia africana.

E

Honduras y México, indígenas

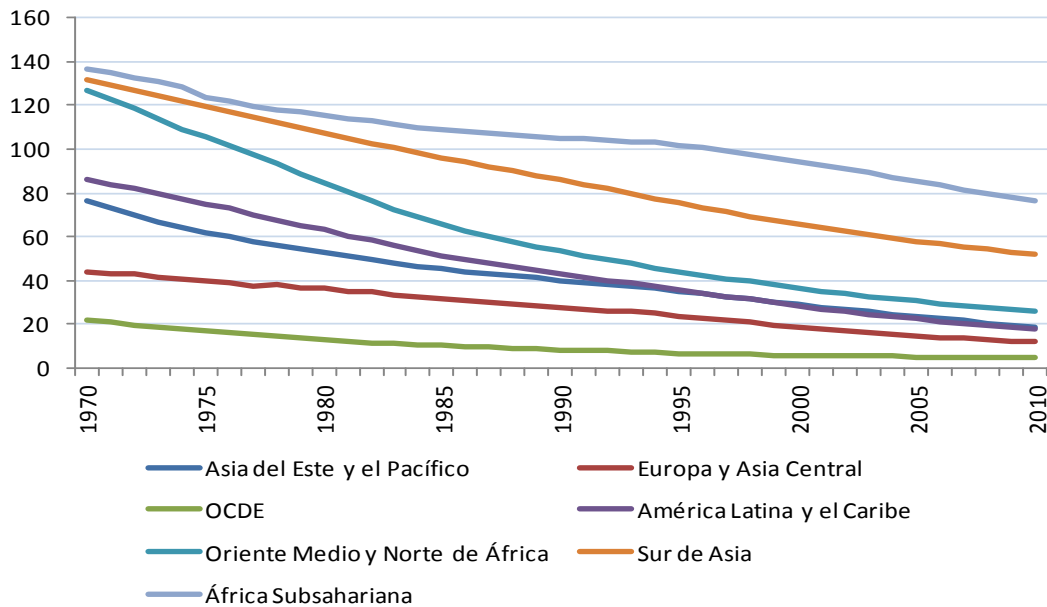
En Honduras, en 1993, la esperanza de vida al nacer de los indígenas varones ascendía a tan sólo a 36 años, en comparación con 65 años para toda la población masculina, y a sólo 43 años para las mujeres indígenas, en comparación con 70 años para toda la población femenina. En México, a comienzos de la década del 2000, la población no indígena tenía una esperanza de vida de 74 años, unos cinco años más que la población indígena.

Cuadro 1. Esperanza de vida al nacer por país, 1960-2009 (Años)

País	1960	2009	Diferencia 2009-1960
Haití	42,1	61,4	19,4
Bolivia	42,7	66,0	23,3
Guyana	52,8	69,2	16,4
Trinidad y Tobago	63,2	69,5	6,3
Surinam	59,7	70,1	10,4
Guatemala	45,7	70,6	24,8
El Salvador	51,3	71,5	20,2
Paraguay	63,6	72,1	8,4
Honduras	46,2	72,5	26,3
Jamaica	64,2	72,6	8,4
Brasil	54,5	72,8	18,3
República Dominicana	51,8	73,0	21,2
Colombia	56,7	73,2	16,5
Nicaragua	46,9	73,4	26,5
Perú	47,6	73,5	25,9
Venezuela, RB	58,5	73,9	15,4
Bahamas	63,2	75,0	11,8
Ecuador	53,1	75,3	22,2
Argentina	65,2	75,5	10,3
Belice	60,9	75,6	14,7
Panamá	60,8	75,8	15,0
Uruguay	67,8	76,1	8,3
México	57,0	76,5	19,4
Chile	57,0	78,8	21,7
Cuba	63,7	78,8	15,1
Puerto Rico	68,9	78,8	9,9
Costa Rica	61,6	79,1	17,5
Promedio	56,5	73,4	16,8

Fuente: *World Development Indicators* del Banco Mundial (2011)

Históricamente, las reducciones de la mortalidad infantil (es decir, en el primer año de vida) -producto de mejoras en saneamiento básico y nutrición, entre otros factores- han sido las principales fuentes de aumento de la esperanza de vida. En América Latina y el Caribe, las tasas de mortalidad de los niños menores de un año se han ido reduciendo casi ininterrumpidamente desde fines del siglo XIX hasta nuestros días. En 1960, la tasa promedio de mortalidad infantil en la región era de un poco más de 102 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (alrededor de un niño por cada diez). Para 2010, los valores habían bajado a sólo 19,5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (véase el Cuadro 2).

Gráfico 2. Tasa de mortalidad infantil, regiones del mundo, 1970-2010

Fuente: *World Development Indicators* del Banco Mundial (2011)

Cabe anotar que a pesar de los recientes avances importantes, la tasa de mortalidad infantil en la mayoría de países de la región supera la de los países desarrollados, y en algunos países y grupos sociales es varias veces mayor.

E Por ejemplo, 70,4 y 41,7 niños por cada 1.000 nacidos vivos mueren antes de cumplir su primer año de vida en Haití y Bolivia, respectivamente. En Cuba, Chile y Uruguay, estas cifras (4,6; 7,7 y 9,2, respectivamente) son más parecidas a aquellas de países desarrollados. Y si se examinan las diferencias entre grupos sociales,

se encuentra que, a comienzos de la década del 2000, la tasa de mortalidad de niños nacidos vivos de madres indígenas por poco duplicaba la de los niños de madres no indígenas en algunos países como Ecuador (donde, en 2001, mientras la tasa de mortalidad infantil para indígenas era de 37 por cada mil nacidos vivos, era solo de 21 para no indígenas) y México (donde, en 2003, la tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos era de 41 en municipalidades con más de 75% de población indígena, y sólo de 24 en municipalidades con 5% de población indígena).

La lucha contra la mortalidad infantil debe mantenerse aún en las agendas públicas, especialmente teniendo en cuenta que una proporción importante de estas muertes son producto de enfermedades prevenibles como infecciones y problemas respiratorios y nutricionales.

Cuadro 2. Tasa de mortalidad infantil por país, 1960-2010**(Muertes por cada 1.000 nacidos vivos)**

País	1960	2010	Diferencia 2010-1960
Haití*	163,7	70,4	-93,3
Bolivia	176,1	41,7	-134,4
Guatemala	141,7	24,8	-116,9
Nicaragua	132,0	22,6	-109,4
Paraguay	65,2	20,8	-44,4
Honduras	140,1	20,3	-119,8
Jamaica	60,5	20,2	-40,3
Ecuador	115,5	17,6	-97,9
Brasil	131,6	17,3	-114,3
Panamá	64,9	17,2	-47,7
Colombia**	76,3	16,5	-59,8
Venezuela	61,8	15,7	-46,1
Perú	139,9	14,9	-125,0
México	97,2	14,1	-83,1
El Salvador	126,5	13,9	-112,6
Argentina	60,6	12,3	-48,3
Uruguay	55,3	9,2	-46,1
Costa Rica**	67,5	8,7	-58,8
Chile	130,8	7,7	-123,1
Cuba*	44,4	4,6	-39,8
Promedio	102,6	19,5	-83,1

Fuente: *World Development Indicators* del Banco Mundial (2011)

Nota: * Dato más antiguo disponible corresponde a 1962; ** Dato más antiguo disponible corresponde a 1965

El descenso de la fecundidad contribuyó a una mejor salud

La mayor esperanza de vida y la reducción de la mortalidad están vinculadas a un cambio demográfico masivo hacia poblaciones con una

mayor proporción de adultos, que ha revolucionado la estructura de la familia, transformado las economías, y modificado las perspectivas sobre el bienestar. A medida que decaían las tasas de mortalidad en los siglos XIX y XX, las poblaciones comenzaron a crecer. Por diferentes razones -entre éstas cambios socioculturales en el rol de la mujer y mayor acceso a métodos anticonceptivos- también bajaron posteriormente las tasas globales de fecundidad, que indican el número promedio de hijos que tendría una mujer durante la totalidad de su vida fértil.

➔ Según las estadísticas de las Naciones Unidas, la tasa global de fecundidad de América Latina y el Caribe se encontraba entre las más altas del mundo en 1960, con 5,9 nacimientos por mujer, en tanto que en la década del 2000 era inferior al promedio mundial de 2,4 nacimientos por mujer. Chile, Costa Rica y Uruguay tienen las tasas globales de fecundidad más bajas, de aproximadamente 2,0 nacimientos por mujer, lo cual es inferior a la tasa global de fecundidad que estabiliza el tamaño de una población (2,1). En otras palabras, estas sociedades no cuentan con suficientes nacimientos para mantener el tamaño de sus poblaciones. Por otro lado, se encuentran altas tasas de fecundidad en Bolivia, Paraguay, Haití y Guatemala (3,7; 3,7; 3,8 y 4,3, respectivamente).

La tasa global de fecundidad es el número promedio de nacimientos por mujer durante toda su vida reproductiva. Una tasa global de fecundidad de alrededor de 2,1, sostenida durante varias décadas, estabiliza el tamaño de la población.

Una importante consecuencia de una menor fecundidad es la mejora de la salud materno infantil. Cuando los intervalos entre los partos son breves, las reservas nutricionales de la madre se agotan y el peligro de mortalidad infantil y el riesgo materno se elevan. Además, al tener menos niños, los padres pueden invertir más en la educación y en la nutrición física de cada uno de ellos. Por otra parte, existe una correlación entre los embarazos no deseados y un bajo peso al nacer, partos antes de término y comportamientos maternos menos saludables, como no recurrir a tiempo a la atención prenatal, consumir tabaco y alcohol durante el embarazo, y una menor propensión a amamantar. Por estas razones, que están interrelacionadas entre sí, la tendencia hacia menores tasas de fecundidad ha hecho valiosas contribuciones a la reducción general de la mortalidad y la morbilidad.

Las vidas más largas también son vidas más sanas

Una mayor longevidad, en general, es un buen indicador de la salud de una población, pero una vida más larga puede ser miserable si se vive con mala salud. Afortunadamente, el alza en la esperanza de vida en América Latina ha sido acompañada de mejoras en las condiciones de salud y grandes reducciones en la morbilidad.

Uno de los indicadores más sencillos y más poderosos para ilustrar esta mejora en las condiciones de salud es el aumento de la estatura promedio de la población adulta. Después de ajustar por diferencias genéticas, las condiciones de salud que han tenido las poblaciones explican una considerable proporción de la variación del tamaño corporal de sus individuos. Una nutrición adecuada, en particular, está fuertemente asociada con una mayor estatura, sobre todo en períodos delicados, como las etapas prenatal, neonatal, la temprana infancia y la adolescencia. Las condiciones de saneamiento básico y vivienda también contribuyen al crecimiento físico individual. De la protección contra las enfermedades depende que una persona alcance su máximo potencial de crecimiento.

➔ La estatura para la edad -utilizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como único estándar mundial para evaluar la salud de un niño- está correlacionada con otras mediciones ampliamente utilizadas de la situación sanitaria, como la esperanza de vida, y está inversamente relacionada con la morbilidad.

E *Aumento de la estatura promedio: América Latina y el Caribe*

En Brasil y Colombia, la estatura promedio de la población aumentó más de 0,5 cm por decenio durante el siglo XX. En siete países de América Latina y el Caribe, se han detectado aumentos similares de estatura de aproximadamente 0,5 cm por decenio en las mujeres, con los mayores incrementos en las niñas nacidas 1955 y 1970. En ciertas poblaciones, los aumentos han sido aun mayores; por ejemplo, las niñas nacidas en 1982 en la ciudad de Pelotas, Brasil, cuyas madres tenían una estatura de entre 152 y 160 cm, eran en promedio unos 5 cm más altas -a los 19 años- que sus madres.

La transición epidemiológica

La región atraviesa por la "transición epidemiológica", que se refiere al cambio a largo plazo en las causas principales de defunción, que pasan a ser las enfermedades crónicas y degenerativas, en vez de las infecciosas y agudas. Este es el resultado de mejorías en las tasas de supervivencia en los primeros años de vida y del aumento en la esperanza de vida de la población, lo cual intensifica la exposición a factores de riesgo relacionados con las enfermedades crónicas y los accidentes.

Transición Epidemiológica

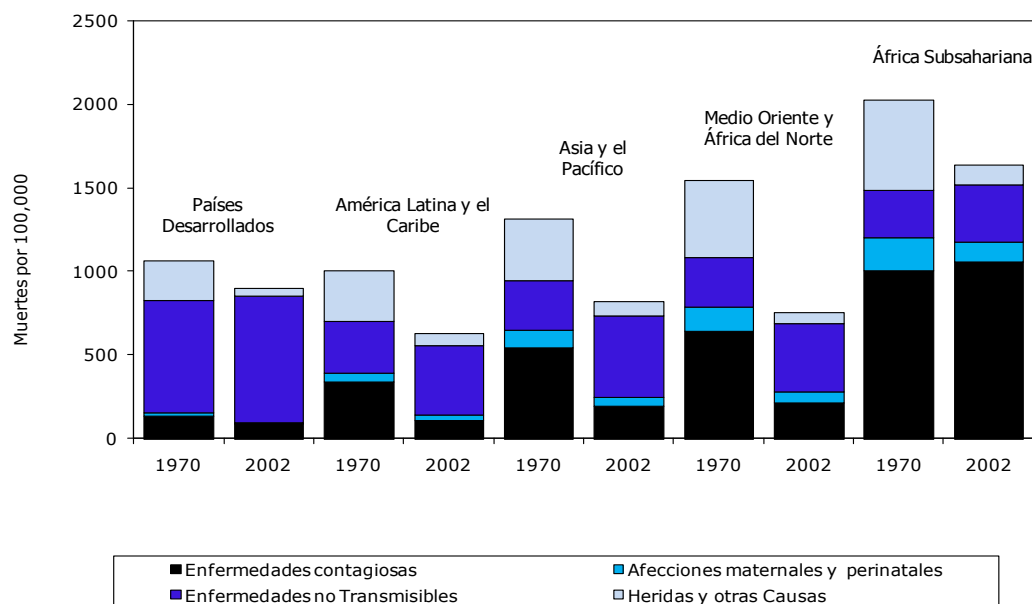
Cambio a largo plazo en las causas principales de defunción, que pasan a ser enfermedades crónicas y degenerativas, en vez de infecciosas y agudas.

El aumento en estatura promedio de los latinoamericanos indica una mejora en sus condiciones de salud.

➔ En 1950, las principales causas de muerte y discapacidad en América Latina y el Caribe eran las enfermedades infecciosas y transmisibles, mientras que hoy las amenazas más comunes a la buena salud son las enfermedades no transmisibles como la diabetes, las cardiopatías y el cáncer de diversos tipos. Para 2005, las enfermedades prevenibles por vacunación ya no figuraban entre las 10 causas principales de mortalidad de menores de 5 años en la región, y sólo siguieron siendo significativas o predominantes en Centroamérica, Haití y República

Dominicana, según la OPS.

➔ Entre 1970 y 2002, la tasa de defunciones bajó en todas las regiones del mundo para todas las categorías principales de causas de muerte. En América Latina, la tasa de defunciones de enfermedades transmisibles se redujo a la mitad, pero la de enfermedades no transmisibles disminuyó alrededor del 6% (véase el Gráfico 3). Los cálculos disponibles indican que, entre 1970 y 2002, la proporción de muertes por enfermedades transmisibles descendió de 42% a aproximadamente 18%, mientras que la proporción debida a causas no transmisibles se elevó de alrededor de 43% a aproximadamente 67%. La proporción atribuida a las lesiones se mantuvo prácticamente igual, en 15%. Solamente las enfermedades cardiovasculares dan cuenta del 35% de las muertes, mientras que todas las enfermedades infecciosas apenas representan el 10% de las muertes.

Gráfico 3. Defunciones por causas, regiones del mundo, 1970-2002

Fuente: Bulatao y Stephens (1992) y OMS (2004).

Nota: Muertes clasificadas por causa, debidas a enfermedades contagiosas, afecciones maternas y perinatales, enfermedades no transmisibles y heridas y otras causas, según el sistema de la OMS de clasificaciones internacionales.

Las tasas de hipertensión en los grandes centros urbanos de la región alcanzan en promedio el 18%¹. Se calcula que la diabetes afecta a unos 15 millones de personas y causa 300.000 muertes por año en América Latina y el Caribe. En México, la diabetes es la causa número uno de mortalidad en las mujeres y la segunda en los hombres.

¹ Las ciudades estudiadas fueron Bogotá, Buenos Aires, Lima, México DF, Quito, Santiago de Chile, y Barquisimeto (Venezuela). El estudio se conoce con el nombre "CARMELA" (*Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America*).

Otra manera de analizar la situación epidemiológica de una sociedad es a través de su carga de enfermedad, que constituye el impacto de un(os) problema(s) de salud en una población medido(s) en términos de mortalidad, morbilidad, costo u otros indicadores. Uno de los indicadores más utilizados para medir la carga de enfermedad

Carga de Enfermedad

Impacto de un/os problema/s de salud en una población medido/s en términos de mortalidad, morbilidad, costo u otros indicadores.

está constituido por los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Los AVAD estiman la carga de enfermedad de acuerdo a distintas causas o problemas de salud en años vividos con discapacidad, a los que se les suma los años perdidos por muerte prematura. Se trata de una medición sintética de la salud de una población porque incluye todas las formas de enfermedades y lesiones, no solamente las que son fatales. Un AVAD corresponde a un año de vida sana perdido, de manera que según este indicador la carga de enfermedad corresponde a la brecha existente entre la situación actual de salud de la población y la ideal, en que cada miembro de la población alcanzaría su esperanza de vida libre de enfermedad y discapacidad. Según las causas de origen, los AVAD se clasifican en tres grupos: Grupo I, que corresponde a condiciones transmisibles, maternas, perinatales y de nutrición; el Grupo II, enfermedades crónicas (no transmisibles); y el Grupo III, lesiones.

Los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) estiman la carga de la enfermedad de acuerdo a distintas causas o problemas de salud en años vividos con discapacidad, a los que se les suma los años perdidos por muerte prematura.

En el Cuadro 3, que muestra el peso de distintos tipos de enfermedades en la región, medido a través AVADs (comparados con datos para Estados Unidos), se puede observar una elevada incidencia de enfermedades no transmisibles, en particular, de condiciones neuropsiquiátricas y de enfermedades cardiovasculares, característicos de sociedades con crecimiento económico y procesos de urbanización. Sin embargo, es importante notar que todavía persisten enfermedades infecciosas y de bajo costo de tratamiento. Esto contrasta con la situación de los países desarrollados, donde las enfermedades transmisibles no llegan a representar más del 7% de la carga total.

Aunque el perfil epidemiológico de América Latina hoy en día muestra una elevada incidencia de enfermedades no transmisibles, es importante anotar que todavía persisten enfermedades infecciosas y de bajo costo de tratamiento.

Cuadro 3. Carga de enfermedad: años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) para América Latina y EEUU, 2002

Causas	América Latina		EEUU
	Años de vida ajustados por discapacidad ^{a/}	Total (%)	Total (%)
Transmisibles, maternas, perinatales y condiciones nutricionales	20.862	21,9	6,6
Enfermedades infecciosas y parasitarias	8.739	9,2	2,6
Condiciones de perinatal	6.386	6,7	1,7
Infecciones respiratorias	2.688	2,8	0,8
Condiciones maternas	1.581	1,7	0,5
Deficiencias nutricionales	1.468	1,5	1,1
Enfermedades no transmisibles	59.006	62,0	83,7
Condiciones neuropsiquiátricas	21.520	22,6	29,6
Enfermedades cardiovasculares	8.215	8,6	14,8
Neoplasmas malignos	5.357	5,6	12,2
Enfermedades respiratorias	4.668	4,9	7,2
Enfermedades por debilidad en órganos	4.130	4,3	3,9
Enfermedades digestivas	3.866	4,1	3,5
Anomalías congénitas	2.620	2,8	1,5
Enfermedades músculo-esqueletoideas	2.507	2,6	3,7
Diabetes melitus	2.015	2,1	3,1
Desórdenes endocrinos	1.319	1,4	1,9
Enfermedades genitourinales	1.297	1,4	1,4
Condiciones orales	954	1,0	0,6
Enfermedades de la piel	379	0,4	0,2
Otros neoplasmas	159	0,2	0,2
Lesiones	15.276	16,1	9,7
No intencionales	8.234	8,7	6,8
Intencionales	7.041	7,4	3,0
Todas las causas	95.143	100,0	100,0

^{a/} En inglés: *Disability Adjusted Life Years* (DALY)

Fuente: CAF (2007). "[Desafíos para mejorar las condiciones de salud](#)", en el Reporte de Economía y Desarrollo 2007-2008: *Oportunidades en América Latina: Hacia una mejor política social*.

En adición a enfermedades como la hipertensión, el cáncer, y la diabetes, las enfermedades mentales contribuyen de manera importante a la carga de enfermedad en la región. Los factores de riesgo para este tipo de enfermedades son:

- la pobreza,
- el hacinamiento,

- disrupción de la estructura familiar,
- la pérdida del soporte social,
- una esperanza de vida más larga, que permite que muchas personas alcancen la edad de vulnerabilidad para los trastornos mentales, y
- las deficiencias en las políticas de salud mental que también han contribuido al panorama y tendencia actual de la carga de enfermedad atribuible a estos trastornos.

Las consecuencias de los trastornos mentales en la salud tienen un impacto económico que va más allá de los gastos de tratamiento. Los costos son aún mayores en términos de:

- pérdidas en la capacidad productiva,
- menor rendimiento laboral, y
- en años de vida perdidos por mortalidad prematura debida al suicidio.

Se ha visto que la depresión es uno de los cinco factores principales asociados a la inasistencia al lugar de trabajo y a la disminución de la productividad. Adicionalmente, los síntomas de la depresión, con frecuencia, impiden que los individuos funcionen a plenitud de sus capacidades en el trabajo y disminuyen el rendimiento laboral.

La *transición epidemiológica* hacia enfermedades no transmisibles modifica los tipos de servicios de atención sanitaria que necesita la

población, tanto preventivos como curativos. En algunos casos, esto implica aumentos de costos muy importantes.

E

Por ejemplo, se calcula que en México el presupuesto total de salud se elevará entre 5 y 7% por año por razón del creciente número de casos de diabetes e hipertensión.

Si bien la edad, el género y la predisposición genética contribuyen a la carga de enfermedades no transmisibles, pueden reducirse muchos factores de riesgo para esas enfermedades, como:

- los factores conductuales (régimen alimenticio, actividad física, tabaquismo);
- factores biológicos (como hipertensión, obesidad); factores ambientales (como exposición a toxinas); y
- factores sociales (como estrés en el trabajo).

Para la mayoría de los países de la región, los tres principales factores de riesgo, en función de su contribución a la pérdida de AVAD, son, de acuerdo con la OPS:

- el alcohol (6,2%),
- la hipertensión arterial (5,0%) y
- el tabaquismo (4,0%)

Afortunadamente, existen varias intervenciones muy eficaces -aunque difíciles de poner en la agenda política- para hacer frente a estos riesgos (véase el Recuadro 1).

Recuadro 1: Formas efectivas de reducir las enfermedades no transmisibles.

Formas efectivas de reducir las enfermedades no transmisibles

La proporción de las enfermedades crónicas y no transmisibles en la carga de enfermedad general de América Latina y el Caribe es cada vez mayor. Algunos de estos padecimientos son muy costosos y difíciles de tratar, pero para otros existen tratamientos eficaces y de costo relativamente bajo. Si bien muchos de ellos requieren mejoras en los servicios de asistencia sanitaria, otros requieren de políticas que caen fuera del ámbito de la salud.

A manera de ejemplo, el alcoholismo, el tabaquismo, y la hipertensión son tres de los factores principales de riesgo de enfermedades no transmisibles –entre ellas enfermedades cardiovasculares y cáncer-, o de lesiones personales, y causan cientos de miles de muertes prematuras al año en América Latina.

Algunas intervenciones eficientes en función de sus costos para reducir el alcoholismo incluyen incrementar los impuestos selectivos al consumo de alcohol, reducir el horario de atención al público de las tiendas, y prohibir la publicidad de bebidas alcohólicas. El costo total de estos tres programas en la región sería bastante moderado: US\$110 millones, US\$85,2 millones y US\$76,7 millones, respectivamente. De manera similar, el tabaquismo se puede reducir de manera costo-efectiva a través de la prohibición de la publicidad, el incremento de los impuestos a los cigarrillos, y la provisión de cursos y asistencia para dejar de fumar. Por ejemplo, los 40 millones de muertes prematuras proyectadas podrían reducirse aproximadamente entre 2,3 millones y 6,7 millones si los países aplicaran impuestos adicionales del 30% a los cigarrillos.

Los enfoques más promisorios para reducir la presión arterial son, entre otros, las intervenciones comunitarias y personales para alentar cambios en el régimen alimenticio y estimular la actividad física (también efectivas para la reducción de sobrepeso y obesidad), y medicamentos como los betabloqueadores y la aspirina. Se ha calculado que el riesgo cardiovascular debido a la hipertensión podría reducirse hasta en un 50% por medio de tratamientos con aspirinas y estatinas.

Aunque las tendencias de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles son preocupantes, es importante recordar que, en su conjunto, la carga de la mayoría de estas enfermedades ha disminuido realmente. En 2000, la tasa de mortalidad de los adultos en América Latina y el Caribe era de 173 por 1.000, alrededor de un 60% más

baja que en 1960 (véase el Cuadro 4). La inquietud que provocan las enfermedades no transmisibles se debe en gran medida a que aumenta su importancia relativa dentro de la carga de enfermedad general. No obstante, para determinadas afecciones —sobre todo el cáncer relacionado con el tabaquismo, la diabetes y las cardiopatías— las tasas de mortalidad están en aumento.

Cuadro 4. Tasas de mortalidad por edad y regiones del mundo, 1960 y 2000

Regiones	Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)		Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos)		Tasa de mortalidad por adulto (por 1.000 adultos)	
	1960	2000	1960	2000	1960	2000
Europa y Asia Central	45	16	56	20	160	165
Asia del Este y el Pacífico	130	30	195	39	560	150
América Latina y el Caribe	97	27	149	33	269	173
Oriente Medio y África del Norte	157	41	252	50	299	165
América del Norte	26	7	30	8	177	111
Sur de Asia	145	70	243	96	425	228
África Subsahariana	149	102	247	165	498	492

Fuente: Soares, Rodrigo (2007). On the Determinants of Mortality Reductions in the Developing World. NBER Working Paper No. 12837. National Bureau of Economic Research. Cambridge, MA.

Por otro lado, aunque la carga de la enfermedad ha disminuido de manera importante, ésta presenta desigualdades significativas, siendo más severa para los grupos más pobres y para las minorías étnicas.

E *México y Guatemala*

Por ejemplo, en México, la carga de la enfermedad es casi el doble entre los hombres de las comunidades urbanas más pobres en comparación con quienes viven en las zonas urbanas más privilegiadas. Las comunidades pobres de Guatemala continúan padeciendo enfermedades infecciosas prevenibles: hay nueve millones de personas con infección crónica de la enfermedad de Chagas y se calcula que 30% de la población tiene gusanos intestinales, lo que contribuye a la anemia y la malnutrición.

Las desigualdades socioeconómicas también están relacionadas con muchas enfermedades crónicas. Las poblaciones más pobres, particularmente en contextos urbanos, en muchos casos, tienen los mayores riesgos para el consumo de tabaco, alcohol y el sedentarismo. La pobreza también conduce a una mayor comorbilidad (es decir, la presencia de más de un trastorno o enfermedad) y menor acceso a atención médica de calidad. Las enfermedades crónicas en los países en desarrollo no constituyen sólo enfermedades de la vejez, ya que la enfermedad cardiovascular resulta en tantas muertes en los adultos jóvenes y de mediana edad como lo hace el VIH/SIDA.

Además, las enfermedades crónicas afectan a una mayor proporción de personas durante sus años laborales en los países en desarrollo en comparación con los países desarrollados.

La disminución de las enfermedades prevenibles por vacunación y otras enfermedades infecciosas, la desnutrición y la discapacidad relacionada con la salud reproductiva siguen siendo graves problemas en las poblaciones pobres, los grupos indígenas y los afrodescendientes de la región. Los pobres siguen siendo vulnerables a enfermedades infecciosas como la malaria y la tuberculosis.

La pobreza está relacionada con enfermedades crónicas e infecciosas y presencia de más de un trastorno (comorbilidad).

Recuadro 2. De la malnutrición a la obesidad

De la malnutrición a la obesidad

La malnutrición siempre ha incidido fuertemente en la carga de enfermedad en América Latina y el Caribe. La detención o retraso del crecimiento sigue siendo un grave problema: alrededor del 16% de los niños de la región padece cierto grado de malnutrición, sobre todo en las poblaciones pobres y socialmente excluidas. Por ejemplo, Guatemala registraba en el año 2000 una alta prevalencia (33%) de detención del crecimiento en niños no indígenas, pero en los niños indígenas el porcentaje casi se duplicaba (60%).

Gracias al creciente nivel de ingresos de toda la región, tanto la malnutrición como la detención del crecimiento descendieron, pero sólo para ser sustituidas por una proporción cada vez mayor de personas con sobrepeso y obesidad, lo que se traduce en riesgo de contraer una serie de enfermedades no transmisibles como la diabetes y las cardiopatías. A manera de ejemplo, en los años cincuenta, alrededor del 70% de los niños chilenos menores de seis años padecía cierto grado de malnutrición; hoy esa cifra ha descendido a menos del 2%. Sin embargo, en el mismo período, aumentó espectacularmente el porcentaje de adultos con sobrepeso, y hoy en día más de la mitad de los adultos chilenos está excedida de peso (con un índice de masa corporal (IMC) superior a 25) y más del 25% de la población es considerado obeso (con un IMC superior a 30).

En la mayoría de los países de la región, la proporción de adultos con sobrepeso a principios del decenio de 1980 era inferior al 20%, pero hoy asciende a alrededor del 50% o más, debido a una combinación de cambios socioeconómicos que llevaron a la población a incrementar su consumo de alimentos con alta densidad energética, al mismo tiempo que se redujo la actividad física. Por ejemplo, en México, la ingesta de grasas como porcentaje de la ingesta total de energía se elevó del 24% al 30% entre 1988 y 1999. Entre 1984 y 1998, la compra de frutas y verduras de los hogares se redujo en un 29%, al mismo tiempo que aumentaron las compras de refrescos en un 37%. Como resultado, el incremento de sobrepeso en México, a nivel nacional, fue de casi 47% en el periodo de 11 años entre 1988 y 1999, mientras que la obesidad aumentó 160%.

Factores que han contribuido a una mejor salud

Si bien el aumento de la productividad agrícola y una mejor nutrición contribuyeron a lograr avances sanitarios en el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, las investigaciones sugieren que éstas no han sido las principales contribuciones a la longevidad en las décadas más recientes.

E

Por ejemplo, entre los países con la ingesta calórica más baja, la esperanza de vida al nacer aumentó casi ocho años por encima del avance que pudo haberse esperado únicamente como producto de una mejor nutrición. El aumento del ingreso y de la riqueza material también tuvo que ver con la mejora de la salud, aunque también su contribución haya sido relativamente moderada.

Es difícil explicar por qué ha mejorado la salud, habida cuenta de que hay múltiples factores sociales que intervienen, y que cambiaron en el mismo período.



La mayor participación de la mujer en la población activa, su empoderamiento, y la reducción de la fecundidad en los últimos decenios, han contribuido a una mejor salud. Con la ampliación de la educación se fomentó la autonomía de la mujer, lo que tuvo efectos positivos en su participación política y económica, su salud reproductiva y la salud de sus hijos.

- ➔ La educación también ayudó a divulgar conocimientos sobre la manera como pueden propagarse las enfermedades por medio de gérmenes y sobre las afecciones que la medicina moderna puede prevenir y tratar.
- ➔ La urbanización fue posible, en parte, porque hubo inversiones en infraestructura para preservar la salud, pero la urbanización también aceleró la expansión de una mejor higiene, nutrición y vivienda.

Es difícil explicar por qué ha mejorado la salud, habida cuenta de que hay múltiples factores que intervienen, y que cambiaron en el mismo período, entre ellos mejoras en nutrición, educación, acueductos, saneamiento y prevención de enfermedades.

Aun cuando los cambios ambientales y sociales constituyen factores clave de la mejora de la salud, también es necesario dar reconocimiento a los servicios de acueductos, saneamiento y prevención de enfermedades. En América Latina y el Caribe, las inversiones públicas en agua, saneamiento, inmunización, educación y lucha contra vectores de enfermedades ganaron mucho terreno en la reducción de la prevalencia enfermedades prevenibles por vacunación, como el sarampión y el tétanos (véase el Recuadro 3), las enfermedades respiratorias, como la pulmonía, la bronquitis y la gripe, y otras enfermedades muy extendidas, como el paludismo.

La disponibilidad de nuevos medicamentos también hizo que disminuyera el número de infecciones y muertes atribuibles a la

tuberculosis y a infecciones respiratorias. Los nuevos tratamientos, como los trasplantes de órganos, la quimioterapia y la angioplastia redujeron el número de muertes causadas por enfermedades que hace algunas décadas eran invariablemente fatales.

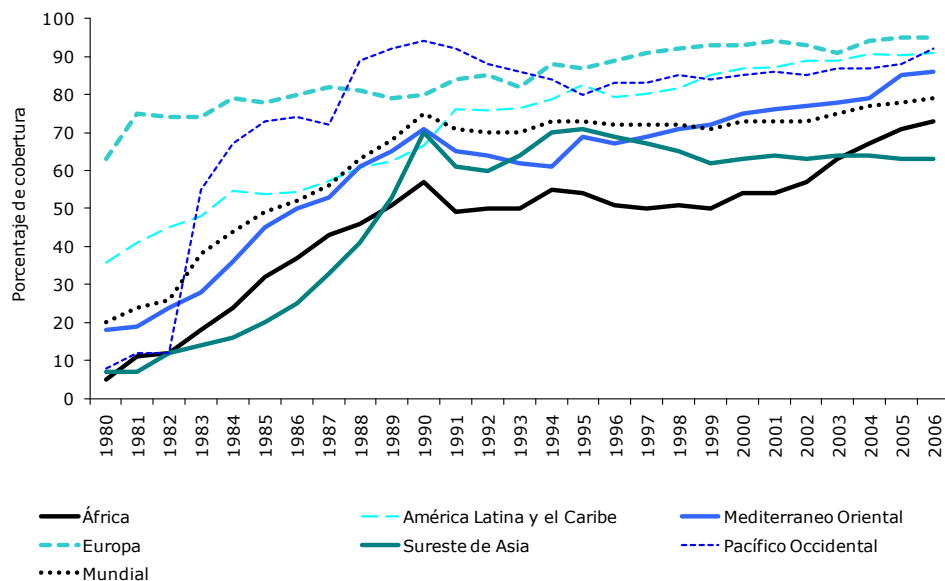
Recuadro 3. Avances en la inmunización

Avances en la inmunización

Los programas de inmunización figuran entre los éxitos más destacados de la salud pública de la segunda mitad del siglo XX, y han contribuido a una reducción espectacular de las enfermedades infecciosas en todo el mundo. En las Américas se erradicaron la viruela y la poliomielitis, y hubo acentuadas disminuciones en la prevalencia de difteria, tétanos y sarampión.

Estos éxitos se deben, en gran medida, a la expansión de la cobertura de los programas de inmunización. En 1970, la vacuna triple o DPT (contra la difteria, la tos ferina y el tétanos) se aplicaba a menos del 10% de los niños de América Latina y el Caribe, mientras que en 2001, ese porcentaje superaba el 90%. No obstante estos logros, aún existen coberturas muy deficientes en algunos países: en Bolivia, la cobertura de inmunización contra el sarampión solo alcanza el 64% y, en República Dominicana, la vacuna DPT solo cubre al 71% de los niños. Asimismo, la cobertura en los países no es uniforme por grupos de población. Por ejemplo, en Brasil, Guatemala, Haití, Nicaragua, Paraguay y Perú, las personas del quintil más bajo de ingresos tienen una tasa de vacunación contra el sarampión 25% inferior a aquellas del quintil más alto.

Fuentes: de Quadros (2004), OMS/UNICEF (2008).

Gráfico 4. Cobertura de DPT, 1980-2006

Fuente: OMS / UNICEF estimaciones de cobertura 1980-2006 a agosto de 2008.

Nota: Los promedios regionales se calcularon utilizando la estimación de las tasas de cobertura junto con las estimaciones del tamaño de la población objetivo de la División de Población de las Naciones Unidas. Para todas las regiones, excepto América Latina y el Caribe, el tamaño de la población objetivo es el número anual de recién nacidos que sobreviven el primer año de vida en el país. Para América Latina y el Caribe, el tamaño de la población objetivo es el número de nacimientos por año.

Más acceso que nunca a los servicios de salud

Es realmente notable el acceso cada vez más amplio a los servicios de atención de la salud cuando se los compara con el ritmo al cual ha crecido la demanda de esos servicios. La población de la región se triplicó en la segunda mitad del siglo XX, pasando de unos 180 millones a 569 millones, pero los recursos físicos disponibles para prestar servicios de salud aumentaron aún más rápidamente.

Entre los censos de 1960 y 2000, en cinco países latinoamericanos, la razón de médicos por 1.000 habitantes se elevó de un promedio de 0,33 a 0,90. La cantidad de escuelas de medicina, hospitales y establecimientos sanitarios también creció muchísimo en casi toda la región durante el último siglo. La expansión ha continuado en años más recientes.

E *México y Costa Rica*

Por ejemplo, entre 1990 y 2005, tan sólo en el sector público de México, el número de camas de hospital se incrementó de 63.122 a 78.643. A partir de 1995, la proporción de la población de Costa Rica que vive a más de 25 km de un hospital se redujo del 30% al 22%.

Esta rápida expansión de los recursos de servicios de salud no necesariamente significa que haya más servicios a disposición de toda la población, dado que el aumento pudo haberse concentrado mucho en las principales zonas metropolitanas. No obstante, los datos censales de cinco países de la región —Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador y México— indican que ocurre exactamente lo contrario.

E *Brasil*

Por ejemplo, en Brasil, de los 15 estados para los que se cuenta con datos censales comparables entre 1960 y 2000, el número de médicos por persona aumentó más lentamente en São Paulo y más

rápidamente en Rio Grande do Norte. Para 2000, São Paulo todavía tenía la razón más alta de médicos por 1.000 habitantes (1,58), aproximadamente el doble que en 1960 (0,76), pero en estados rurales más pobres la razón aumentó tres o cuatro veces en el mismo período.

Casi con seguridad, estos incrementos estuvieron relacionados con un fuerte aumento en la cantidad y calidad de los servicios de asistencia sanitaria que se prestaban a la población, dado que probablemente también se elevó la productividad. Aunque no queda claro si la administración de los servicios de salud es ahora más –o menos– eficiente, los avances de la tecnología médica sin duda han elevado la productividad de los profesionales sanitarios. Es razonable creer que la rápida expansión de la fuerza de trabajo en el ámbito de la salud, por encima de la tasa de crecimiento demográfico, refleja una mayor disponibilidad de asistencia sanitaria en casi toda la región.

El acceso a muchos servicios de salud hoy es más fácil que en décadas pasadas, porque en realidad los costos se redujeron en términos reales; esto ocurre, por ejemplo, con el costo real de las vacunas infantiles, la aspirina y los antibióticos genéricos. La drástica reducción del costo unitario de los antirretrovirales desde la década de 1990 es

sólo el ejemplo más reciente de la manera en que bajan, con el tiempo, los precios de medicamentos similares, sobre todo después del vencimiento de la patente.

La disminución del costo unitario de los tratamientos médicos parece contradecir la percepción común de que la atención sanitaria es cada vez más costosa; sin embargo, mucha gente piensa principalmente en los tratamientos más nuevos y más costosos. Los avances tecnológicos de la medicina afectan el gasto en salud en dos direcciones:

- En el caso de ciertas intervenciones, se puede obtener el mismo beneficio para la salud a un costo más bajo, sobre todo en los tratamientos de rutina o en aquellos para los cuales haya vencido la protección de las patentes.
- En el caso de otras intervenciones, los costos de tratamiento de una determinada enfermedad pueden ser más altos, pero este aumento se compensa con creces con la mejora resultante de la salud; esto quiere decir que se reduce el precio de cada unidad de ganancia en salud, sea un año adicional de vida o una menor discapacidad.

El efecto neto, entonces, es un mayor acceso a una asistencia sanitaria eficaz porque las intervenciones existentes se vuelven relativamente más baratas y aumenta la disponibilidad de intervenciones más eficaces. De hecho, una gran parte de las mejoras en salud y la expectativa de vida de la humanidad se puede atribuir a la difusión, hacia los países de ingresos medios o bajos, de ideas, técnicas y terapias desarrolladas en los países ricos.

No obstante, debe resaltarse que no todos los avances en tecnología resultan en una reducción de costos. La transferencia de tecnologías incluye intervenciones valiosas, pero también intervenciones que tienen más riesgos que beneficios, y otras cuyos beneficios son muy pequeños en relación a su costo adicional. Asimismo, entre los costos de salud, los recursos humanos tienen un peso importante, que tiende a aumentar con el paso del tiempo.

La disminución del costo unitario de los tratamientos médicos también parece contradecir el aumento observado en el gasto total. Sin embargo, el gasto total en salud está determinado por más que los costos unitarios. El mismo también aumenta porque más gente está consumiendo más servicios y por causa de los nuevos servicios de atención médica inventados y utilizados.

Los incrementos en gastos totales se deben principalmente al mayor número de personas que acceden a servicios de salud, lo que arroja mayores beneficios a la salud.

El desigual acceso a la atención de la salud

La utilización de los servicios de atención de la salud es una medición práctica pero imperfecta del acceso a la atención sanitaria. Si bien ésta se ha incrementado en toda la región, sigue siendo desigual en la mayoría de los países.

E *Perú*

Por ejemplo, en Perú, el uso de estos servicios varió del 25% para el quintil más pobre de la población al 48% para el quintil más rico en 1997.

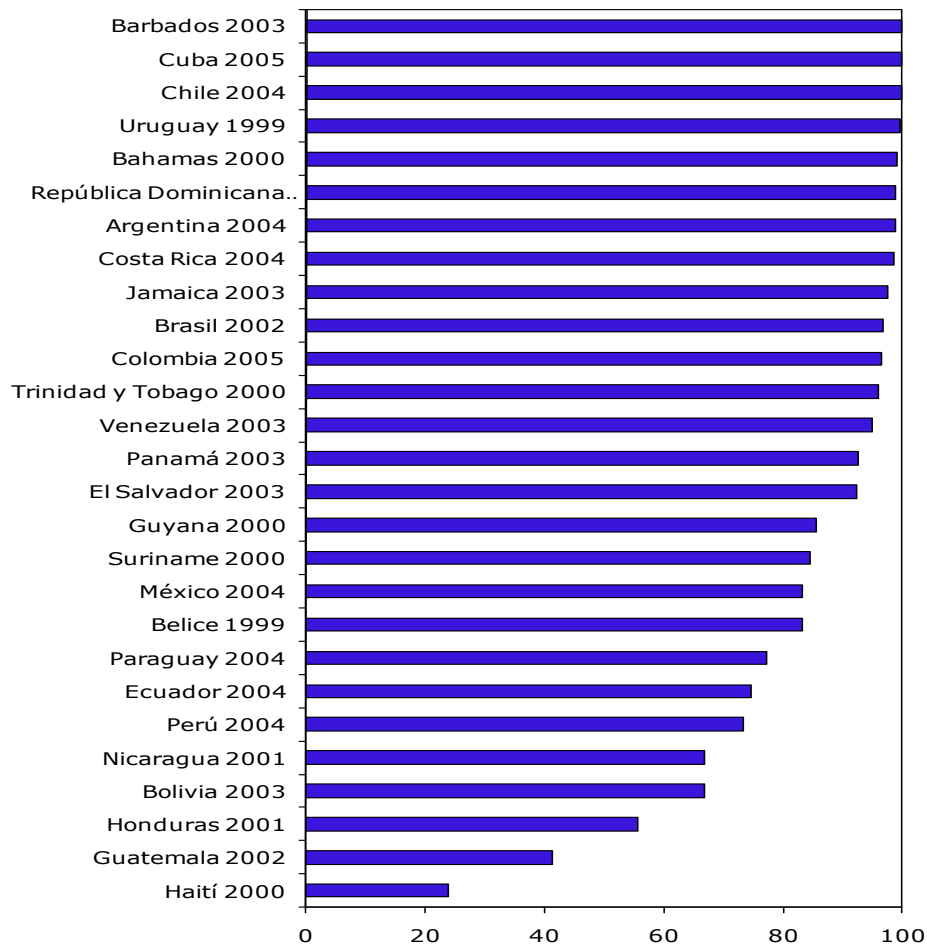
En los países de América Latina y el Caribe en la década de 1990, la proporción de personas en el quintil de ingresos más alto que buscaban atención médica cuando estaban enfermas fue aproximadamente el doble, en promedio, que la de quienes se hallaban en los quintiles de ingresos más bajos. Las excepciones son países como Argentina y Chile, donde las diferencias son relativamente pequeñas.

E Chile

Por ejemplo, en Chile, pese a que la diferencia de ingresos fue de 20 a 1 entre los quintiles más rico y más pobre, la proporción de la población que utiliza servicios de atención de la salud difiere moderadamente en los distintos grupos de ingresos: hacia mediados de la década de 1990, entre el 8,8% y el 9,7% de cada grupo de ingresos recurrió a la atención médica preventiva, y entre el 2,8% y el 3,7% demandó atención médica de emergencia.

Otro indicador del acceso a los servicios de atención de la salud es la cobertura de la atención calificada del parto, que en América Latina y el Caribe es alta en relación con otras regiones en desarrollo. Con base en datos de las Naciones Unidas, se observa que en Asia Meridional sólo el 37% de los partos es atendido por un profesional capacitado, en comparación con un promedio de 82% en América Latina y el Caribe, índices que se acercan más a los de Asia Oriental y el Pacífico. Un total de 15 de 27 países de América Latina y el Caribe notifican que el 90% o más de los partos es atendido por personal calificado (véase el Gráfico 5).

Gráfico 5. Partos atendidos por profesionales capacitados
(Porcentaje)



Fuente: Naciones Unidas (2008). [Indicadores de los objetivos de desarrollo del milenio](#).

Nota: Los países seleccionados para incluir en el gráfico son aquellos para los cuales Naciones Unidas reportó datos comparables posteriores a 1999.

En algunos países, el acceso a los servicios de parto puede ser generalizado y equitativo.

E Por ejemplo, pese a su ingreso relativamente bajo, República Dominicana tiene una tasa notablemente elevada de utilización de estos servicios: más del 90% para todos los quintiles de ingresos.

No obstante, en muchos países, la atención del parto por personal calificado no está tan difundida ni distribuida de manera equitativa. Según datos de 2000 a 2003 sobre Bolivia, Guatemala, Haití y Perú, se observa que menos de la mitad de las gestantes del quintil más pobre obtiene atención profesional para el parto, pese a que en el quintil más rico el porcentaje supera el 90%.

Con todo, ha habido avances en los últimos años. La cobertura de la atención calificada del parto de las mujeres de los quintiles más pobres ascendió de 61% a 72% en Colombia entre 1995 y 2005, de 20% a 26% en Bolivia entre 1998 y 2003, de 89% a 94% en la República Dominicana entre 1996 y 2002, y de 33% a 78% en Nicaragua entre 1997 y 2001.

Aunque ha incrementado el acceso a los servicios de salud, el acceso por sí solo no es garantía de un buen servicio. Hay ejemplos alarmantes, aunque no necesariamente generalizables, de baja calidad de ciertos servicios de salud de varios países. En Perú, el ausentismo del personal en los centros de atención primaria es cercano al 25%.

En Honduras, una de cada cuatro mujeres (y una de cada dos mujeres pobres) que acudió a servicios de atención prenatal no recibió todos los servicios exigidos por el Ministerio de Salud. En un estado de Brasil, la mitad de los pacientes que fueron diagnosticados con hipertensión no sabía que tenían esa condición y solo 10% fue tratado adecuadamente. Las deficiencias de calidad no son exclusivas del sistema público. En los establecimientos privados de salud de México, la calidad de los servicios es mejor para los pacientes ricos que para los pobres, y en cambio la calidad es uniforme entre pobres y no pobres en las entidades del Instituto Mexicano de Seguridad Social, IMSS. Las diferencias en la calidad de los servicios recibidos por pacientes indígenas en comparación con los no indígenas también son importantes en algunos países.

Si bien la atención de la salud ha mejorado en toda la región, sigue siendo desigual en la mayoría de los países. Asimismo, el acceso a servicios de salud por sí solo no es garantía de un buen servicio; hay evidencia de baja calidad de ciertos servicios de salud en varios países.

La desigual cobertura financiera para la salud

El acceso a servicios de salud en la región, independientemente de su calidad, es altamente desigual, y esta desigualdad puede ser, en parte, explicada por impedimentos financieros. Las personas que no cuentan con un buen plan de seguro de salud (o que ni siquiera tienen uno) pueden no buscar atención médica por los costos asociados; y en los casos en que sí buscan atención, los costos pueden llevarles a la pobreza.

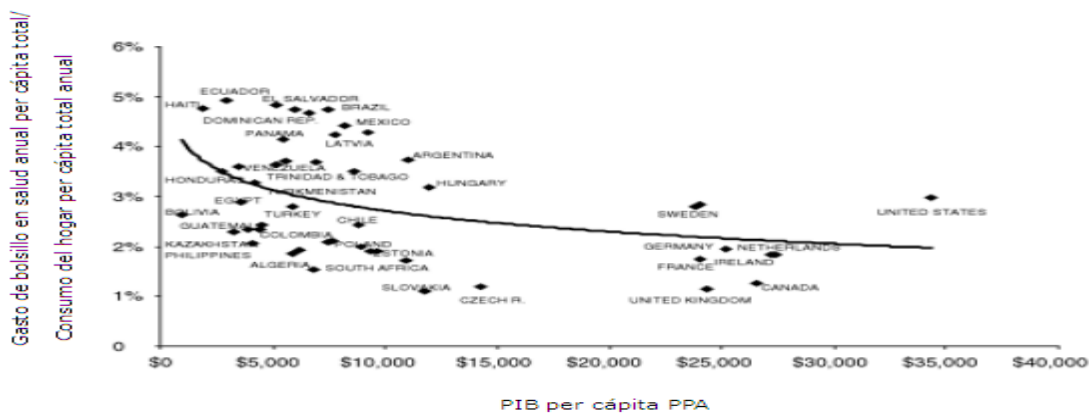


Estudio Banco Mundial

Por ejemplo, un estudio del Banco Mundial para Argentina encontró que 5% de las familias no pobres cayó bajo la línea de pobreza durante por lo menos tres meses en 1997 como resultado de un gasto en salud. Se han observado resultados similares en otros países: 11% en Ecuador, en 2000, y 4% en Honduras, en 2000. Con un gasto total en salud estimado en 6,4% del PIB, América Latina es la región del mundo en desarrollo con mayores gastos de salud y, en la mayoría de países, el elevado gasto en salud resulta en que las familias se hacen cargo de una parte sustancial del gasto, y lo hacen con recursos de su propio bolsillo cuando acuden a recibir los servicios de salud (Gráfico 6).

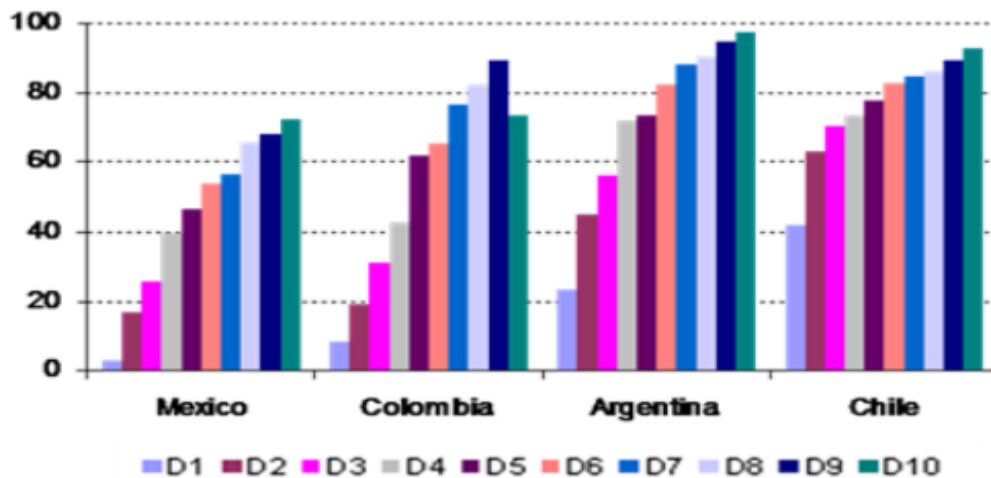
Sin excepción, las deficiencias de cobertura son más pronunciadas entre los grupos de menores ingresos, que son los que requieren mayor protección contra los riesgos financieros de la salud (Gráfico 7). No obstante, algunos sistemas de salud protegen a la gente contra el empobrecimiento mejor que otros. El mismo estudio del Banco Mundial mostró que solo 1% de los chilenos cae en la pobreza por causa de gastos en cuidados de salud.

Gráfico 6. Promedio total anual de los gastos de bolsillo en salud como porcentaje del total anual promedio del consumo de hogar per cápita



Fuente: Baeza y Packard (2006) con base en *WHO Country Data 2004* y *World Development Indicators 2003* del Banco Mundial.

Gráfico 7. Cobertura de seguro médico, por decil de ingreso o consumo



Fuente: Banco Mundial (2009). Social Protection for the 21th Century: How can Latin America and the Caribbean extend effective social protection to all its citizens? (Robalino, Ribe y Walker).

Hoy en día, la proporción de la población con cobertura previsional en salud varía significativamente de un país a otro.

E

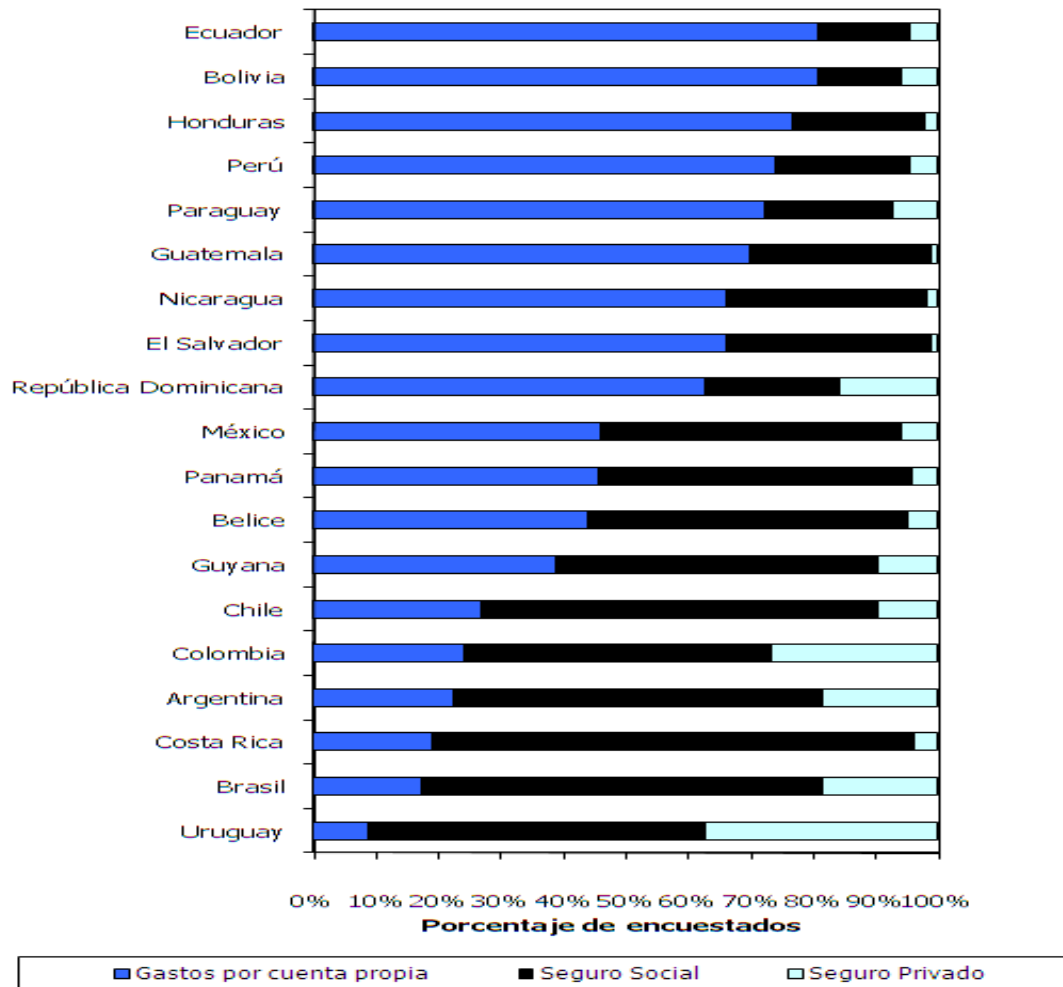
En una encuesta de Gallup en 2007, sólo el 8,8% de los uruguayos respondió que tendría que pagar de su propio bolsillo los gastos de hospitalización, y más del 91% se declaró financieramente cubierto, ya fuese por programas públicos, seguros médicos privados o la seguridad social. Más del 80% de los encuestados en Brasil y Costa Rica también dijo contar con alguna forma de protección financiera para cubrir costos de hospitalización en caso de accidente o enfermedad.

En cambio menos del 30% de la población de Bolivia, Ecuador, Honduras y Paraguay se consideraba con acceso a alguna forma de cobertura financiera, respectivamente (véase el Gráfico 8).

La proporción de la población con cobertura previsional en salud varía significativamente de un país a otro: desde menos del 30% en Bolivia, Honduras y Paraguay, hasta más del 80% en Uruguay, Costa Rica y Brasil.

Gráfico 8. "Si tuviera que ir a un hospital a causa de un accidente o de una enfermedad ¿quién se ocuparía de los gastos?"

(Porcentaje de encuestados por país)



Fuente: BID 2008 con base en Gallup (2007).

Retos Futuros

Mejoras en nutrición, educación y saneamiento básico han hecho enormes contribuciones al avance sanitario de la región. Los logros han sido particularmente notorios en la reducción de la carga de enfermedades prevenibles por vacunación. También se ha realizado un progreso considerable en ampliar el alcance de los servicios críticos de atención sanitaria relacionados con la salud materno-infantil. El acceso a los servicios de atención de la salud ha desempeñado una función importante en la mejora de las condiciones de salud, aunque quedan por llenar importantes brechas de acceso y de calidad de los servicios. Por otro lado, queda por ver si los sistemas de salud de la región podrán satisfacer los retos cada vez más intensos que plantean las enfermedades no transmisibles y los trastornos crónicos. Además, se enfrenta en la mayoría de los países, el desafío de proteger a la gente contra gastos excesivos al momento de enfermarse. Para vencer estos retos, se necesitan mayores esfuerzos en dos direcciones generales: la primera es la provisión de "bienes públicos" para la salud, y la segunda es el mejoramiento de la forma en que los servicios de salud son suministrados y financiados.

Para vencer los retos de América Latina en materia de salud, se necesitan mayores esfuerzos en dos direcciones generales: la primera es la provisión de “bienes públicos” para salud y, la segunda es el mejoramiento de la forma en que los servicios de salud son suministrados y financiados.

Los bienes públicos de salud

Como se explicó anteriormente, la salud de una población es afectada por una amplia gama de factores sociales, económicos y ambientales. Muchos de estos factores son bienes o servicios que un individuo, por lo general, no puede adquirir en el mercado –como un ambiente no tóxico o un programa de vigilancia de enfermedades para detectar y controlar epidemias- porque son bienes que no se pueden producir y vender de manera rentable. Los economistas llaman a este tipo de bienes o servicios “bienes públicos” y los identifican con dos características esenciales:

- ➡ Primero, estos bienes o servicios son “de consumo no-rival”, lo que significa que una persona puede disfrutar del servicio sin reducir el acceso de alguien más a ese servicio.
- ➡ Segundo, son “no-excluyentes”, es decir, que es difícil evitar que alguien que no pague por el servicio disfrute de él.

La vigilancia epidemiológica es un ejemplo de un bien público para la salud porque la capacidad de un país para detectar rápidamente y responder al brote de una enfermedad infecciosa beneficia a toda la población, pero ningún individuo o empresa tiene suficiente incentivo para comprar o proveer tal programa, a menos que puedan encontrar alguna manera de cobrar por eso. Nótese que el término “servicios de salud pública” es generalmente utilizado para describir estos bienes públicos para la salud y también para referirse a servicios de salud suministrados por el sector público, a pesar de que estas dos cosas son totalmente diferentes. Los servicios de salud suministrados por el sector público (por ejemplo, visitas al doctor, exámenes de diagnóstico, tratamientos) no son “bienes públicos” en el sentido en que los economistas usan el término, y son también frecuentemente ofrecidos en el sector privado.

Los bienes públicos de salud, o aquellos “de consumo no-rival” y “no-excluyentes”, incluyen las campañas de vacunación, el control de vectores de enfermedad y la educación básica, entre otros.

Los bienes de salud públicos más conocidos son las campañas de inmunización, el control de vectores de enfermedad y la educación básica. El reto que enfrentan los gobiernos que desean ampliar la cobertura de esos servicios es modernizar la administración pública y, para ello, lo más difícil es sortear los obstáculos que se erigen ante una acción pública eficaz. Un ejemplo de las deficiencias son los sistemas de monitoreo epidemiológico, organizados con rutinas de oficina

Estrategias encaminadas a paliar las deficiencias de la administración pública

- *Terciarización gradual de los servicios.*
- *Recompensas a los empleados públicos por su buen desempeño.*
- *Introducción de nuevas formas de rendición de cuentas*

que impiden la identificación oportuna de posibles epidemias. En algunos países, las deficiencias de la administración pública pueden hacer aconsejable la tercerización gradual de los servicios a entidades sin fines de lucro o a empresas comerciales, en tanto que, en otros, pueden entrañar la negociación de disposiciones contractuales que otorguen a los empleados públicos recompensas intrínsecas o extrínsecas por su buen desempeño, o bien la introducción de nuevas formas de rendición de cuentas ante el público. Todas estas diferentes estrategias comparten una característica fundamental: el gobierno articula el interés común en el bien público y establece alguna forma de financiarlo –ya sea a través de impuestos o tasas especiales. Sin embargo, las estrategias difieren en términos de quién

específicamente organiza, maneja e implementa el programa.

Muchas acciones de política pública que están fuera del sector salud pueden dar lugar a mejoras sanitarias, de la misma manera que estos “bienes públicos” de salud:

- ➔ Los impuestos al tabaco, la reducción de las horas de atención al público de las tiendas que venden alcohol, y la regulación de alimentos con potenciales efectos nocivos sobre la salud, como las grasas trans, son todas medidas públicas eficientes y de bajo costo que permiten mejorar la salud al reducir la exposición a sustancias nocivas (Recuadro 1).
- ➔ Los cambios en el entorno urbano, como una vialidad más segura, la separación entre los peatones y el tráfico vehicular, la iluminación de las calles durante la noche y el control de las emisiones de los medios de transporte también atenúan las lesiones y las enfermedades respiratorias.
- ➔ Los programas de educación pueden enseñar a los niños a adoptar estilos de vida saludables y fomentar en las niñas el ejercicio de una mayor autonomía y de una participación más plena en la vida política y económica, todo ello en beneficio de su propia salud y la de sus hijos.
- ➔ Los programas de redistribución, como las pensiones a la vejez, las transferencias condicionales de efectivo y el seguro de desempleo, constituyen también factores que mejoran la salud, a medida que un

mayor ingreso contribuye a un estilo de vida más saludable. La dificultad para la acción pública en estos ámbitos, a menudo, reside en:

- la negociación política,
- el diálogo con grupos de intereses creados, y
- el debate público en torno a las prioridades, los pros y los contras.

Los servicios de atención personal y los seguros de salud

El segundo tipo de intervención abarca los servicios personales de salud – sean financiados por el sector público o privado. Estos son servicios tales como:

- el cuidado prenatal y la atención profesional del parto,
- el control del crecimiento de los niños,
- los tratamientos de las infecciones,
- la cirugía, y la quimioterapia, entre otros.

Es difícil recetar políticas para servicios personales de salud porque estos son muy variados, tienen múltiples objetivos y son provistos de maneras muy diferentes. Estos son servicios que tratan y curan enfermedades pero, frecuentemente, solo pueden aliviar los síntomas o simplemente descartar enfermedades serias. Los servicios personales de salud también pueden promover comportamientos saludables, prevenir enfermedades antes de que ocurran o tratar

enfermedades en su etapa inicial, antes de desarrollarse en un estado crítico. La gente puede buscar atención de proveedores de servicios de salud que trabajan por cuenta propia, trabajan en facilidades privadas o son empleados del gobierno. Independientemente de quien los trate, la gente puede pagar directamente, de su bolsillo, por sus servicios de salud. Sin embargo, dependiendo del contexto y circunstancias, el proveedor de los servicios de salud puede ser pagado, en la totalidad o en parte por:

- una empresa privada de seguro médico,
- una cooperativa sin fines de lucro,
- un sistema independiente de seguro público (por ejemplo, la Caja Costarricense de Seguro Social), o
- un ministerio de gobierno.

La decisión de cómo mejorar los servicios de salud requiere prestar atención tanto a la forma en que los servicios de salud son provistos como a la forma en que son financiados.

Los servicios de salud, en la mayoría de los países de América Latina, están altamente fragmentados, con grupos de población accediendo a los servicios a través de diferentes tipos de proveedores y con diferentes formas de financiación. Este es el resultado de una progresión histórica que comenzó con atención privada y de caridad en los siglos XVIII y XIX, cuando la tecnología médica era muy limitada en lo que podía lograr. En muchos países, y particularmente en el Cono Sur, la gente formó cooperativas sin fines de lucro, basadas en experiencias traídas de Europa Occidental. A principios del siglo XX, se crearon institutos nacionales de seguridad social para la pequeña parte de la población que trabajaba en el sector formal, también con base en modelos de Europa Occidental. Algunos de estos institutos reembolsaban la atención privada, mientras otros construyeron sus propias instalaciones y las dotaron de personal. Después de la segunda guerra mundial, la mayoría de los países también creó y extendió los servicios de atención a la salud que eran financiados directamente, provistos de personal y manejados por dependencias de gobierno o ministerios. Las instalaciones de salud privada continuaron expandiéndose y

Un poco de historia...

Siglos XVIII y XIX

- *Atención privada y de caridad.*
- *Cooperativas sin fines de lucro (influencia de Europa Occidental)*

Siglo XX (principios)

- *Institutos nacionales de seguridad social.*
- *Instalaciones de salud privada.*
- *Aseguradores de salud privados.*

Siglo XX (finales)

- *Amplia gama de esquemas superpuestos.*

evolucionando, y también surgieron los aseguradores de salud privados. Como resultado, para el final del siglo XX, la mayoría de los países tenía una amplia gama de esquemas superpuestos y que competían por el financiamiento y la provisión de atención a la salud.

El problema con tal fragmentación es que hace a los sistemas de atención a la salud muy ineficientes e inequitativos. Otros mercados son mejorados por la fragmentación cuando la información del consumidor es buena y cuando la competencia puede llevar a la eficiencia. Sin embargo, este no es el caso para los servicios de atención a la salud porque la gente rara vez sabe qué servicios son los que necesita, y no puede juzgar fácilmente la calidad de los servicios que está comprando, y además por la falta de tiempo necesario para comprar al mejor precio y calidad. En lugar de eso, la gente confía en los profesionales médicos para que le indiquen qué es lo que necesita.

➡ Es por esto que los sistemas de salud alrededor del mundo han creado una gama de instituciones para licenciar a los practicantes de medicina, imponer un mínimo de estándares de atención, regular precios y proteger a los consumidores.

➡ Es también por eso que instituciones públicas y privadas que proveen cobertura financiera de servicios de salud se involucran en la “compra estratégica”, un enfoque que:

- activamente estructura pagos a los proveedores de servicios de

salud de manera que minimizan la atención innecesaria,

- incentivan los servicios preventivos,
- controlan costos, y
- premian la mejor calidad.

La fragmentación del sector de salud también es ineficiente porque separa a la gente en diferentes grupos de riesgo. Como poca gente se enferma cada vez, pero todos tienen el riesgo de enfermarse alguna vez, resulta eficiente para todos hacer una contribución regular para cubrir los gastos de los que se enferman. Es preciso cubrir una población suficientemente grande, de forma que los individuos de bajo riesgo subsidien a los individuos de alto riesgo, y el sistema en su conjunto sea financieramente estable y pueda además aprovechar las economías de escala y evitar duplicidades, es decir que funcione bien el “subsidio de riesgos”. Los países con sistemas de salud fragmentados pueden hacer un solo fondo común de los riesgos, directamente, fusionando las instituciones que proveen servicios de cobertura de salud. Ellos también pueden mancomunar los riesgos indirectamente, estableciendo mecanismos financieros para redistribuir fondos, de instituciones con poblaciones de más alto riesgo hacia otras de menos riesgo, un proceso llamado “ecualización del riesgo”.

Como poca gente se enferma al mismo tiempo, pero todos tienen el riesgo de enfermarse alguna vez, es eficiente para todos realizar una contribución regular para pagar los costos de salud. En esto consisten los fondos comunes de riesgo.

Finalmente, la fragmentación del sector de salud hace difícil la búsqueda de la equidad y el cumplimiento de provisiones constitucionales que garantizan el acceso de todos los ciudadanos a los servicios de salud. Para asegurar que la gente con diferentes niveles de ingreso pueda acceder a los servicios de salud, es necesario que haya subsidios de los individuos de mayores ingresos hacia los de menores ingresos. En cualquier sistema de salud financiado con impuestos generales o con contribuciones salariales, hay necesariamente “subsidios redistributivos”. En sistemas fragmentados, la redistribución es generalmente alcanzada utilizando ingresos impositivos para subsidiar todas o parte de las contribuciones pagadas por las familias de ingresos más bajos.

Los países que han hecho progresos hacia la universalización del acceso a los servicios de salud y hacia la reducción de los riesgos financieros de enfermarse han fusionado sus sistemas superpuestos, o bien, han creado regímenes regulatorios que obligan a los varios proveedores de servicios de salud y a las instituciones financieras a

seguir requisitos similares de protección al consumo y a competir en igualdad de condiciones.

E

Costa Rica y Chile

Costa Rica logró esto fusionando instituciones, unificando toda la provisión y el financiamiento bajo la Caja Costarricense de Seguro Social. Chile siguió un camino diferente, primero separando el financiamiento público (FONASA) de sus proveedores públicos (operados por el gobierno), y luego promoviendo aseguradores privados de salud en la década de 1980, antes de desarrollar eventualmente una estructura regulatoria que impone estándares a todos los aseguradores y proveedores. A pesar de perseguir estrategias tan diferentes, tanto Costa Rica como Chile han extendido efectivamente la cobertura a la totalidad de sus poblaciones.

E

Colombia, Brasil y México

Países como Colombia, Brasil y México han hecho progresos importantes hacia el mejoramiento del acceso a los servicios de salud y a protección financiera, pero también han seguido caminos muy diferentes. Colombia ha creado un único sistema de seguro nacional que permite a la gente elegir entre aseguradores de salud que compiten entre sí. El mismo redistribuye explícitamente el riesgo e incorpora a los pobres a través de la cuenta de administración de recursos FOSYGA, que transfiere fondos de un asegurador a otro y de

contribuyentes más ricos a los pobres. Brasil siguió una estrategia de integración, eliminando su instituto de seguridad social y unificando sus servicios de salud financiados públicamente bajo un único esquema (el Sistema Unico de Saude). México ha optado por un enfoque más incremental tratando de mejorar el acceso y la cobertura financiera a través de la creación de un seguro especial, el Seguro Popular, para gente de bajos ingresos que, de otra forma, es inelegible para cobertura de seguro.

E

Ecuador y Honduras

Los países que se quedan atrás, como Ecuador y Honduras, han fracasado en varios frentes. Los institutos de seguridad social en estos países han sido incapaces de expandir la cobertura más allá de una pequeña parte de la población, menos del 15%, a pesar de haber sido creados más de 50 años atrás. Una encuesta realizada en Ecuador en 2004 reportó que solo 41,5% de quienes tenían un problema de salud buscaban servicios de salud y, de estos, el 28% utilizaba servicios del Ministerio de Salud, 5% utilizaba el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y las otras dos terceras partes buscaban atención privada en un hospital, farmacia u oficina de algún doctor. La OPS reporta que el 30% de la población carece de acceso a servicios de salud en Honduras, incluso aquellos supuestamente disponibles en forma gratuita del Ministerio de Salud.

En países como este, una gran parte de la población se queda sin la atención necesaria o termina pagando de su propio bolsillo por servicios privados, incluyendo muchos pobres.

Líneas estratégicas para ampliar la cobertura

Sin importar qué estrategias políticas e institucionales han usado los países para incrementar la cobertura, se tienen que encontrar maneras de hacer frente a los tres retos fundamentales sobre los cuáles no hay respuestas definitivas:

1. Cómo cubrir al sector informal;
2. Cómo mejorar la eficiencia en el segmento público no contributivo manejado por los ministerios de salud; y
3. Cómo aprovechar la participación del sector privado en la provisión de servicios de salud.

Estos tres retos deben enfrentarse en forma coherente, y de tal modo que pueda asegurarse la viabilidad financiera de los tres tipos principales de entidades involucradas –los hospitales y otros centros de salud dependientes de los ministerios de salud, las entidades aseguradoras de salud, y los proveedores privados de servicios de salud.

Los tres grandes retos para ampliar el acceso a servicios de salud (cubrir al sector informal, mejorar la eficiencia en el sector público, y aprovechar la participación del sector privado) deben asegurarse la viabilidad financiera de los centros de salud pública, aseguradoras de salud y proveedores privados de salud.

Incorporar a los trabajadores informales e independientes al sistema de seguros de salud es deseable, no sólo para que queden protegidos financieramente, sino también para mejorar la viabilidad de todo el sistema. El subsidio de riesgos se dificulta con la informalidad, en parte porque reduce el tamaño del sistema, pero sobre todo porque causa selección adversa: quienes dejan de afiliarse tienden a ser quienes tienen menores riesgos de salud (especialmente los jóvenes). Según sean las condiciones económicas de los informales e independientes, la falta de afiliación también puede limitar el subsidio redistributivo del sistema. Como los informales pueden de todas formas acudir a los servicios de salud pública no contributiva, resultan subsidiados por los contribuyentes en general, y generan presión sobre los escasos recursos con que suelen operar dichos servicios públicos. Puesto que tienden a recibir menos atención preventiva y acuden a los servicios sólo en última instancia, exigen tratamientos más costosos. Hay varias opciones, no excluyentes, para aumentar la afiliación de los informales e independientes a los sistemas de seguros de salud.

- ➔ Primero, facilitar su afiliación a través de innovaciones en las regulaciones, por ejemplo, aceptando contribuciones menos frecuentes o irregulares, o estableciendo contribuciones atadas al pago de impuestos o a ciertas transacciones, en lugar de a los salarios.
- ➔ Segundo, desvincular la contribución para la seguridad social en salud de otras contribuciones a la nómina que deben hacer los asalariados, como por ejemplo las contribuciones al sistema de pensiones; cuanto mayor es la tasa total de contribuciones y recargos a la nómina que son percibidos como impuestos, mayor es el aliciente para que muchos trabajadores se mantengan al margen de la seguridad social en salud.
- ➔ Tercero, mediante medidas de persuasión, de control y penalización de la evasión.
- ➔ Cuarto, mediante el establecimiento de controles de acceso a los servicios de salud pública no contributiva con base en la capacidad económica (como los utilizados para acceder a ciertos programas de protección social, tales como las transferencias condicionadas de ingreso).

El segundo reto consiste en mejorar la eficiencia del sector público. Un factor principal que conspira contra el objetivo de eficiencia en las entidades prestadoras de salud del sector público es la práctica corriente de establecer el presupuesto con base en los gastos del año anterior. Esta forma de financiamiento no crea incentivos para utilizar

mejor los recursos dentro de cada entidad, ni para reasignar recursos entre entidades para responder a emergencias, o a necesidades cambiantes, o para premiar a las entidades más eficientes. Tampoco facilita la contratación de proveedores privados, incluso cuando la organización del sistema y la regulación lo permite. La máxima a este respecto debe ser que “el dinero siga al paciente”, en vez de que se asigne en función de los costos de funcionamiento de los prestadores de servicios de salud del sector público. Por supuesto, para que esto sea viable es preciso que estos prestadores tengan autonomía administrativa y de manejo de personal, de forma que puedan responder a los cambios de tecnología y de costos y a las señales que reciban del resto del sistema de salud.

La autonomía administrativa y de manejo de personal es una condición necesaria para que los hospitales y otras entidades proveedoras de servicios que dependen de los ministerios de salud puedan operar eficientemente prestando servicios a los afiliados a la seguridad social.

Esta condición no se cumplió en la reforma de Chile que estableció el Fondo Nacional de Salud, o en la de Colombia que creó las Administradoras del Régimen Subsidiado para las entidades públicas. Parte del presupuesto anterior que financiaba a los hospitales públicos se utilizó para comprar servicios de proveedores privados o de otros

proveedores públicos, pero dichos hospitales no tenían los mecanismos para reducir sus gastos y sus plantas de personal, dando como resultado déficits importantes. Sin embargo, sería iluso creer que basta con dotarlos de autonomía y flexibilidad administrativa y de manejo de personal para que los administradores de los hospitales y otras entidades de salud del sector público respondan adecuadamente a las señales de precios e incentivos, pues pueden carecer de las capacidades técnicas o administrativas, o pueden actuar con motivaciones políticas. Además, seguramente enfrentarán la resistencia de las organizaciones sindicales y de diversos grupos que pueden verse afectados por los cambios. Puesto que estos obstáculos técnicos, institucionales y políticos no pueden resolverse de la noche a la mañana, la reforma de los sistemas públicos de salud es necesariamente una tarea gradual y compleja.

El tercer reto es aprovechar al sector privado para fortalecer y ampliar la red de servicios que se ofrecen a los afiliados a los seguros de salud. El sector privado puede ser parte de la red de entidades aseguradoras, puede ser prestador directo de los servicios de salud para los asegurados, o puede ser proveedor de insumos y servicios a los prestadores directos de servicios (tanto públicos como privados). En todos los países hay un segmento del mercado de seguros y servicios

de salud que es prestado por el sector privado, y que usualmente cuenta con las capacidades técnicas y administrativas para formar parte del sistema nacional de seguros de salud. Para involucrar al sector privado de forma efectiva y socialmente eficiente, es necesario regular cuidadosamente su participación como asegurador, como prestador directo y como proveedor. Entre los temas de más intensa confrontación entre los reguladores y el sector privado, están:

- la definición del paquete básico de servicios,
- los costos de prestar esos servicios,
- los valores de las contribuciones y copagos, y
- la discreción que suelen demandar los aseguradores para excluir a individuos de alto riesgo o para no cubrir enfermedades o tratamientos de alto costo.

Puesto que de estos factores depende que el sistema pueda cubrir efectivamente a la población de los riesgos financieros de la salud, es crucial que los reguladores tengan la capacidad técnica, la independencia y las motivaciones e incentivos para hacer contrapeso a los intereses privados. Éste es un asunto nada fácil, considerando que la discusión de ambos lados afecta intereses financieros además de estar fuertemente ideologizada y politizada.



Conceptos Clave

- Esperanza (o expectativa) de vida
- Mortalidad infantil
- Tasa global de fecundidad
- Carga de enfermedad
- Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)
- Transición epidemiológica
- Bienes públicos de salud vs servicios personales de salud
- Fragmentación del sector salud
- Fondos comunes de riesgo
- Subsidio de riesgo
- Subsidio redistributivo



Preguntas de repaso

1. ¿Por qué se dice que la población latinoamericana es ahora más sana que nunca?
2. Explique por qué el descenso de la fecundidad fue tan importante para el mejoramiento de la salud.
3. Explique qué factores culturales y sociales contribuyeron al mejoramiento de la salud en las últimas décadas.

4. Mencione las enfermedades transmisibles y las enfermedades crónicas más importantes desde el punto de vista de la carga de enfermedad y explique su relación con la transición epidemiológica.
5. Mencione algunas políticas de salud pública que podrían ayudar a reducir fuertemente la carga de enfermedad actual.
6. Describa algunos de los factores que han contribuido a un mejor estado de salud para los latinoamericanos.
7. Describa las maneras en que la fragmentación del sector salud conlleva a ineficiencia e inequidades.
8. Explique qué condiciones se necesitan para que funcionen bien los fondos comunes de riesgo.
9. ¿Cuáles son los principales retos para aumentar la cobertura de servicios de salud y la cobertura previsional en salud en América Latina?



Temas de discusión y estudio adicional

1. Describa en detalle el estado actual de la transición epidemiológica en un país de la región.
2. Analice las principales inequidades en las condiciones de salud y en el acceso a los servicios de salud en un país de la región.

- 3.** Contraste los beneficios de mejorar los bienes públicos para la salud con los beneficios de mejorar los servicios personales de salud en relación con la carga de enfermedad del tabaco, los accidentes de tráfico, las enfermedades respiratorias y la diabetes.
- 4.** Describa el sistema de servicios de salud en un país de la región, explique si es o no fragmentado, y analice sus principales problemas actuales.
- 5.** Discuta alternativas para aumentar la cobertura de servicios de salud, particularmente para trabajadores no formales y sus dependientes.
- 6.** Discuta alternativas para mejorar la eficiencia en la prestación de servicios de salud por parte del sector público.
- 7.** Discuta opciones para involucrar al sector privado en forma eficiente y equitativa en la prestación de los servicios de salud.

Fuentes y lecturas Recomendadas

La mayor parte de este módulo es una versión adaptada y actualizada del capítulo "Tomando el Pulso de la Calidad de la Salud" preparado por William Savedoff para el informe coordinado por Eduardo Lora [*Calidad de Vida Más Allá de los Hechos*](#) (Washington DC, Banco Interamericano de Desarrollo, 2008). Para facilitar la lectura, las referencias bibliográficas detalladas fueron omitidas del texto pero se encuentran a continuación, bajo el apartado de Fuentes Técnicas.

La sección de este módulo titulada "La desigual cobertura financiera para la salud" se basa en parte en el libro de Cristian C. Baeza y Truman G. Packard, [*Beyond Survival: Protecting Households from Health Shocks in Latin America*](#) (The World Bank, Stanford University Press, 2006).

Fuentes Técnicas

La salud es esencial para el bienestar: La afirmación de que la salud es esencial para la capacidad de una persona de vivir con autonomía, un requisito previo universal del bienestar, proviene de la publicación de Len Doyal y Gough e Ian Gough, *A Theory of Human Need* (Nueva York, The Guilford Press, 1991).

La afirmación sobre la importancia de la salud como capacidad proviene del libro de Amartya Sen *Development as Freedom* (Nueva York, Random House, 1999).

La afirmación de que los trabajadores agrícolas son más productivos cuando tienen niveles saludables de hierro en el torrente sanguíneo, que las personas con mejor estado de salud pierden menos días de

trabajo, y que las capacidades cognoscitivas de los niños mejoran cuando están bien nutridos, proviene del artículo de Duncan Thomas y Elizabeth Frankenberg "[Health, Nutrition and Prosperity: A Microeconomic Perspective](#)", en el *Bulletin of the World Health Organization* 80(2), 2002: 106-113.

La afirmación de que las personas más sanas, de acuerdo a su estatura y su índice de masa corporal, también tienden a ganar más en el mercado de trabajo, en parte, indicando un mayor nivel de productividad, proviene del trabajo de John Strauss y Duncan Thomas "[Health Nutrition and Economic Development](#)", en el *Journal of Economic Literature* 36(2), 1998: 766-817.

Más sanos que nunca: Los datos sobre la esperanza de vida al nacer para el conjunto de la población brasileña, y para las personas de ascendencia africana en 2000, provienen del artículo de Roberto Borges Martins "[Desigualdades raciais e políticas de inclusão racial: um sumário da experiência brasileira recente](#)", Serie Políticas Sociales No. 82, División de Desarrollo Social, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago.

Los datos sobre la esperanza de vida al nacer en Honduras para la población masculina en su conjunto, la población femenina en su conjunto y para los hombres y mujeres indígenas, vienen de la publicación de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) [Health of the Indigenous Peoples Initiative: Progress Report](#) (Washington DC, OPS, 1998), que cita el trabajo de Ramón Rivas *Pueblos Indígenas y Garifunas: una Caracterización* (Tegucigalpa, Editorial Guaymuras, 1993).

Los datos sobre la esperanza de vida en México, para la población indígena y no indígena en 2000, provienen de la publicación de la OPS [*Health in the Americas: 2002 Edition*](#) (Washington DC, OPS, 2002).

Los datos sobre las tasas de mortalidad de niños nacidos vivos de madres indígenas y no indígenas, en Ecuador y México, provienen del reporte de Gillette Hall y Harry Patrinos [*Indigenous Peoples, Poverty, and Human Development in Latin America: 1994-2004*](#) (Washington DC, Banco Mundial, 2005).

La afirmación de que, cuando los intervalos entre los partos son breves, las reservas nutricionales de la madre se agotan y el peligro de mortalidad infantil y el riesgo materno se elevan se basa en los siguientes artículos:

- el de Kathleen Merchant y Reynaldo Martorell "[Frequent Reproductive Cycling: Does It Lead to Nutritional Depletion of Mothers?](#)", en *Progress in Food and Nutrition Science* 12(4), 1988: 339-369;
- el de Sian Curtis y John McDonald "[Birth Intervals and Family Effects on Postneonatal Mortality in Brazil](#)", en *Demography* 30(1), 1993: 33-43; y
- el de Anne Pebley y Paul Stupp "[Reproductive Patterns and Child Mortality in Guatemala](#)", en *Demography* 24(1) 1987: 43-60.

Sobre la afirmación de que existe una correlación entre embarazos no deseados y un bajo peso al nacer, partos antes de término y comportamientos maternos menos saludables, pueden verse los siguientes artículos:

- el de Elizabeth Eggleston, Amy Ong Tsui y Milton Kotelchuck "[Unintended Pregnancy and Low Birthweight in Ecuador](#)", en *American Journal of Public Health* 91(5), 2001: 808–10;
- el de LeaVonne Pulley, Lorraine Klerman, Hao Tang y Beth Baker "[The Extent of Pregnancy Mistiming and Its Association with Maternal Characteristics and Behaviors and Pregnancy Outcomes](#)", en *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 34(4), 2001: 206–11; y
- el de Theodore Joyce, Robert Kaestner y Sanders Korenman "[The Effect of Pregnancy Intention on Child Development](#)", en *Demography* 37(1), 2000: 83–94.

La afirmación de que una nutrición adecuada está fuertemente asociada con una mayor estatura, sobre todo en períodos delicados, como las etapas prenatal, neonatal, la temprana infancia y la adolescencia, proviene del libro de Phyllis Eveleth y James Tanner *Variation in Human Growth* (Nueva York, Cambridge University Press, 1976).

La estadística del aumento del promedio de estatura por decenio de las poblaciones de Brasil y Colombia durante el siglo XX proviene de:

- el artículo de Rocío Ribero y Jairo Núñez "Adult Morbidity, Height, and Earnings in Colombia" en la publicación de William Savedoff y Paul Schultz (eds.), [Wealth from Health: Linking Social Investments to Earnings in Latin America](#) (Washington DC, Banco Interamericano de Desarrollo, 2000), y
- del artículo de John Strauss y Duncan Thomas "[Health, Nutrition and Economic Development](#)" en el *Journal of Economic Literature*

36(2), 1998: 766–817.

La afirmación de que, en siete países de América Latina y el Caribe, se han detectado aumentos similares de estatura de aproximadamente 0,5 cm por decenio en las mujeres, con los mayores incrementos en las niñas nacidas 1955 y 1970, deriva del estudio de Claudia Piras y William Savedoff "Does Growth Lead to Growth? Income Effects on Adults Height", documento mimeografiado, Oficina del Economista Jefe, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC, 1999.

La estimación del aumento promedio de estatura de las niñas nacidas en 1982, en la ciudad de Pelotas, Brasil, con respecto a sus madres, proviene del artículo de Denise Gigante, Bernardo Horta, Rosángela Lima, Fernando Barros y César Victora "[Early Life Factors Are Determinants of Female Height at Age 19 Years in a Population-Based Birth Cohort](#)" en el *Journal of Nutrition* 136, 2006: 473-478.

La transición epidemiológica: La afirmación de que, para 2005, las enfermedades prevenibles por vacunación ya no figuraban entre las 10 causas principales de mortalidad de menores de 5 años en la región, y sólo siguieron siendo significativas o predominantes en Centroamérica, Haití y República Dominicana proviene del informe *Health in the Americas: 2007 Edition* (Washington DC, OPS, 2007).

Las estadísticas sobre las defunciones por causas, por regiones del mundo, para 1970 y 2002, provienen de:

- el artículo de Rodolfo Bulatao y Patience Stephens "[Global Estimates and Projections of Mortality by Cause, 1970–2015](#)", Policy Research Working Paper No. 1007, Banco Mundial,

Washington DC, 1992; y

- del [*Informe sobre la salud en el mundo 2004: Cambiemos el rumbo de la historia*](#), de la Organización Mundial de la Salud (Ginebra, OMS, 2004).

La estadística sobre la tasa de hipertensión en los grandes centros urbanos de la región proviene del artículo de Heman Schargrotsky, Rafael Hernández, Beatriz Marcet Champagne, Honorio Silva, Raúl Vinuesa, Luis Carlos Silva, Pierre-Jean Toubold, Calos Boissonnet, Jorge Escobedo, Fabio Pellegrini, Alejandro Macchia, Elinor Wilson e investigadores del estudio CARMELA "[CARMELA: Assessment of Cardiovascular Risk in Seven Latin American Cities](#)", en *The American Journal of Medicine* 121 (1), 2008:58-65.

Las estadísticas sobre el número de personas afectadas por la diabetes y sobre el número de muertes por su causa, en América Latina, provienen del artículo de Alberto Barceló, Cristian Aedo, Swapnil Rajpathak y Silvia Robles "[The Cost of Diabetes in Latin America and the Caribbean](#)", en *Bulletin of the World Health Organization* 81(1), 2003: 19-27.

La afirmación de que, en México, la diabetes es la causa número uno de mortalidad en las mujeres y la segunda en los hombres, viene de la "[Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y la Productividad](#)" del Sector Social, del Banco Interamericano de Desarrollo, publicada en 2011.

Los datos de AVAD para América Latina y Estados Unidos provienen del capítulo “Desafíos para mejorar las condiciones de salud”, del Reporte de Economía y Desarrollo 2007-2008 de la CAF: [*Oportunidades en América Latina: Hacia una mejor política social*](#) (Caracas, CAF, 2007).

Sobre los efectos de depresión en el trabajo puede verse:

- el artículo de Ronald Kessler, Paul Greenberg, Kristin Mickelson, Laurie Meneades and Philip Wang “[The Effects of Chronic Medical Conditions on Work Loss and Work Cutback](#)”, en *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 43, 2001:218–225;
- el capítulo de Paul Greenberg, Ronald Kessler, Tara Nells, Stan Finkelstein y Ernst Berndt “Depression in the workplace: an economic perspective”, en el libro de John Feighner y William Boyer (eds.) *Selective Serotonin Re-Uptake Inhibitors: Advances in Basic Research and Clinical Practice* (New York, John Wiley & Sons, 1996); y
- el artículo de Norman Sartorius “[The Economic and Social Burden of Depression](#)”, en *Journal of Clinical Psychiatry* 1(62), 2001: 8-11.

La afirmación de que los síntomas de la depresión, con frecuencia, impiden que los individuos funcionen a plenitud de sus capacidades en el trabajo y disminuyen el rendimiento laboral, proviene del artículo de Paul Hemp “[Presenteeism: At work – but out of it](#)”, en *Harvard Business Review* 82(10), 2004: 49-58.

La afirmación de que la *transición epidemiológica* hacia enfermedades no transmisibles modifica los tipos de servicios de atención sanitaria que necesita la población, tanto preventivos como curativos proviene del artículo de Amanda Glassman, Thomas Gaziano, César Bouillon y Frederico Guanais de Aguiar "[Confronting The Chronic Disease Burden in Latin America and The Caribbean](#)" en *Health Affairs* 29(12), 2010: 2142-2148.

La estimación del aumento del presupuesto total de salud en México por causa del creciente número de casos de diabetes e hipertensión pertenece a Armando Arredondo, Alexis Zúñiga e Irene Parada, en su artículo "[Health care costs and financial consequences of epidemiological changes in chronic diseases in Latin America: evidence from México](#)", en *Public Health* 119(8), 2005:711-720.

Las estimaciones de la contribuciones de los tres principales factores de riesgo para la pérdida de AVAD –alcohol, hipertensión arterial y tabaquismo- provienen de la publicación de la OPS [Health in the Americas: 2002 Edition](#) (Washington DC, OPS, 2002).

La estimación de los costos de los programas para reducir el alcoholismo en la región provienen del capítulo de Jürgen Rehm, Dan Chisholm, Robin Room y Alan D. López, "Alcohol", en la publicación de Dean Jamison et al. (eds.) *Disease Control Priorities in Developing Countries* (Nueva York y Washington DC, Oxford University Press y Banco Mundial, 2006).

La estimación de la reducción de muertes prematuras proyectadas si se aplicaran impuestos adicionales de 30% a los cigarrillos proviene del capítulo de Prabhat Jha, Frank J. Chaloupka, James Moore,

Vendhan Gajalakshmi, Prakash C. Gupta, Richard Peck, Samira Asma y Witold Zatonski "Tobacco Addiction", en la publicación de Dean Jamison et al. (eds.) *Disease Control Priorities in Developing Countries* (Nueva York y Washington DC, Oxford University Press y Banco Mundial, 2006).

El cálculo de la reducción del riesgo cardiovascular debido a la hipertensión por medio del tratamiento con aspirinas y estatinas corresponde a Nicholas Wald y Malcom Law, en su artículo "[A Strategy to Reduce Cardiovascular Disease by More than 80 Percent](#)", en *British Medical Journal* 326(7404), 2003: 1419.

El ejemplo de México referente a las diferencias entre la carga de enfermedad para hombres de las comunidades urbanas más pobres y los de zonas urbanas más privilegiadas, proviene del estudio de Rafael Lozano, Héctor Gómez-Dantés, Francisco Franco y Gabriela Rodríguez *Carga de la enfermedad en municipios urbanos marginados, México 2004-2008* (México, BID, Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe y Funsalud, 2009).

Las estadísticas sobre el número de personas con la enfermedad de Chagas y el porcentaje de la población con gusanos intestinales en las comunidades pobres de Guatemala provienen del artículo de Peter Hotex "[Mass Drug Administration an Integrated Control for the World's High-Prevalence Neglected Tropical Diseases](#)", en *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 85, 2009:659-664.

Las afirmaciones de que los pobres son más propensos a presentar factores de riesgo de enfermedades crónicas, y que las enfermedades crónicas en América Latina no se limitan a enfermedades de la vejez,

proviene del capítulo “Desafíos para mejorar las condiciones de salud”, del Reporte de Economía y Desarrollo 2007-2008 de la CAF: [*Oportunidades en América Latina: Hacia una mejor política social*](#) (Caracas, CAF, 2007).

Las estadísticas de detención del crecimiento en niños indígenas y no indígenas en Guatemala, en 2000, provienen del artículo de Alessandra Marini y Michele Gragnolati “[Malnutrition and Poverty in Guatemala](#)”, Policy Research Working Paper No. 2967, Banco Mundial, Washington DC, 2003.

La afirmación de que, hoy en día, más de la mitad de los adultos chilenos está excedida de peso proviene del artículo de Richard Uauy, Cecilia Albala y Juliana Kain “[Obesity Trends in Latin America: Transiting from Under- to Overweight](#)”, *Journal of Nutrition* 131(3), 2001: 893-899.

El porcentaje de la población considerado obeso en Chile proviene del documento coordinado por María Valentina Konow Vial [Informe de Política Social](#) (Santiago, Chile, Mideplan, 2011).

Las estadísticas del aumento en la ingesta de grasas en México, así como de la reducción de las compras de frutas y verduras de los hogares mexicanos, del aumento en las compras de refrescos, y del aumento del sobrepeso y la obesidad provienen del artículo de Juan Rivera, Simón Barquera, Teresa González-Cossio, Gustavo Olaiz y Jaime Sepúlveda “[Nutrition Transition in Mexico and in Other Latin American Countries](#)” en *Nutrition Reviews* 62(7), 2004: s149-s157.

Factores que han contribuido a una mejor salud: La afirmación de que, entre los países con la ingesta calórica más baja, la esperanza de vida al nacer aumentó casi ocho años por encima del avance que pudo haberse esperado únicamente como producto de una mejor nutrición, proviene del artículo de Rodrigo Soarez "[On the Determinants of Mortality Reductions in the Developing World](#)", NBER Working Paper No. 12837, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, 2007.

Sobre el debate del papel del aumento del ingreso y de la riqueza material en la mejora de la salud, puede verse:

- el artículo de Lant Pritchett y Lawrence Summers "[Wealthier is Healthier](#)", Policy Research Working Paper Series No. 1150, Banco Mundial, 1993; o
- el artículo de James Smith "[Healthy Bodies and Thick Wallets: The Dual Relation between Health and Economic Status](#)", en *Journal of Economic Perspectives* 13(2), 1999: 145-166.

La afirmación de que los programas de inmunización figuran entre los éxitos más destacados de la salud pública de la segunda mitad del siglo XX proviene de la publicación de Ruth Levine y What Works Working Group [Millions Saved: Proven Successes in Global Health](#) (Washington DC, Center for Global Development, 2006).

Las estadísticas sobre la cobertura de inmunización contra el sarampión en Bolivia y de la vacuna DPT en República Dominicana, así como la afirmación de que, en Brasil, Guatemala, Haití, Nicaragua, Paraguay y Perú, las personas del quintil más bajo de ingresos tienen una tasa de vacunación contra el sarampión 25% inferior a las del

quintil más alto, provienen del Reporte de Economía y Desarrollo 2007-2008 de la CAF: [Oportunidades en América Latina: Hacia una mejor política social](#) (Caracas, CAF, 2007).

El Recuadro 3 tiene como fuentes el capítulo de Ciro de Quadros "A Century of Vaccines and Immunization in the Americas" en la publicación *Vaccines: Preventing Disease and Protecting Health*, editada por el mismo autor (Washington DC, Organización Panamericana de la Salud, 2004), y "Estimates of DPT3 Coverage", de la OMS (Organización Mundial de la Salud)/UNICEF, 2008.

Más acceso que nunca a los servicios de salud: Las estadísticas de incremento del número de camas de hospital en México provienen del [Sistema Nacional de Información en Salud](#), de la Secretaría Nacional de Salud de México, 2008.

Los datos sobre la reducción de la proporción de la población de Costa Rica que vive a más de 25 km de un hospital provienen de artículo de Luis Rosero-Bixby "[Spatial Access to Health Care in Costa Rica and Its Equity: A GIS-Based Study](#)" en *Social Science and Medicine* 58(7), 2004:1271-1284.

Las estadísticas sobre el número de médicos por 1.000 habitantes en São Paulo, y en estados rurales más pobres, en 1960 y 2000, proviene del artículo de William Savedoff "[A Moving Target: Universal Access to Healthcare Services in Latin America and the Caribbean](#)", Documento de Trabajo No. 667, Banco Interamericano de Desarrollo, 2009.

La afirmación de que una gran parte de las mejoras en salud y en la esperanza de vida se puede atribuir a la difusión de ideas, técnicas y

terapias desarrolladas en los países ricos hacia los países más pobres, proviene del artículo de Angus Deaton "[Health in an Age of Globalization](#)", documento preparado para el Brookings Trade Forum, Brookings Institution, Washington DC, mayo 13-14, 2004, versión de julio 2004.

La afirmación de que los incrementos en gastos totales se deben principalmente al mayor número de personas que acceden a servicios de salud, lo que arroja mayores beneficios a la salud, proviene del artículo de David Cutler y Mark McClellan "[Productivity Change in Health Care](#)", en *American Economic Review* 91(2), 2001: 281-286.

El desigual acceso a la atención de la salud: Las estadísticas sobre la variación por quintil del uso de servicios de atención de la salud en Perú, en 1997, proviene del artículo de Martín Valdivia "[Public Health Infrastructure and Equity in the Utilization of Outpatient Health Care Services in Peru](#)", en *Health Policy and Planning* 17, 2002: 12-19.

La afirmación de que, en los países de América Latina y el Caribe, en la década de 1990, la proporción de personas en el quintil de ingresos más alto que buscaban atención médica cuando estaban enfermas fue aproximadamente el doble, en promedio, que la de quienes se hallaban en los quintiles de ingresos más bajos, proviene del artículo de Norberto Dachs, Marcela Ferrer, Carmen Elisa Florez, Aluisio J.D. Barros, Rory Narváez y Martín Valdivia "[Inequalities in Health in Latin America and the Caribbean: Descriptive and Exploratory Results for Self-Reported Health Problems and Health Care in Twelve Countries](#)", en *Pan American Journal of Public Health* 11(5-6), 2002: 335-355.

Las estadísticas sobre la proporción de la población chilena, en distintos grupos de ingresos, que hacia mediados de la década de 1990 utilizaba servicios de atención de la salud, preventivos y de emergencia, provienen del artículo de Claudio Sapelli y Bernardita Vial [“Utilización de prestaciones de salud en Chile: ¿Es diferente entre grupos de ingreso?”](#), en *Cuadernos de Economía* 35(106), 1998:343-382.

La tasa de utilización de los servicios de parto con personal calificado en República Dominicana, así como las estadísticas sobre los avances de la cobertura de la atención calificada del parto de las mujeres de los quintiles más pobres en Colombia, Bolivia, Nicaragua y República Dominicana, provienen de la publicación de Davidson Gwatkin, Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Eldaw Suliman, Adam Wagstaff y Agbessi Amouzou [Socio-economics Differences in Health, Nutrition, and Population within Developing Countries: An Overview](#) (Washington DC, Banco Mundial, 2007).

La cifra de ausentismo del personal en los centros de atención primaria de la salud en Perú proviene del artículo de Nazmul Chaudhury, Jeffrey Hammer, Michael Kremer, Karthik Muralidharan y F. Halsey Rogers, [“Missing in Action: Teacher and Health Worker Absence in Developing Countries”](#), en *Journal of Economic Perspectives* 20(1), 2006:91-116.

Los datos sobre la proporción de mujeres que acudió a servicios de atención prenatal en Honduras y no recibió todos los servicios exigidos por el Ministerio de Salud, provienen de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDESA, 2006.

La afirmación de que, en un estado de Brasil, la mitad de los pacientes que fueron diagnosticados con hipertensión no sabía que tenían esa condición y solo 10% fue tratado adecuadamente, proviene del artículo de Iseu Gus, Erno Harzheim, Cláudio Zaslavsky, Cláudio Medina y Miguel Gus "[Prevalence, Awareness, and Control of Systemic Arterial Hypertension in the State of Rio Grande do Sul](#)", en *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 83(5), 2004: 429-433.

La afirmación de que, mientras que en los establecimientos privados de salud la calidad de los servicios es mejor para los pacientes ricos que para los pobres, en las entidades del Instituto Mexicano de Seguridad Social, IMSS, la calidad es uniforme entre pobres y no pobres proviene del artículo "[Variations in Prenatal Care Quality for the Rural Poor in Mexico](#)" en *Health Affairs* 26(3), 2007: 310-323.

La desigual cobertura financiera para la salud: Los porcentajes de la población no pobre que ha caído bajo la línea nacional de pobreza por causa de gastos de salud realizados de su propio bolsillo, provienen de:

- documentos preparados para el estudio regional [Beyond Survival: Protecting Households from the Impoverishing Effects of Health Shocks](#) (Washington DC, Banco Mundial, 2004);
- específicamente, para el caso de Argentina, del estudio de Daniel Maceira "Mecanismos de protección social en salud e impacto de shocks financieros: El caso de Argentina";
- para el caso de Chile, del estudio de Ricardo Bitran, Úrsula Giedion, y Rodrigo Muñoz, "Fondos de riesgo, ahorro y prevención: estudio regional de políticas para la protección de los más pobres de los efectos de los choques de salud: Estudio

de caso de Chile”;

- para el caso de Ecuador, del artículo de Fernando Montenegro “Household Health Expenditures, Financial Protection, and Poverty in Ecuador”; y
- para el caso de Honduras, del artículo de John Fiedler “Out-of-Pocket Health Expenditures, Risk Pooling, Savings, and Prevention: A Honduras Case Study”.

Retos Futuros: Las estadísticas sobre el porcentaje de personas con problemas de salud que buscaron atención médica en Ecuador, en 2004, y sobre el tipo de establecimientos a los que acudieron, provienen del [*Informe Final de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil \(ENDEIMAN\) 2004*](#), del Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social, Quito , 2005.

El dato sobre la proporción de la población que carece de acceso a servicios de salud en Honduras proviene del informe *Health in the Americas: 2007 Edition* (Washington DC, OPS, 2007).