

Original

Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005–2010)

Doris Cardona^a, Laura Débora Acosta^b y Carola Leticia Bertone^{b,*}

^a Grupo de Investigaciones Observatorio de la Salud Pública, Universidad CES, Medellín, Colombia

^b Centro de Investigaciones y Estudios de la Cultura y Sociedad (CIECS)-CONICET, Córdoba, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de agosto de 2012

Aceptado el 5 de diciembre de 2012

On-line el 22 de febrero de 2013

Palabras clave:

Equidad
América Latina
Desigualdades

RESUMEN

Objetivo: Este trabajo pretende identificar la desigualdad en salud existente entre los países de América Latina y el Caribe, en los últimos años (2005–2010), considerando que la medición de desigualdades es el primer paso hacia la identificación de inequidades en salud.

Método: Se diseñó un estudio ecológico, cuya unidad de análisis son 20 países latinoamericanos y del Caribe, en el cual se construyó el Índice de Inequidades en Salud (INIQUIS). Éste sintetiza, en un valor que varía entre 0 y 1, un conjunto de indicadores socioeconómicos y de salud, elaborados por organismos internacionales, que se consideran como determinantes proximales y contextuales de la salud.

Resultados: Según el índice calculado, los cinco países con la peor situación respecto a la salud de su población son Haití, Guatemala, Bolivia, Venezuela y Honduras. En contraposición, los cinco con la situación de salud más favorable son Cuba, Argentina, Uruguay, Chile y México.

Conclusiones: La región presenta, aún hoy, grandes desigualdades en salud, con Cuba como país mejor posicionado en relación a los indicadores de salud y Haití como el peor. Se recomienda la evaluación sistemática de las desigualdades en salud en Latinoamérica y el Caribe mediante el INIQUIS y otros índices, con la finalidad de analizar acciones, políticas y programas para disminuir las inequidades en la región.

© 2012 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Inequities in health among Latin American and Caribbean countries (2005–2010)

ABSTRACT

Objective: To identify health inequalities among Latin American and Caribbean countries in recent years (2005–2010), based on the view that measurement of inequalities is the first step in identifying health inequities.

Method: We performed an ecological study, whose units of analysis were 20 Latin American and Caribbean countries. These units were used to build the Inequalities in Health Index. This index summarizes, in a value ranging from 0 to 1, a set of socio-economic and health indicators, developed by international organizations. These indicators are considered as proximal and contextual determinants of health.

Results: According to the index calculated, the five countries with the worst health status were Haiti, Guatemala, Bolivia, Venezuela and Honduras. In contrast, the five countries with the most favorable health status were Cuba, Argentina, Uruguay, Chile and Mexico.

Conclusion: Even today, there are wide health inequalities in Latin America and the Caribbean. The country with the most favorable health indicators was Cuba and that with the least favorable was Haiti. We recommend systematic evaluation of health inequalities in Latin America and the Caribbean through the Inequalities in Health Index and other indices, in order to analyze actions, policies and programs to reduce inequities in this region.

© 2012 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La inequidad en salud se refiere a las diferencias en salud, innecesarias, evitables e injustas¹. Son injustas porque se deben a una división del trabajo en la sociedad que coloca a determinados grupos de personas en desventaja, especialmente en relación a sus posibilidades de conservar la salud². Sin embargo, la equidad en salud no se refiere solo a la salud, y mucho menos debe ser reducida a la distribución de la asistencia sanitaria, sino que hay que

entenderla desde un ámbito multidimensional, cuya concepción ayuda a comprender la justicia social³.

Algunos autores consideran que la equidad es la ausencia de disparidades entre grupos (definidos por aspectos sociales, económicos, demográficos o geográficos), en desventaja de unos respecto de los otros, particularmente respecto a la salud, que se diferencian por un distinto nivel de poder, bienestar o prestigio social⁴. Dichos grupos deben ser sistemáticos y potencialmente remediables en uno o más aspectos: salud, educación, nutrición y condiciones de vida⁵. En este sentido, equidad es un concepto más cercano a la noción de justicia distributiva como respuesta a necesidades y demandas de esas poblaciones⁶, y en concordancia con los principios de los derechos humanos³. Asimismo, la salud es la

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: carolabertone@gmail.com (C.L. Bertone).

esencia del bienestar y la superación de otros efectos de las desventajas sociales⁴. En efecto, evaluar las inequidades en salud involucra evaluar lo que es o no es justo en una sociedad, de modo que se hace necesario un juicio de valores⁷.

Por otra parte, el término «desigualdad» se refiere a la diferenciación con dimensionalidad, en la esfera colectiva o poblacional, por lo que es considerada como prueba empírica de la inequidad, la cual puede expresarse mediante indicadores⁸.

Se conoce que, para disminuir las inequidades en salud, debería actuarse sobre los factores estructurales que afectan en gran parte las condiciones de vida de las personas. Éstos, también llamados factores contextuales, resultan de la combinación nociva de políticas injustas, situación económica precaria y mala gestión política⁹. Entre los factores estructurales o de contexto analizados en el estudio de la inequidad se encuentran el producto interior bruto (PIB), el gasto público y el gasto al hogar, entre otros^{10,11}.

Numerosos autores han desarrollado sus trabajos en torno a las desigualdades en Latinoamérica y el Caribe^{8,12–16}. Para este análisis se han considerado desde indicadores simples hasta mediciones más complejas de las desigualdades en salud. Al respecto, se sabe que no hay una única manera de mensurarlas; se considera que cada uno de los métodos de medición de desigualdades en salud posee ventajas y desventajas, y son aplicables para medir desigualdades de diferentes tipos y a distintos niveles de análisis^{17,18}.

Este trabajo tiene como objetivo identificar la situación de la desigualdad en salud entre los países de América Latina y el Caribe en los últimos años (2005–2010).

Métodos

Se trata de un estudio ecológico cuyas unidades de análisis son 20 países de Latinoamérica y el Caribe. Para la medición de las desigualdades en salud se aplicó el Índice de Inequidades en Salud (INIQUIS), que es un índice sintético, elaborado a partir de indicadores simples. Fue propuesto para la medición de desigualdades en salud entre países o en cualquier escala de territorios¹⁸. El índice se construye a partir de un proceso iterativo, desde un conjunto de indicadores que reflejen la inequidad en salud.

De cada uno de los países se seleccionaron 16 indicadores de salud, recursos sanitarios, contexto socioeconómico y de

saneamiento, calculados por organismos internacionales con los datos más actualizados existentes (2005 a 2010) (tabla 1), extraídos de diferentes fuentes de datos secundarias^{19–21}.

Este conjunto de indicadores (tabla 1) se consideran como determinantes proximales de la salud y reflejarían de alguna manera las desigualdades en salud. Si bien los servicios sanitarios no son los determinantes principales de las desigualdades en salud, son una parte integral de la definición del desarrollo y de los niveles de bienestar social. A su vez, es bien conocido que su financiación determina no solo la disponibilidad de los servicios y el acceso a ellos, sino también el grado de protección financiera contra los grandes costes de la enfermedad²².

Por otro lado, algunos trabajos han encontrado asociaciones significativas entre indicadores de contexto e indicadores de salud¹¹. En particular, en América Latina y el Caribe, durante la década de 1980, el ajuste de las políticas macroeconómicas tuvo un efecto negativo sobre los indicadores sociales, específicamente sobre los relacionados con la situación de salud¹⁰.

Asimismo, cabe destacar que se incluyó un indicador de desigualdades en el interior de los países, como es el índice de Gini de ingresos, considerando que la probabilidad de morir y enfermar de una persona dependería también de la posición que tiene dentro de la distribución de la renta en un país, y que la desigual distribución de la renta es el resultado de procesos históricos, culturales, económicos y políticos²².

Con los indicadores mencionados se construyó el INIQUIS, que sintetiza toda esa información en un solo valor, para lograr evaluar las desigualdades entre las unidades de análisis propuestas. Este índice, que forma parte de la batería de indicadores de desigualdad incorporados en el software utilizado, surgió de la necesidad de medir de manera sintética las desigualdades en salud, considerando de manera sintética las desigualdades en salud, laborales y sanitarias, entre otras²³.

Para la selección de los indicadores que lo conforman, la Organización Panamericana de la Salud propone incorporar dos aspectos básicos: identificar la existencia de desigualdades, maximizando las diferencias entre unidades de observación, y utilizar el menor número posible de indicadores, limitando la correlación entre ellos.

Para la construcción del INIQUIS, en primer lugar se define un indicador inicial (fundamental) que se entiende que no debe dejar

Tabla 1
Indicadores utilizados en la construcción del INIQUIS y fuentes de información

Descripción	Año	Unidad	Fuente
Esperanza de vida al nacer	2009	Años	OMS
Tasa de mortalidad de menores de 1 año (probabilidad de morir antes de cumplir 1 año)	2009	Tasa por 1000 nacidos vivos	OMS
Tasa de mortalidad de menores de 5 años (probabilidad de morir antes de cumplir 5 años)	2009	Tasa por 1000 nacidos vivos	OMS
Razón de mortalidad materna	2008	Tasa por 100.000 nacidos vivos	OMS
Partos atendidos por personal de salud cualificado	2000–2010	Proporción	OMS
Cobertura de la inmunización frente al sarampión en niños de 1 año	2009	Proporción	OMS
Población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable	2008	Proporción	OMS
Médicos (densidad)	2000–2010	Tasa por 10.000 habitantes	OMS
Número de camas hospitalarias	2000–2009	Tasa por 10.000 habitantes	OMS
Gasto en salud (% del PIB)	2010	Proporción	BM
Gasto medio en salud per cápita al tipo de cambio promedio	2008	US\$ per cápita	OMS
Tasa global de fecundidad	2010	Número de hijos por mujer	BM
PIB per cápita	2008–2010	US\$ per cápita	BM
Índice de concentración de GINI	2005–2010	Valores entre 0 y 1	CEPAL
Tasa de alfabetización en personas de 15 años y más de edad	2005–2010	Proporción	CEPAL
Porcentaje de personas pobres	2005–2010	Proporción	CEPAL

Fuente: elaboración propia.

PIB: producto interior bruto; OMS: Organización Mundial de la Salud (Estadísticas Sanitarias Mundiales, año 2011); BM: Banco Mundial (Indicadores de Salud, 2010); CEPAL: Comisión Económica para Países de América Latina y el Caribe.

de formar parte del índice. En este caso el índice se construyó a partir de la esperanza de vida. Luego se van incorporando otros indicadores basándose en la identificación de los que sean disjuntos e incorrelacionados, para lo cual se utiliza la medición de distancias euclidianas promedio entre indicadores y el coeficiente de correlación de rangos de Spearman²³ por medio de un proceso iterativo.

Es preciso comentar que el método de cálculo del INIQUIS opera con valores relativos en lugar de con los valores reales que tiene cada indicador, con lo cual se consigue estandarizar el intervalo de variación de los indicadores, de modo que todos toman valores entre 0 y 1. Por consiguiente, debe especificarse el sentido del indicador (a mayor valor mejor situación, o viceversa)²³.

El valor del INIQUIS en cada unidad geográfica (en este caso países) puede oscilar entre 0 y 1. Los valores próximos a 1 indican peor situación en salud, y los valores próximos a 0 corresponden a la mejor situación. Sin embargo, la interpretación del índice debe hacerse en términos relativos entre los valores máximos y mínimos conseguidos en cada caso particular²³.

Los datos fueron procesados con el software EPIDAT, versión 3.1, desarrollado por la Dirección Xeral de Saúde Pública de la Consellería de Sanidade (Xunta de Galicia), en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS), en el año 2000.

Resultados

Descripción de los indicadores utilizados para la elaboración del INIQUIS

El promedio de la esperanza de vida al nacimiento en los 20 países de América Latina y el Caribe incluidos en el análisis fue de 73,7 años, siendo la menor de 62 años (Haití) y las mayores de 79 años (Costa Rica y Chile). Hay que recordar que la esperanza de vida es el indicador inicial aplicado al programa para obtener el INIQUIS (tabla 2).

Cabe destacar que tres de los indicadores usados en este trabajo están contemplados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio: la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad de los menores de

5 años y la razón de mortalidad materna; si sus valores son altos, indican situaciones desfavorables en las condiciones de salud de las poblaciones.

En cuanto a la tasa de mortalidad infantil se observa una gran heterogeneidad, puesto que va desde 64 defunciones de niños menores de 1 año por mil nacidos vivos en Haití al fallecimiento de 5 niños cubanos menores de 1 año de edad por cada mil nacimientos en el mismo año. Vale aclarar que la tasa de mortalidad infantil promedio en la región es de 20,5 por cada mil nacidos vivos (tabla 2).

Por otra parte, la tasa de mortalidad promedio de los menores de 5 años por cada mil nacidos vivos fue de 25,1. Los países que superan esta medición coinciden en su orden con lo registrado para la tasa de mortalidad infantil, medición que se ubica entre 87 y 6 (tabla 2).

La razón de mortalidad materna para América Latina y el Caribe fue de 96,5 por cada cien mil nacidos vivos. Chile presenta la menor tasa y Haití por la mayor. Por otra parte, la tasa global de fecundidad es de 2,5 hijos por mujer. El país con mayor tasa global de fecundidad es Guatemala, mientras que cuatro países se encuentran por debajo del nivel de reemplazo (Cuba, Costa Rica, Brasil y Chile; tabla 2).

En la tabla 1 se hace referencia a los indicadores de recursos sanitarios y de saneamiento. Se observa que Haití posee el menor porcentaje de partos atendidos por personal de salud cualificado, cobertura de inmunización por sarampión y población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable. Nicaragua presenta la menor proporción de médicos por habitante y Guatemala el menor porcentaje de camas hospitalarias. Bolivia es el país de América Latina que destina menos proporción del PIB al gasto en salud, y Haití el que tiene menor gasto en salud per cápita (tabla 3).

En la tabla 4 se presentan los indicadores de contexto social y económico. Se observa que Haití presenta el menor PIB y la menor tasa de alfabetización de 15 y más años de edad, Guatemala presenta el mayor índice de concentración de Gini, y Honduras presenta el mayor porcentaje de pobreza.

Índice de inequidades en salud

De los 16 indicadores seleccionados, además de la esperanza de vida como indicador inicial se incluyeron otros seis: partos

Tabla 2
Indicadores de mortalidad y fecundidad. América Latina y el Caribe (2008–2010)

País	Esperanza de vida al nacer	Tasa de mortalidad infantil ^a	Razón de mortalidad materna ^b	Tasa de mortalidad < 5 años ^a	Tasa global de fecundidad ^c
Costa Rica	79	10	44	11	1,8
Chile	79	7	26	8	1,9
Cuba	78	5	53	6	1,5
Panamá	77	16	71	23	2,5
Perú	76	19	98	21	2,5
Colombia	76	16	85	19	2,1
México	76	15	85	17	2,3
Uruguay	76	11	27	13	2,0
Ecuador	75	20	140	24	2,5
Venezuela	75	15	68	17	2,5
Argentina	75	13	70	15	2,2
Nicaragua	74	22	100	26	2,6
Paraguay	74	19	95	23	3,0
Brasil	73	17	58	21	1,8
El Salvador	72	15	110	17	2,3
Rep. Dominicana	71	27	100	32	2,6
Guatemala	69	33	110	40	4,0
Honduras	69	25	110	30	3,1
Bolivia	68	40	180	51	3,3
Guyana	67	29	270	35	2,3
Haití	62	64	300	87	3,3

^a Tasa por 1000 nacidos vivos.

^b Tasa por 100.000 nacidos vivos.

^c Número de hijos por mujer.

Tabla 3
Indicadores de recursos sanitarios y saneamiento. América Latina y el Caribe (2008-2010)

País	Partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	Cobertura de inmunización frente al sarampión en <1 año (%)	Población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable (%)	Médicos (por 10.000 hab.)	Camas hospitalarias (por 10.000 hab.)	Gasto en salud (% PIB)	Gasto total de salud per cápita ^a
Argentina	99	99	97	31,6	41	8,1	610
Bolivia	71	86	86	12,2	11	4,8	78
Brasil	98	99	97	17,2	24	9,0	721
Chile	100	96	96	10,9	21	8,0	762
Colombia	96	95	92	13,5	10	7,6	317
Costa Rica	99	81	97	13,2	12	10,9	618
Cuba	100	96	94	64	59	10,6	672
Ecuador	99	66	94	14,8	15	8,1	231
El Salvador	84	95	87	16	11	6,9	217
Guatemala	51	92	94	ND	6	6,9	184
Haití	26	59	63	ND	13	6,9	40
Honduras	67	99	86	5,7	8	6,8	121
México	94	95	94	28,9	16	6,3	588
Nicaragua	74	99	85	3,7	9	9,1	105
Panamá	89	85	93	15	22	8,1	493
Paraguay	97	91	86	11,1	13	5,9	161
Perú	83	91	82	9,2	15	5,1	200
Rep. Dominicana	98	79	86	18,8	10	6,2	261
Uruguay	99	94	100	37,4	29	8,4	725
Venezuela	95	83	ND	19,4	13	4,9	597

PIB: producto interior bruto; ND: no disponible.

^a Al tipo de cambio promedio (US\$).

atendidos por personal de salud cualificado, cobertura de inmunización del sarampión en los menores de 1 año, población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable, número de camas hospitalarias e índice de concentración de Gini.

Según el INIQUIS, los cinco países con las peores situaciones respecto a la salud de sus poblaciones son Haití, Guatemala, Bolivia, Venezuela y Honduras. En contraposición, los cinco países con la mejor situación fueron Cuba, Argentina, Uruguay, Chile y México (fig. 1).

Los resultados indican que seis de los 20 países de América Latina presentan una situación por encima de 0,50, y que sólo dos (Cuba y Argentina) muestran valores por debajo de 0,25.

Discusión

Mediante la utilización del INIQUIS se observa que hay amplias diferencias en los indicadores de salud de los países de la región

de América Latina y el Caribe. El país mejor posicionado es Cuba, una nación que aunque no tiene el mayor PIB muestra los mejores indicadores de salud y de dotación de recursos sanitarios en la región. Por otra parte, Venezuela es de los países con mayor PIB y se encuentra dentro del grupo con la situación más desfavorable en relación al INIQUIS, debido fundamentalmente al menor gasto destinado a salud, lo cual puede observarse en los indicadores de recursos sanitarios.

Los países con mayor porcentaje de pobreza y menor PIB tuvieron una situación menos favorable al indicador INIQUIS. Por otra parte, los países que presentaron indicadores de salud, recursos sanitarios y económicos y sociales más favorables fueron más heterogéneos, por lo cual el INIQUIS permitió resumir en un solo índice el posicionamiento de cada país dentro de la región.

Se destaca que ciertos indicadores, como la tasa de mortalidad infantil, no fueron introducidos en el INIQUIS debido a que presentaron una alta correlación con la esperanza de vida al nacer.

Tabla 4
Indicadores de contexto social y económico. América Latina y el Caribe (2005-2010)

País	Índice de concentración de Gini (0-1)	Tasa de alfabetización en personas de 15 años y más de edad (%)	Porcentaje de personas pobres (%)	PIB per cápita (US\$)
Argentina	0,509	97,8	11,4	9124
Bolivia	0,565	91,2	54,0	1979
Brasil	0,576	90,3	24,9	10.993
Chile	0,524	98,6	11,5	12.640
Colombia	0,578	93,4	45,7	6238
Costa Rica	0,492	96,2	18,9	7774
Cuba	ND	99,8	ND	5397
Ecuador	0,495	91,9	42,2	4008
El Salvador	0,474	84,5	47,9	3460
Guatemala	0,585	75,2	54,8	2873
Haití	ND	48,7	ND	664
Honduras	0,567	84,8	68,9	2019
México	0,481	93,1	34,8	9133
Nicaragua	0,532	78	61,9	1139
Panamá	0,519	94,1	25,8	7614
Paraguay	0,533	93,9	56,0	2840
Perú	0,458	89,6	34,7	5292
Rep. Dominicana	0,554	89,5	44,3	5195
Uruguay	0,422	98,1	10,4	11.742
Venezuela	0,394	95,5	27,6	13.658

PIB: producto interior bruto; ND: No disponible.

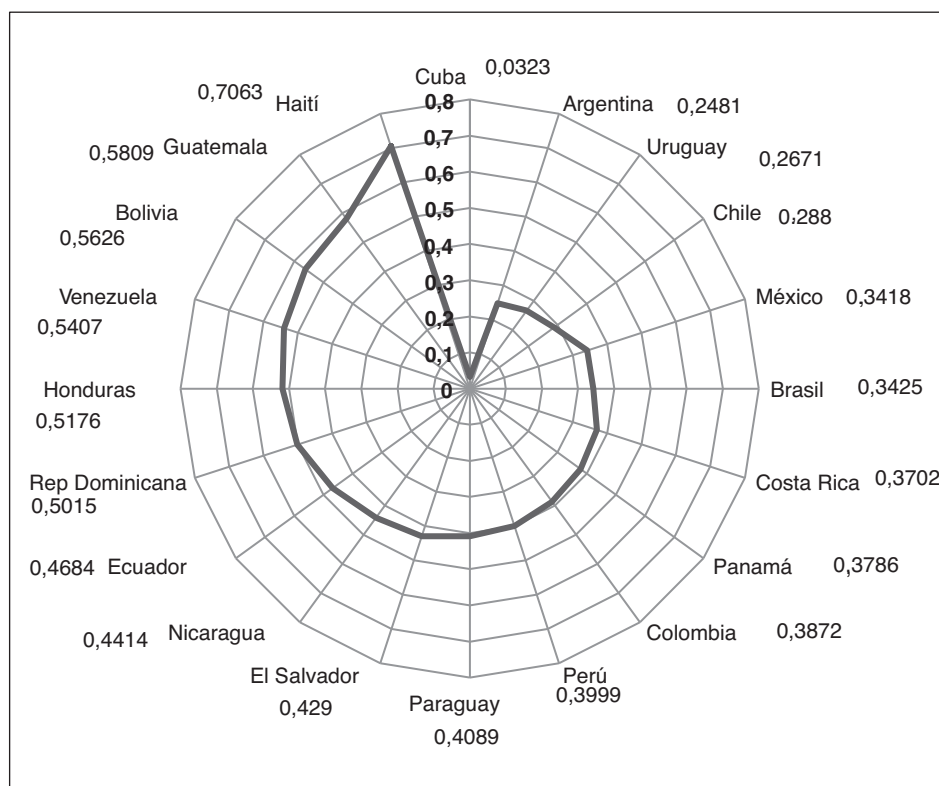


Figura 1. Índice de inequidades en salud (INIQUIS) en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2005-2010.

Lógicamente, un mayor riesgo de morir antes de cumplir el primer año de vida disminuye la expectativa de vida del país. El resto de los indicadores que sí se incorporaron en el índice estaban relacionados fundamentalmente con la dotación de recursos sanitarios, el saneamiento y el contexto económico y social.

Al confrontar los resultados obtenidos en el presente trabajo con un estudio que aplicó una metodología similar para evaluar las desigualdades de algunos países latinoamericanos entre 2001 y 2005, puede señalarse que las condiciones de inequidad en la región permanecen en el tiempo. El autor destaca que las abismales diferencias de los determinantes conllevan a que naciones relativamente cercanas difieran en sus expectativas de vida al nacer en más de 10 años, particularmente Cuba y Haití²⁴. En el año 2010, la esperanza de vida al nacer para ambos sexos en Cuba era mayor que la de los países desarrollados, mientras en Haití apenas supera los 61,5 años. Si se considera la ganancia media anual en la esperanza de vida al nacer de 0,4 años observada en la región, Haití tendría un rezago de cerca de 48 años calendario con respecto a Costa Rica²⁵.

En las últimas décadas se ha reconocido internacionalmente que las condiciones de la población de América Latina y el Caribe ha mejorado de manera significativa, lo cual ha repercutido de un modo positivo en los indicadores de salud de la región. Sin embargo, estos cambios no han sido iguales para todos los países y, por consiguiente, no alcanzan para lograr los objetivos de desarrollo del milenio en la región. Por lo tanto, la situación revela la necesidad ineludible de mejorar la equidad y de ampliar la protección social en materia de salud¹⁴.

El escaso avance en la disminución de las desigualdades injustas en la región puede deberse en parte a las reformas en el sector salud implementadas en algunos países, que han tenido un impacto negativo en términos de equidad, como lo demuestran diversos trabajos^{10,11,15,26}. Algunos autores afirman que los resultados positivos de estos procesos se diluyen por los nuevos problemas suscitados por las propias reformas²⁷. El INIQUIS, como otros indicadores de desigualdad, es fundamental para dimensionar

los efectos producidos en los países debido a reformas de esta índole.

Dentro de las principales limitaciones del INIQUIS debe tenerse en cuenta la disponibilidad, la cobertura y la calidad de la información disponible de cada país, que a su vez puede ser evidencia de las inequidades. Otra de las limitaciones de este estudio es que no consideró evaluar las desigualdades en el interior de cada país. Así, en el caso por ejemplo de México, país que dentro de la región muestra una situación favorable, en la quinta posición tras Cuba, Argentina, Uruguay y Chile, se ha observado^{6,28} que hay grandes desigualdades en los indicadores de salud, medidos con el INIQUIS, entre sus estados. Sin embargo, dentro de los indicadores seleccionados para la construcción del INIQUIS se consideró el coeficiente de concentración de Gini, que es un indicador de las desigualdades presentes en el interior de un país, por lo cual esta limitación se subsanó en parte. Por último, otra limitación es que la selección de los indicadores responde a criterios subjetivos, y por lo tanto, si se seleccionaran otros indicadores, podrían obtenerse resultados diferentes²³. Por ejemplo, en el presente trabajo no se consideró la selección de indicadores de inequidad de género, etnia o raza, sino que se consideraron fundamentalmente indicadores que reflejan las desigualdades económicas, sociales y de dotación de recursos sanitarios entre los países. Sin embargo, el INIQUIS puede utilizarse para analizar desigualdades en salud por inequidad de género, etnia o raza, aunque no fue el objetivo de este estudio.

La principal ventaja que refleja el INIQUIS es resumir en un único indicador numerosos indicadores de salud y de contexto económico y social, de manera que refleja sintéticamente la situación de la salud en cada país. Así puede determinarse el estado de las desigualdades en salud de Latinoamérica y el Caribe de manera sencilla, lo cual es un aporte a muchos países de la elaboración de políticas públicas tendientes a mitigar las inequidades existentes, y garantizar con ello el derecho a la salud de sus pueblos. Este método, además, puede ser instrumentado para monitorizar la situación en el futuro.

Para concluir, puede decirse que la región presenta, aún hoy, grandes desigualdades en salud, con Cuba como el país mejor posicionado en relación a los indicadores de salud y Haití como el peor. Se recomienda la evaluación sistemática de las desigualdades en salud en Latinoamérica y el Caribe mediante el INIQUIS y otros índices, con la finalidad de analizar acciones, políticas y programas para disminuir las inequidades en salud¹⁶.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Latinoamérica y el Caribe se consideran la región con mayores desigualdades-inequidades en salud. Su medición aún no ha tenido un resultado satisfactorio, dada su multidimensionalidad. Lograr determinarlas será la única manera de ver los avances o retrocesos de los estados en este sentido.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

La brecha entre los países latinoamericanos todavía es amplia. Evaluar las inequidades en salud es una herramienta útil para apreciar la situación de la salud de la población. Estos hallazgos se convierten en señales de alarma para los estados latinoamericanos, y tales alertas deberían aprovecharse a la hora de valorar acciones, políticas y programas dirigidos a disminuirlas.

Contribuciones de autoría

Las tres autoras participaron en la concepción y el diseño del trabajo, la recolección de la información en las diferentes fuentes de información, el análisis y la interpretación de los datos, así como en la escritura del artículo y su revisión crítica, y aprobaron la versión final para su publicación.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a sus instituciones el tiempo destinado a la elaboración y la ejecución del manuscrito.

Bibliografía

- Whitehead M. The concept and principles of equity and health. *Int J Health Services*. 1992;22:429–45.
- Linares-Pérez N, López-Arellano O. La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social*. 2008;3:247–59.

- Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11:302–9.
- Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:254–8.
- Macinko J, Starfield B. Annotated bibliography on equity in health, 1980–2001. *Int J Equity Health*. 2002;1:1–20.
- González-Pérez GJ, Vega-López MG, Cabrera-Pivalar CE, et al. Contexto demográfico, desigualdad social e inequidad en salud de la niñez en México. *Rev Salud Pública*. 2011;13:41–53.
- Kawachi I, Subramanian S, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56:647–52.
- Almeida-Filho N. Desigualdades en salud en función a las condiciones de vida: análisis de la producción científica en América Latina y el Caribe y bibliografía anotada. Proyecto ELAC N.º 19. [Edición electrónica]. 1999. (Consultado el 14/06/2012.) Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDR/serie19composite.pdf>
- Marmot M. Commission on social determinants of health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*. 2007;370:1153–63.
- Franco-Giraldo A, Palma M, Álvarez-Dardet C. Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980–2000. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19:291–9.
- Franco A, Gil D, Álvarez-Dardet C. Tamaños del estado (gasto público) y salud en el mundo, 1990–2000. *Gac Sanit*. 2005;19:186–92.
- Almeida-Filho N, Kawachi I, Filho AP, et al. Research on health inequalities in Latin America and Caribbean: bibliometric analysis (1971–2000) and descriptive content analysis (1971–1995). *Am J Public Health*. 2003;93:2037–43.
- London S, Temporelli K, Monterubbianesi P. Vinculación entre salud, ingreso y educación. Un análisis comparativo para América Latina. *Economía y Sociedad* [en línea]. 2009;XIV (Consultado el 06/11/2012.) Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/510/51011904007.pdf>
- Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del milenio: la progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2008.
- Eslava-Schmalbach J, Alfonso H, Oliveros H, et al. A new inequity-in-health index based on Millennium Development Goals: methodology and validation. *J Clin Epidemiol*. 2008;61:142–50.
- Alleyn G, Castillo-Salgado C, Schneider C, et al. La medición de las desigualdades en salud: algunos ejemplos de la región de las Américas. Washington DC: OPS; 2001.
- Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J, et al. Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;12:398–414.
- López Pardo C. La medición del estado de salud de la población y su relación con los determinantes. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2007. [Edición electrónica]. (Consultado el 16/05/2012.) Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n1/spu12107.pdf>
- Banco Mundial. Indicadores Mundiales. [Internet]. 2010. (Consultado el 15/04/2012.) Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador>
- CEPAL. CEPALSTAT. [Internet]. Naciones Unidas, 2000–2012. (Consultado el 20/04/2012.) Disponible en: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>
- World Health Organization. Data and statistics. [Internet]. 2012. (Consultado el 21/05/2012.) Disponible en: <http://www.who.int/research/en>
- Borrell C. Desigualdades y servicios de salud. *Salud e Sociedad*. 2006;15:9–22.
- Xunta de Galicia, OPS. EPIDAT 3.1. A Coruña, Washington DC.: Xunta de Galicia, OPS. [Edición electrónica]. 2006. (Consultado el 20/05/2012.) Disponible en: <http://dxsp.sergas.es/ApliEdatos/Epidat/Ayuda/12-Ayuda%20Jerarquizacion.pdf>
- López Pardo C. Inequidades en los determinantes de la salud: un obstáculo para el cumplimiento de las metas del milenio. [Internet]. Taller internacional de centros colaboradores OMS e instituciones científicas de excelencia. La Habana, 23–25 de noviembre de 2006. (Consultado el 03/04/2012.) Disponible en: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:NAoCQjla_g4J:scholar.google.com/+l%C3%B3pez+pardo+objetivos+del+milenio&hl=es&as_sdt=0
- CEPAL/CELADE. Mortalidad. Observatorio Demográfico N.º 9. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2010.
- Palma-Solís M, Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Influencias y hegemonías en la orientación de la investigación de las reformas de salud. *Cad Saúde Pública*. 2006;22:2527–37.
- Almeida C. Reforma de los sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saude Publica*. [Edición electrónica]. 2002. (Consultado el 03/04/2012.) Disponible en: <http://www.ilazarte.com.ar/epss/mt-static/archivos/documentos/reformas%20de%20sistemas%20y%20servicios%20de%20salud%20AL.pdf>
- Linares-Pérez N, López Arellano O. Los efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México, 1995–2002. *Salud Colect*. 2009;5:237–57.