

La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe

José María Paganini¹

RESUMEN

En los años setenta, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud asumieron la meta de salud para todos y la responsabilidad de mejorar la cobertura, la calidad y la eficiencia de los servicios de salud que ofrecen. A pesar de ese compromiso, se ha avanzado poco en la profundización conceptual y el desarrollo de indicadores que permitan evaluar las características de las poblaciones con y sin cobertura, así como en conocer la relación entre la cobertura y las características de los servicios de salud. La mayoría de los países de América Latina y el Caribe están llevando a cabo reformas del sector de la salud y podrían beneficiarse de una nueva forma de enfocar esas áreas.

Para contribuir a ese conocimiento, en este estudio se estimó la población sin cobertura de servicios de salud en los países de América Latina y el Caribe, utilizando cuatro indicadores de cobertura: la vacunación antipoliomielítica, la vacunación antituberculosa (BCG), el control prenatal de la mujer embarazada y la proporción de partos atendidos por profesionales de la salud. De una población total de 474 millones de habitantes, la población sin cobertura en 1995 se estimó en un mínimo de 40 millones según el indicador de cobertura con vacuna BCG y un máximo de 137 millones, según el del control prenatal. El análisis de los cuatro indicadores en cada país también permite identificar diferentes perfiles de desarrollo de los servicios de salud, que podrían sugerir distintos tipos de política en los procesos de reforma del sector.

Finalmente se efectúa un análisis de correlación simple entre indicadores en 46 países y territorios, utilizando cinco indicadores de recursos, 10 de cobertura real y siete de resultados. Se observó una asociación estadísticamente significativa ($P = 0,05$) entre la cobertura alcanzada en el control prenatal y del parto, y los indicadores de resultados medidos por las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad materna.

Hace ya varias décadas que en la mayoría de los países se debate la necesidad de mejorar la forma en que se prestan los servicios de salud a la población, tanto en función de la cantidad como de la calidad. La declaración de la meta de salud para todos en 1977 y la subsiguiente definición de la Estrategia de Atención Primaria en 1978, que fueron adoptadas por todos los países, significaron un compromiso formal para mejorar la atención de salud sobre la base de un notable au-

mento de la cobertura de los servicios. Transcurridos ya 20 años desde estas definiciones de política sanitaria internacional y nacional, todavía persiste la misma insatisfacción en relación con las limitaciones en el acceso a los servicios de salud, así como en su calidad y eficiencia.

A pesar de que la cobertura de salud ha sido una inquietud central durante este período, poco se ha avanzado en una profundización conceptual y en el desarrollo de indicadores que permitan evaluar las características de las poblaciones con y sin cobertura, así como en conocer la relación entre la cobertura y las características de los

servicios de salud responsables de la atención. Si se tiene presente que en la mayoría de los países de la Región se están desarrollando procesos de reforma del sector de la salud en los que se definen objetivos orientados a mejorar la equidad, distribución, cobertura, calidad y eficacia, tales procesos podrían beneficiarse de los conocimientos provenientes de investigaciones que analizan la cobertura y su relación con las características de los servicios.

El presente trabajo pretende hacer una contribución en este campo. Para ello se ha tomado como unidad de análisis a la mayoría de los países de América Latina y el Caribe y se han

¹ Instituto Universitario para la Salud, Facultad de Ciencias Médicas, La Plata, Argentina. Dirección postal: Calle 60 y 120. (1900) La Plata, Argentina.

utilizado los datos sobre recursos, cobertura y resultados.²

MARCO CONCEPTUAL

El análisis de la cobertura de los servicios de salud puede tener diversos aspectos. Por un lado existe la “cobertura financiera”, es decir, la capacidad de pago o el derecho que tiene la población por pertenecer a sistemas de seguros que se hacen cargo de financiar la atención. En realidad esa cobertura financiera no se refiere a la verdadera atención recibida por la población, sino a la “capacidad” de la población de tener acceso a la atención en función de su capacidad de pago.

La cobertura también se puede analizar sobre la base de la oferta de los servicios. En este caso se relacionan el número y el tipo de servicios de atención con el tamaño de la población. El análisis de la “cobertura según la oferta de servicios” tampoco mide la verdadera utilización de los servicios, sino más bien la “capacidad” de la estructura de salud de brindarlos a la población en función de la disponibilidad y accesibilidad geográficas.

Una tercera forma de analizar la cobertura consiste en estudiar la utilización de los servicios por parte de la población, y en este caso es válido el concepto de “cobertura verdadera”. Los indicadores para la medición proceden de relacionar las necesidades de atención de una población con la verdadera utilización de servicios. Por ejemplo, en el análisis de la cobertura de inmunización se estudia la relación entre la población que necesita recibir determinado tipo de vacuna y la población que verdaderamente la recibe en el tiempo y la forma adecuados.

Con esta misma lógica se pueden y deben crear indicadores de cobertura para cualquier acción de salud orientada a la atención integral de un grupo

de población. En el análisis de la cobertura de la atención de la mujer embarazada, del niño en edad preescolar y de la atención del trabajador, o en el de la cobertura para el control integral de enfermedades específicas, como la diabetes mellitus o las enfermedades cardiovasculares, los indicadores de cobertura verdadera se derivan de la relación entre la población que necesita atención y la utilización de los servicios por esa población, de acuerdo con las normas de atención integral que se definen en cada caso.

En este sentido, el estudio de la cobertura verdadera total procede del análisis de las distintas coberturas alcanzadas en grupos de población definidos por medio de acciones de salud específicas orientadas a sus necesidades prioritarias. Lamentablemente, en la mayoría de los países no existen sistemas de información de salud que permitan realizar este tipo de análisis integral y total de la verdadera cobertura alcanzada. Mientras no se disponga de esos sistemas, los estudios de la cobertura total tendrán que apoyarse en datos sobre coberturas específicas provenientes de programas de acción prioritarios.

Por último, otro nivel de análisis consiste en estudiar los resultados o el impacto sobre la salud de la población atribuibles a la acción de esos servicios.

Barbara Starfield (1) identifica siete categorías posibles de resultados: longevidad, actividad, comodidad, satisfacción, enfermedad, logro y resistencia. Aun si se aceptan las limitaciones de este tipo de análisis—los resultados o el impacto sobre la salud de una población obedecen a acciones conjuntas de diversos sectores de la sociedad y no solo a las de los servicios de salud—, el desafío consiste en poder identificar aquellas categorías de resultados en donde la acción de los servicios de salud es fundamental para mejorar el nivel de salud (2, 3).

En el marco conceptual expuesto, el análisis de los datos se realiza de dos maneras. En primer lugar se estima la población de América Latina y el Caribe sin cobertura a partir de indicadores de la cobertura alcanzada por pro-

gramas específicos. En segundo lugar se estudian las posibles relaciones entre ciertas características de la estructura y cobertura de los servicios y los indicadores de resultados o impacto.

ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL SIN COBERTURA

Para estimar la población total de América Latina y el Caribe con y sin cobertura se utilizan los siguientes indicadores proporcionados por los países,³ que aparecen en el cuadro 1, columnas 1 a 4: vacunación antipoliomielítica oral en niños menores de un año (1994); vacunación antituberculosa con BCG en niños menores de un año (1994); atención prenatal de la mujer embarazada por personal capacitado (alrededor de 1990) y atención del parto por personal capacitado (alrededor de 1990)

La población sin cobertura se estima restando de 100 el porcentaje de cobertura indicado en las columnas 1 a 4 del mismo cuadro (obteniéndose así el porcentaje de población sin cobertura) y multiplicando el porcentaje obtenido por la población total de cada país en 1995 (cuadro 1, columnas 5 a 8). Es importante aclarar las limitaciones de este procedimiento. La estimación de la población sin cobertura se realiza bajo la premisa de que los indicadores de cobertura específica pueden proporcionar, de forma indirecta, información sobre la falta de cobertura total de los servicios de salud para toda la población de cada país.

Los indicadores de cobertura con vacuna antipoliomielítica y antituberculosa revelan dos aspectos diferentes de las características de la oferta de servicios de salud. En la mayoría de los países examinados la inmunización antipoliomielítica oral se administra no solo como parte de las actividades regulares de los servicios de atención (hospitales, centros y puestos de salud, consultorios, y demás), sino también por medio de campañas en las que se identifica en su domicilio a la pobla-

² Los datos analizados en este trabajo fueron enviados por los Estados Miembros de la OPS al Programa de Análisis de la Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo, OPS, para los años indicados.

³ Véase la nota número 2 al pie de página.

CUADRO 1. Porcentaje de población con cobertura de servicios y estimación de la población sin cobertura, países de América Latina y el Caribe

País	Población (miles, 1995)	% población con cobertura				Total población sin cobertura			
		Polio (1)	BCG (2)	Prenatal (3)	Parto (4)	Polio (5)	BCG (6)	Prenatal (7)	Parto (8)
Anguila	8	94	94	100	100	480	480	—	—
Argentina	34 587	84	100	96	95	5 533 920	—	1 383 480	1 729 350
Bahamas	276	91	—	99	99	24 840	—	2 700	2 700
Barbados	262	88	—	100	100	31 440	—	—	—
Belice	215	85	90	92	83	53 628	21 500	17 200	36 550
Bolivia	7 414	2	91	38	29	1 334 520	667 260	4 596 680	5 263 940
Brasil	161 790	89	87	65	84	17 796 900	21 032 700	56 626 500	25 886 400
Chile	14 262	92	91	91	99	1 140 960	1 283 580	1 283 580	142 620
Colombia	35 101	95	99	59	59	1 755 050	351 010	14 391 410	14 391 410
Costa Rica	3 424	88	97	91	94	410 880	102 720	308 160	205 404
Cuba	11 041	96	99	100	100	441 640	110 410	—	—
Dominica	71	92	92	90	100	5 680	5 680	7 100	—
Ecuador	11 460	78	95	47	26	2 521 200	573 000	6 073 800	8 480 400
El Salvador	5 768	89	82	69	66	634 480	1 038 240	1 788 080	1 961 120
Guatemala	10 621	73	70	34	23	2 867 670	3 186 300	7 009 860	8 178 170
Guyana	835	90	94	95	93	83 500	50 100	41 750	58 450
Haití	7 180	30	48	45	33	5 026 000	3 733 600	3 949 000	4 810 600
Honduras	5 654	96	95	77	63	226 160	282 700	1 300 420	2 091 980
Jamaica	2 447	93	100	67	79	171 290	—	807 510	513 870
México	91 145	92	98	89	89	7 291 600	1 822 900	10 025 950	10 025 950
Nicaragua	4 433	84	89	87	42	709 280	487 630	576 290	2 571 140
Panamá	2 631	82	94	83	86	473 580	157 860	447 270	368 340
Paraguay	4 960	83	97	76	32	843 200	148 800	1 190 400	3 372 800
Perú	23 780	87	92	68	46	3 091 400	1 902 400	7 609 600	12 841 200
República Dominicana	7 823	85	76	43	44	1 173 450	1 877 520	4 459 110	4 380 880
Saint Kitts y Nevis	41	100	—	100	100	—	—	—	—
San Vicente y las Granadinas	112	100	100	100	100	—	—	—	—
Santa Lucía	142	97	95	100	100	4 260	7 050	—	—
Suriname	423	71	—	91	90	122 670	—	38 070	42 300
Trinidad y Tabago	1 306	78	—	95	98	287 320	—	65 300	26 120
Uruguay	3 186	86	99	95	100	446 040	31 860	159 300	—
Venezuela	21 844	73	95	74	82	5 897 880	1 092 200	5 679 440	3 931 920
Totales	474 242					60 417 820	39 966 920	137 043 670	111 513 750

ción que necesita vacunarse. Esto se logra por medio de acciones intersectoriales con participación de las escuelas, los líderes políticos y comunitarios, y otras entidades. En estas campañas masivas de inmunización, como las efectuadas con la vacuna antipoliomielítica, es posible alcanzar la mayor cobertura cuando las iniciativas son intersectoriales y tienen la participación de la población.

La administración de la vacuna BCG representa otro tipo de oferta de servicios, puesto que no se realiza en campañas masivas sino que solo se efectúa en las instituciones de salud donde hay personal adiestrado. Al tratarse de una actividad específica y permanente de los servicios de salud, podría utilizarse como indicador de accesibilidad y cobertura potencial

para la atención institucional de otras necesidades básicas.

Los otros dos indicadores de cobertura específica analizados, la atención prenatal y la atención del parto por personal capacitado, son actividades de los servicios de salud de mayor complejidad que la vacunación antipoliomielítica y antituberculosa. Como en el caso de la vacunación BCG, cabe afirmar que toda familia que haya tenido acceso a esos servicios tendría también la posibilidad de acceso a otros servicios de atención de por lo menos igual complejidad. Se desprende de todo lo antedicho que los cuatro indicadores analizados proporcionan información sobre la cobertura alcanzada mediante actividades de distinto grado de complejidad en los servicios de salud.

Población total sin cobertura en América Latina y el Caribe

Los cálculos de la población sin cobertura que se efectuaron aplicando los cuatro indicadores ya descritos se presentan en el cuadro 1. Al sumarse todos los países de América Latina y el Caribe, la población total sin cobertura oscila entre 40 y 60 millones, (60 417 820 si se aplica el indicador de la vacuna antipoliomielítica y 39 966 920 con respecto a la vacuna BCG). Por otro lado, al aplicar los indicadores de atención prenatal y del parto, se obtienen cifras de población total sin cobertura de entre 137 y 111 millones, respectivamente.

Aceptando nuevamente las limitaciones de estos cálculos, en los que se aplican indicadores de coberturas específicas al total de la población, las ci-

fras obtenidas representan una primera aproximación al complejo estudio de la cobertura verdadera de los servicios de salud.

Análisis de la población sin cobertura por países

Tomando los mismos indicadores del cuadro 1, pero comparando la situación de cada país, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

El Brasil, con 33% de la población total de América Latina y el Caribe, tiene 40% de la población sin cobertura de la Región. Por el contrario México, con 19% de la población total, tiene apenas 10% de la población sin cobertura de la Región. Este análisis de magnitud puede realizarse para cada país.

Otra forma de analizar la cobertura consiste en elaborar perfiles de cobertura nacionales (cuadro 1) sobre la base de los cuatro indicadores utilizados, ordenados en orden ascendente según la complejidad de la estructura y organización de los servicios de atención de la salud. La cobertura comenzaría por la vacunación antipoliomielítica, seguida por la vacunación antituberculosa con BCG, la atención prenatal y la atención del parto. De esta manera se identifican tres perfiles diferentes.

En el primer perfil el nivel de cobertura según los cuatro indicadores analizados es muy similar y siempre mayor de 80%, y en muchos casos llega a incluso más de 90%. Los países categorizados en este perfil son Argentina, Anguila, Bahamas, Barbados, Belice, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Guyana, México, Panamá, San Vicente y las Granadinas, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, y Uruguay. En esos países, la definición de políticas prioritarias en los procesos de reforma para mejorar la cobertura debería estar orientada hacia el desarrollo de programas y actividades de mayor complejidad y especificidad mediante el análisis de los indicadores de coberturas logradas en necesidades prioritarias y teniendo en cuenta la continuidad y la calidad de la atención.

Un segundo perfil identificado se caracteriza por porcentajes relativa-

mente altos de cobertura con las vacunas antipoliomielítica y BCG, y por porcentajes bajos de cobertura específica en atención prenatal y del parto. Ese fenómeno parece obedecer a una gestión adecuada en lo referente a las inmunizaciones, pero sin el desarrollo correspondiente de coberturas por actividades de salud de mayor complejidad. Los países que corresponden a este perfil son Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname y Venezuela. En estos casos, el desafío de las políticas de reforma consiste en organizar los servicios para alcanzar coberturas adecuadas en actividades prioritarias específicas. Finalmente, el tercer perfil se caracteriza por porcentajes de cobertura bajos para los cuatro indicadores, como prueba de la poca capacidad del sistema de efectuar las actividades más esenciales para lograr coberturas adecuadas. En esta situación se encontraría la república de Haití.

RELACIONES ENTRE RECURSOS, COBERTURA Y RESULTADOS

En esta sección se estudian las posibles relaciones entre algunas características de la estructura y cobertura real de los sistemas de salud y los indicadores de resultado o de impacto. De un universo de 46 países o territorios especiales, se seleccionaron para este análisis 22 indicadores de los cuales se informaron datos a la OPS.⁴

Los indicadores de recursos utilizados son cinco: médicos por 10 000 habitantes (alrededor de 1992); enfermeras profesionales por 10 000 habitantes (alrededor de 1992); camas hospitalarias por 1 000 habitantes (1992); gasto nacional en salud per cápita (1990, en US\$ de 1988), y gasto total en salud como porcentaje del producto bruto interno (1990).

Los indicadores de cobertura real son 10 (medidos como porcentajes): DPT3 en niños menores de un año (1994); va-

cuna antipoliomielítica oral en niños menores de un año (1994); vacuna BCG en niños menores de un año (1994); vacuna antisarampionosa en niños menores de un año (1994); toxoide tetánico en mujeres de edad fértil en zonas de riesgo (cobertura acumulada para 1990-1994); uso de sales de rehidratación oral en niños menores de 5 años (1987-1993); atención prenatal por personal capacitado (alrededor de 1990); atención del parto por personal capacitado (alrededor de 1990); uso de anticonceptivos en mujeres (todos los medios, alrededor de 1990), y población con acceso a servicios de salud (1993).

Los indicadores de resultado o nivel de salud son siete en total: mortalidad infantil por 1 000 nacidos vivos (1994); mortalidad de menores de 5 años por 1 000 nacidos vivos (1994); mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos (1987-1993); porcentaje de defunciones registradas por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años (1988-1993); porcentaje de defunciones registradas por infecciones respiratorias agudas (IRA) en menores de 5 años (1988-1993); incidencia de tuberculosis diagnosticada por baciloscopia (tasa por 100 000 habitantes) (1992-1994) y porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (<2 500 g) (1990).

Como método estadístico se aplicó el análisis de la correlación simple entre los distintos indicadores.

Relación entre recursos y resultados

El análisis de la relación entre los recursos y los resultados medidos por las tasas de mortalidad y el bajo peso al nacer se realiza partiendo de la hipótesis de que hay una relación negativa significativa ($P = 0,05$). Los coeficientes de correlación obtenidos no permiten confirmar la hipótesis enunciada, ya que no se obtuvo ninguna prueba de una relación entre los recursos y los resultados. Este hallazgo puede tener diversas interpretaciones. Por un lado, la falta de una relación puede deberse al hecho de que las diferencias en los niveles de recursos de los distintos países no son lo suficientemente grandes como para permitir detectar su influen-

⁴ Véase la nota número 2 al pie de página.

cia en los resultados. También podría argumentarse que los indicadores de resultado no permiten identificar una relación con los recursos debido a su falta de sensibilidad y especificidad. Por supuesto, también es factible que en realidad no exista ninguna relación directa entre el nivel de los recursos y los resultados.

Relación entre los recursos y la cobertura

El análisis de la relación entre los recursos y la cobertura se efectúa partiendo de la hipótesis de que, mientras más abundan los recursos, mayor será la cobertura alcanzada. La relación esperada es positiva ($P = 0,05$).

Los resultados obtenidos son similares al análisis anterior, es decir, no se identificó ningún valor significativo de las relaciones estudiadas entre ambos indicadores. La explicación de estos hallazgos es más difícil que en el caso anterior ya que se esperaría una relación más directa entre el nivel de recursos y la cobertura real alcanzada que entre el nivel de recursos y los resultados.

Relación entre cobertura y resultados

Este análisis se efectúa partiendo de la hipótesis de que existe una relación significativa y negativa ($P = 0,05$) entre los niveles de cobertura lograda y los

indicadores de resultado medidos por tasas de mortalidad y de niños con bajo peso al nacer. Resulta interesante destacar que en diversas oportunidades se encontraron coeficientes de correlación (r), lo que indica una relación significativa entre las variables de acuerdo con lo esperado (cuadro 2).

Se identifica así una relación significativa ($P = 0,05$) entre el indicador que mide la cobertura de la atención del parto por personal capacitado, y la mortalidad infantil ($r = -0,807$) y materna ($r = -0,776$). Asimismo, se observa una relación significativa entre la cobertura de la atención prenatal por personal capacitado, y la mortalidad infantil ($r = -0,751$) y materna ($r = -0,676$).

CONCLUSIONES

El análisis de la cobertura alcanzada y las relaciones entre ella y los resultados observados en países de América Latina y el Caribe revela situaciones de interés que pueden orientar la definición de políticas en los procesos de reforma.

Si se considera que la máxima accesibilidad de los servicios de salud detectada en este estudio dejaría sin atención a alrededor de 40 millones de personas, esta podría ser la cifra determinante para cualquier programa prioritario encaminado a ampliar la cobertura. Dicho programa deberá tener en cuenta los problemas relacionados con la accesibilidad geográfica y

la aceptabilidad cultural de los servicios. La estimación de que un total aproximado de 137 millones de personas carecen de una cobertura mínima adecuada también puede orientar la definición de las políticas.

Cuando se restan de los 137 millones de habitantes sin cobertura adecuada los otros 40 millones que no tienen ningún acceso a servicios de atención, se obtiene un total aproximado de 100 millones de personas que, aun habiendo tenido algún contacto con el sistema de salud formal a través de algún miembro de su familia (en especial, para la vacunación con BCG), no han podido recibir la atención mínima adecuada.

Dada esta situación, el problema que se debe resolver ya no es el de la accesibilidad geográfica o aceptabilidad cultural, sino el programático y financiero. La definición de políticas en este sentido estaría orientada a mejorar la organización y la gestión comunitarias de los servicios.

En los países donde es relativamente adecuado el desarrollo de los cuatro indicadores de cobertura analizados, las políticas de reforma deberían dar prioridad a orientar los servicios de salud en tres direcciones. Primero, deben dictarse políticas para el desarrollo de acciones de salud destinadas a alcanzar la cobertura total en los grupos de mayor riesgo en programas prioritarios. Por otro lado, es preciso definir otros indicadores más específicos para evaluar la accesibilidad,

CUADRO 2. Correlación entre la cobertura de los servicios de salud y los resultados

Resultado	Vacuna				Terapia de rehidratación oral	Atención prenatal	Atención del parto	Anticonceptivos
	Poliomielitis	BCG	Antisarampión	Toxoide tetánico				
Mortalidad infantil	-0,5283418	-0,7414648	-0,666173	0,5253545	-0,3242605	-0,7517446	-0,8070192	-0,6202538
Mortalidad de menores de 5 años	-0,5129903	-0,7329494	-0,6416196	0,49183023	-0,3332317	-0,7808518	-0,8392915	-0,6331225
Mortalidad materna	-0,5556152	-0,6962779	-0,7097342	0,44472829	-0,4691962	-0,6769792	-0,7767977	-0,7212604
EDA ^a	-0,0739579	-0,3328032	-0,2700781	-0,50934617	-0,46967	-0,6203683	-0,7396089	-0,5880189
IRA ^b	-0,0920344	-0,1026738	-0,359117	-0,0513001	-0,2344055	-0,4854592	-0,6600727	-0,3976826
Tuberculosis por 100 000	-0,3150788	-3594296	-0,3793659	-0,09317215	-0,2014649	-0,5606551	-0,631354	-0,3406746
Bajo peso al nacer	-0,2552005	-0,5141185	-0,3817592	0,29391606	-0,5261566	-0,5406343	-0,5282495	-0,5399818

^a Enfermedad diarreica aguda.

^b Infección respiratoria aguda.

cobertura y calidad, e incorporar en ellos otros problemas de salud prioritarios. Finalmente, deben desarrollarse políticas para analizar la eficiencia de los servicios, el uso adecuado de las tecnologías, la coordinación de los recursos públicos y privados, y las diversas fuentes de financiación en relación con la gestión de los servicios de salud. En esos países los procesos de descentralización en marcha y el apoyo a la gestión local, ya sea municipal o provincial, serán indudablemente ámbitos idóneos para avanzar en este sentido.

En los países donde son relativamente altas las coberturas con las vacunas antipoliomielítica y antituberculosa pero bajas las coberturas de la atención prenatal y del parto, las políticas de reforma deberían dar prioridad a resolver en el corto plazo la cobertura

programática de grupos de población prioritarios. Esas políticas estarán relacionadas con las definiciones de reforma del Estado, con la descentralización y con la organización adecuada de las redes locales de atención, que definan y desarrollen programas integrales de atención, promoción y prevención.

En casos en que la cobertura de inmunización continúa siendo baja—esto se ha observado en un solo país pero puede producirse también en grupos de población con necesidades básicas insatisfechas dentro de otros países de la Región— las políticas de reforma deberían dar prioridad a programas destinados a ampliar la cobertura bajo la responsabilidad del Estado y con la coordinación de recursos privados, a fin de brindar acceso a los programas y acciones básicas de salud.

Los análisis de correlación simple en donde se encontró una relación significativa en la dirección esperada entre los niveles de cobertura logrados y los resultados obtenidos, aun con las limitaciones propias de los análisis de correlación ya comentadas, permiten apoyar la definición de políticas de reforma orientadas principalmente hacia la organización y gestión de los servicios para el desarrollo de programas y el logro de coberturas efectivas en relación con las necesidades prioritarias. En estos casos, las inversiones orientadas a aumentar la capacidad instalada se justificarían solamente para asegurar la accesibilidad geográfica a grupos de población postergados o para sustituir la capacidad existente por razones de obsolescencia técnica.

REFERENCIAS

1. Starfield B. Health services research: A working model. *N Engl J Med* 1973;289:132-136.
2. Lohr K, ed. *Medicare: A strategy for quality assurance*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press; 1990.
3. Paganini JM. Calidad y eficiencia en hospitales. *Bol Oficina Sanit Panam* 1993;115(6).

Manuscrito recibido el 7 de agosto de 1996 y aceptado para publicación en versión revisada el 19 de junio de 1998.

ABSTRACT

Health services coverage in Latin America and the Caribbean

Since the 1970s the Member States of the World Health Organization have pledged themselves to the goal of "health for all" and to broadening the coverage, quality, and efficiency of the health care services they provide. In spite of that commitment, there has been little progress in the conceptual understanding and development of indicators to help evaluate the characteristics of the populations with and without coverage, as well as in knowing the relationship between coverage and the characteristics of health care services. Most of the countries of Latin America and the Caribbean are in the process of reforming their health care sectors, and they could benefit from new insight in these areas.

To help build that knowledge, this study looked at the population without health care services in the countries of Latin America and the Caribbean, using four indicators: vaccination for poliomyelitis, tuberculosis (BCG) vaccination, prenatal care for pregnant women, and childbirths attended by a health professional. In 1995, out of a total population of 474 million in Latin America and the Caribbean, the number without coverage was a minimum of 40 million, calculated using the indicator of BCG vaccination coverage. Using the indicator for prenatal care, the number of persons without health care coverage was 137 million. By analyzing these four indicators in each country, it is possible to develop health services profiles that would suggest different health sector reform policies.

The study also analyzed some characteristics of the structure and coverage of the health systems in 46 countries and territories and their correlation with indicators of result or impact. Five indicators of health care resources were used, along with ten indicators of coverage and seven indicators of result or level of health achieved. A statistically significant association ($P = 0.05$) was found between the coverage of prenatal care and professionally attended childbirths and the results as measured by rates of infant mortality and maternal mortality.