



Informe Regional de Cobertura Efectiva

Informe Regional de Cobertura Efectiva

www.observatoriodelasalud.net



Informe Regional de Cobertura Efectiva.

Fundación Mexicana para la Salud, A.C.
Periférico Sur 4089, Col. El Arenal Tepepan.
México 14610-México, D.F.

Fundación Santa Fe de Bogotá
Centro de Estudios e Investigación en Salud - CEIS
Bogotá, Colombia

Todos los derechos son reservados y queda prohibida su reproducción total o parcial sin la previa autorización por escrito de los autores involucrados en la elaboración y producción de este documento.

La información, interpretaciones y las opiniones presentadas en este documento son enteramente de los autores, y no necesariamente reflejan la visión de las instituciones que financian, participan o publican.

Para mayor información podrá contactar a:

Gabriel Carrasquilla Gutiérrez
Fundación Santa Fe de Bogotá
Centro de Estudios e Investigación en Salud - CEIS
gabriel.carrasquilla@fsfb.org.co

Héctor Arreola-Ornelas
Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe
Fundación Mexicana para la Salud, A.C.
harreola@funsalud.org.mx

Héctor Gómez Dantés
Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe
Fundación Mexicana para la Salud, A.C.
hgdantes@hotmail.com

ISBN: 978-958-96648-5-8

Diseño y diagramación:
A2 CONSTRUCTOR DE IMAGEN

Bogotá, D.C., abril de 2010

Esta publicación es totalmente gratuita. Prohibida su venta. Se permite la copia y distribución siempre y cuando se practique la respectiva cita y sin realizar modificación sobre su texto.

Directorio
Observatorio de la Salud
para América Latina y el Caribe

Instituto Carlos Slim de la Salud

Dr. Roberto Tapia Conyer
Director General

Mtra. Victoria Márquez Mees
Directora de Inversión Social

Dra. Irma Coria Soto
Coordinadora de Evaluación

Fundación Mexicana para la Salud

Dra. Mercedes Juan López
Presidenta Ejecutiva

Act. José Cuauhtémoc Valdés Olmedo
Coordinador General

Dra. Felicia Marie Knaul
Economista Principal y
Directora del Programa Competitividad y Salud

**Observatorio de la Salud
para América Latina y el Caribe**

**Dra. Felicia Marie Knaul
Directora General**

**M. en C. Héctor Arreola-Ornelas
Coordinador General**

**Dr. Rafael Lozano Ascencio
Coordinador de la Red de Carga de la Enfermedad y
Evaluación Comparativa de Riesgos en Salud**

**Dr. Ramiro Guerrero Carvajal / Dr. Gabriel Carrasquilla Gutiérrez
Coordinadores de la Red de Cobertura Efectiva**

**Dra. Magdalena Rathe
Coordinadora de la Red de Cuentas en Salud**

**Dr. Gustavo Nigenda López
Coordinador de la Red de Recursos Humanos**

**Ma. Victoria Castro Borbonio
Coordinadora Higioscopio**

**Lic. Sonia Xóchitl Ortega Alanís
Vinculación Institucional y Apoyo Logístico**

Coordinadores

Ramiro Guerrero
Harvard Global Equity Initiative
Harvard University

Gabriel Carrasquilla
Centro de Estudios e Investigación en Salud
Fundación Santa Fe de Bogotá

Dr. Héctor Gómez Dantés
Observatorio de la Salud/Fundación Mexicana para la Salud
Instituto Nacional de Salud Pública

Colaboradores

Bolivia

Cecilia Vidal
Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas

Colombia

Sandra Martínez
Centro de Estudios e Investigación en Salud
Fundación Santa Fe de Bogotá

Chile

Paula Bedregal
Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile

Costa Rica

Gerardo Solano
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Ronald Evans, Jaqueline Peraza, Marlen Roselló
Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud

México

Rafael Lozano Ascencio
Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, Observatorio de la Salud
Héctor Gómez Dantés, María Victoria Castro, Oscar Méndez
Observatorio de la Salud/Fundación Mexicana para la Salud

Perú

César Cárcamo
Universidad Peruana Cayetano Heredia

República Dominicana

Elizabeth Gómez
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

Los datos de Haití, Honduras, Perú y República Dominicana fueron procesados por el grupo coordinador en Colombia, en particular por Sandra Martínez

Contenido

Presentación	19
Resumen ejecutivo	21
Antecedentes	23
Definiciones	24
Aplicaciones	25
Marco conceptual de la cobertura efectiva	27
Los enfoques de trabajo de la cobertura efectiva	29
Retos del marco conceptual	30
Definición de cobertura efectiva	32
Brechas y determinantes de la cobertura efectiva	34
Estrategias de medición de la cobertura efectiva	36
Selección de las intervenciones	36
Estrategias de medición	37
Cobertura efectiva en América Latina y el Caribe	43
Resultados comparados	45
Selección de las intervenciones	45
Definición de los indicadores de cobertura efectiva	46
Salud infantil	46
Resultados	49
Salud de la mujer	50
Resultados	53
Enfermedades crónicas	54
Resultados	56
Cobertura efectiva por país	59
Bolivia	61
Metodología	61
Resultados	62
Discusión	67
Colombia	70
Metodología	70
Resultados	72
Discusión	82
Chile	85
Metodología	86
Resultados	90
Discusión	104
Costa Rica	107
Metodología	108
Resultados	110
Discusión	119

Haití	123
Metodología	123
Resultados	123
Discusión	132
Honduras	135
Metodología	135
Resultados	136
Discusión	146
México	149
Metodología	150
Resultados	152
Discusión	176
Perú	179
Metodología	179
Resultados	180
Discusión	187
República Dominicana	189
Metodología	189
Resultados	189
Discusión	199
Discusión general	205
Conclusiones y recomendaciones	208
Bibliografía	211
Anexos	219

Lista de gráficas y figuras

- Gráfica 1.** Intervenciones seleccionadas para países de América Latina y el Caribe.
- Gráfica 2.** Cobertura de las intervenciones en salud infantil en países de América Latina y el Caribe.
- Gráfica 3.** Cobertura de intervenciones de la salud de la mujer en países de América Latina y el Caribe.
- Gráfica 4.** Cobertura de las intervenciones en enfermedades crónicas en países de América Latina y el Caribe.
- Gráfica 5.** Porcentaje de niños menores de cinco años vacunados según tarjeta de vacunación y reporte de la madre. Bolivia, 2008.
- Gráfica 6.** Porcentaje de niños que recibieron BCG en el primer mes de vida, según tarjeta de vacunación. Bolivia, 2008.
- Gráfica 7.** Porcentaje de niños menores de cinco años que recibieron la tercera dosis de la vacuna DPT antes de los 8 meses, según tarjeta de vacunación. Bolivia, 2008.
- Gráfica 8.** Porcentaje de niños menores de cinco años que recibieron la tercera dosis de la vacuna VOP antes de los 8 meses, según tarjeta de vacunación. Bolivia, 2008.
- Gráfica 9.** Proporción de niños menores de cinco años que recibieron la vacuna SRP antes de los 15 meses, según tarjeta de vacunación. Bolivia, 2008.
- Gráfica 10.** Porcentaje de mujeres que recibieron al menos cuatro controles prenatales por médico o enfermera, más pruebas de presión y sangre, durante el último embarazo en los últimos cinco años. Bolivia, 2008.
- Gráfica 11.** Porcentaje de mujeres cuyo parto más reciente en los últimos cinco años fue atendido por doctor, enfermera o auxiliar de enfermería. Bolivia, 2008.
- Gráfica 12.** Porcentaje de mujeres cuyo parto más reciente en los últimos cinco años fue atendido en instituciones de salud. Bolivia, 2008.
- Gráfica 13.** Porcentaje de mujeres menores de 25 años que tuvieron al menos tres Papanicolau en los últimos tres años. Bolivia, 2008.
- Gráfica 14.** Porcentaje de mujeres entre 25 y 49 años que tuvieron al menos tres Papanicolau en los últimos tres años. Bolivia, 2008.
- Gráfica 15.** Cobertura de vacunación en menores de cinco años. Colombia, 2005.
- Gráfica 16.** Proporción de niños vacunados a los 30 días o menos con BCG, según fecha de la tarjeta de vacunación. Colombia, 2005.
- Gráfica 17.** Proporción de niños vacunados a los ocho meses de vida con tercera dosis de DPT, según fecha de la tarjeta de vacunación. Colombia, 2005.
- Gráfica 18.** Proporción de niños vacunados a los ocho meses de vida con tercera dosis de VOP, según tarjeta de vacunación. Colombia, 2005.

- Gráfica 19.** Proporción de niños que recibieron vacunación con SRP antes de los 15 meses de vida, según tarjeta de vacunación. Colombia, 2005.
- Gráfica 20.** Menores de seis meses que actualmente lactan y que no han desarrollado EDA en las últimas dos semanas. Colombia, 2005.
- Gráfica 21.** Menores de seis meses que actualmente lactan y que no han desarrollado IRA en las últimas dos semanas. Colombia, 2005.
- Gráfica 22.** Niños de un año que han asistido a cinco o más visitas de control y desarrollo. Colombia, 2005.
- Gráfica 23.** Mujeres entre 15 y 49 años que durante su último parto en cinco años fueron atendidas en instituciones de salud. Colombia, 2005.
- Gráfica 24.** Atención del parto por personal calificado. Colombia, 2005.
- Gráfica 25.** Mujeres entre 15 y 49 años que se realizaron al menos cuatro controles prenatales de calidad. Colombia, 2005.
- Gráfica 26.** Proporción de mujeres que se han practicado una citología en el último año. Colombia, 2005.
- Gráfica 27.** Proporción de mujeres que se han practicado una mamografía en el último año. Colombia, 2005.
- Gráfica 28.** Proporción de hipertensos tratados y controlados. Colombia, 2005.
- Gráfica 29.** Prevalencia y tratamiento de la hipertensión, Colombia.
- Gráfica 30.** Proporción de personas diabéticas tratadas y controladas. Colombia, 2005.
- Gráfica 31.** Prevalencia y tratamiento de diabetes, Colombia.
- Gráfica 32.** Cobertura de BCG en recién nacidos. Chile, 2008.
- Gráfica 33.** Cobertura de vacunación pentavalente a los seis meses de edad según regiones. Chile, 2008.
- Gráfica 34.** Cobertura de vacunación VOP a los seis meses. Chile, 2008.
- Gráfica 35.** Cobertura de vacunación MMR a los 12 meses. Chile, 2008.
- Gráfica 36.** Cobertura del control de salud en menores de dos años en el sector público de salud. Chile, 2003.
- Gráfica 37.** Cobertura de lactancia materna exclusiva a los seis meses. Chile, 2008.
- Gráfica 38.** Cobertura de atención prenatal en el sector público según regiones, Chile.
- Gráfica 39.** Atención profesional del parto en mujeres entre 15 y 19 años según regiones. Chile.
- Gráfica 40.** Atención profesional del parto en mujeres entre 20 a 49 años según regiones. Chile, 2008.

- Gráfica 41.** Porcentaje de mujeres de 50 años o más que se han realizado mamografía. Chile, 2008.
- Gráfica 42.** Cobertura de tratamiento de hipertensión arterial por grupos de edad. Chile, 2003.
- Gráfica 43.** Cobertura efectiva de tratamiento de hipertensión arterial. Chile, 2003.
- Gráfica 44.** Cobertura efectiva de tratamiento médico por hipertensión arterial en el sector público. Chile, 2008.
- Gráfica 45.** Cobertura de tratamiento de diabetes mellitus. Chile, 2003.
- Gráfica 46.** Cobertura efectiva de tratamiento de diabetes mellitus entre población del sector público, según regiones. Chile, 2008.
- Gráfica 47.** Cobertura de tratamiento por dislipidemias. Chile, 2003.
- Gráfica 48.** Cobertura efectiva de tratamiento para dislipidemias entre población del sector público, según regiones. Chile, 2008.
- Gráfica 49.** Cobertura de tratamiento por obesidad mórbida. Chile, 2003.
- Gráfica 50.** Cobertura de BCG en recién nacidos menores de 30 días, según regiones. Costa Rica, 2008.
- Gráfica 51.** Cobertura de tercera dosis de DPT en niños a los seis meses de edad. Costa Rica, 2008.
- Gráfica 52.** Cobertura de tercera dosis de VOP en niños a los seis meses de edad, según regiones. Costa Rica, 2008.
- Gráfica 53.** Cobertura de vacuna contra sarampión en niños menores de 15 meses, según regiones. Costa Rica, 2008.
- Gráfica 54.** Cobertura de menores de un año, según región. Costa Rica, 2007.
- Gráfica 55.** Porcentaje de lactancia materna por tipo de lactancia. Costa Rica, 2006.
- Gráfica 56.** Cobertura de lactancia materna exclusiva. Costa Rica, 2006.
- Gráfica 57.** Cobertura de la atención prenatal con criterios, según región. Costa Rica, 2007.
- Gráfica 58.** Distribución de las personas atendidas en atención prenatal. Costa Rica, 2007.
- Gráfica 59.** Porcentaje de nacimientos por lugar de ocurrencia. Costa Rica, 2008.
- Gráfica 60.** Cobertura de personas con hipertensión atendidas en el primer nivel de atención, según región. Costa Rica, 2007.
- Gráfica 61.** Cobertura de personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en el primer nivel de atención, según región. Costa Rica, 2007.
- Gráfica 62.** Proporción de niños vacunados según tarjeta de vacunación y reporte de la madre. Haití, 2005-2006.
- Gráfica 63.** Proporción de niños vacunados a los 30 días o menos con BCG, según fecha de tarjeta de vacunación. Haití, 2005-2006.

- Gráfica 64.** Proporción de niños menores de ocho meses vacunados con tercera dosis de DPT, según fecha de tarjeta de vacunación. Haití, 2005-2006.
- Gráfica 65.** Proporción de niños menores de ocho meses vacunados con tercera dosis de VOP, según fecha de tarjeta de vacunación. Haití, 2005-2006.
- Gráfica 66.** Proporción de niños menores de 15 meses vacunados con SRP, según fecha de tarjeta de vacunación. Haití, 2005-2006.
- Gráfica 67.** Menores de seis meses que estaban lactando en el momento de la encuesta y que no habían presentado EDA durante las últimas dos semanas. Haití, 2005-2006.
- Gráfica 68.** Menores de seis meses que estaban lactando en el momento de la encuesta y que no habían presentado IRA durante las últimas dos semanas. Haití, 2005-2006.
- Gráfica 69.** Mujeres entre 15 y 19 años que tuvieron al menos cuatro controles prenatales con calidad. Haití, 2005-2006.
- Gráfica 70.** Mujeres entre 20 y 49 años que tuvieron al menos cuatro controles con calidad. Haití, 2005-2006.
- Gráfica 71.** Mujeres entre 15 y 19 años que durante el último parto fueron atendidas por personal calificado. Haití, 2005-2006.
- Gráfica 72.** Mujeres entre 20 y 49 años que durante el último parto fueron atendidas por personal calificado. Haití, 2005-2006.
- Gráfica 73.** Partos institucionales en mujeres entre 15 y 19 años. Haití, 2005-2006.
- Gráfica 74.** Partos institucionales en mujeres entre 20 y 49 años. Haití, 2005-2006.
- Gráfica 75.** Proporción de niños vacunados según tarjeta y reporte de la madre. Honduras, 2005-2006.
- Gráfica 76.** Proporción de niños vacunados a los 30 o menos días con BCG, según fecha de tarjeta de vacunación. Honduras, 2005-2006.
- Gráfica 77.** Proporción de niños menores de ocho meses vacunados con tercera dosis de DPT, según fecha de tarjeta de vacunación. Honduras, 2005-2006.
- Gráfica 78.** Proporción de niños menores de ocho meses vacunados con tercera dosis de VOP, según fecha de tarjeta de vacunación. Honduras, 2005-2006.
- Gráfica 79.** Proporción de niños menores de 15 meses vacunados contra sarampión, según fecha de tarjeta de vacunación. Honduras, 2005-2006.
- Gráfica 80.** Menores de seis meses que estaban lactando en el momento de la encuesta y que no habían presentado EDA en las últimas dos semanas. Honduras, 2005-2006.
- Gráfica 81.** Menores de seis meses que estaban lactando en el momento de la encuesta y que no habían presentado síntomas de IRA en las últimas dos semanas. Honduras, 2005-2006.

- Gráfica 82.** Menores de un año llevados a control de peso, mensual o bimensualmente. Honduras, 2005-2006.
- Gráfica 83.** Proporción de mujeres menores de 25 años que se han realizado la citología hace un año o menos. Honduras, 2005-2006.
- Gráfica 84.** Proporción de mujeres entre 25 y 49 años que se han realizado la citología hace un año o menos. Honduras, 2005-2006.
- Gráfica 85.** Proporción de mujeres que alguna vez se han realizado una mamografía. Honduras, 2005-2006.
- Gráfica 86.** Mujeres entre 15 y 19 años que tuvieron al menos cuatro controles prenatales con calidad y que tuvieron hijos con peso igual o mayor a 2500 gramos. Honduras, 2005-2006.
- Gráfica 87.** Mujeres entre 20 y 49 años que tuvieron al menos cuatro controles prenatales con calidad y que tuvieron hijos con peso igual o mayor a 2500 gramos. Honduras, 2005-2006.
- Gráfica 88.** Mujeres adolescentes (15-19 años) que durante el último parto fueron atendidas por personal calificado y que no presentaron complicaciones durante el embarazo, parto o postparto. Honduras, 2005-2006.
- Gráfica 89.** Mujeres entre 20 y 49 años que durante el último parto fueron atendidas por personal calificado y que no presentaron complicaciones durante el embarazo, parto o postparto. Honduras, 2005-2006.
- Gráfica 90.** Porcentaje de cobertura de BCG en niños menores de cinco años. México, 2006.
- Gráfica 91.** Porcentaje de cobertura de vacuna BCG (una dosis) por entidad federativa. México, 2006.
- Gráfica 92.** Porcentaje de cobertura de vacuna DPT (13-59 meses). México, 2006.
- Gráfica 93.** Porcentaje de cobertura de vacuna DPT (tres dosis) por entidad federativa. México, 2006.
- Gráfica 94.** Porcentaje de cobertura de vacuna de polio (13-59 meses) - tres dosis. México, 2006.
- Gráfica 95.** Porcentaje de cobertura de vacuna polio (tres dosis) por entidad federativa. México, 2006.
- Gráfica 96.** Porcentaje de cobertura de vacuna contra sarampión (19-59 meses) - una dosis. México, 2006.
- Gráfica 97.** Porcentaje de cobertura de vacuna contra sarampión (una dosis) por entidad federativa. México, 2006.

- Gráfica 98.** Proporción de niños menores de un año que han sido llevados al menos cinco veces a control de peso y talla. México, 2006.
- Gráfica 99.** Proporción de niños menores de un año que estaban lactando. México, 2006.
- Gráfica 100.** Proporción de niños que estaban lactando y no tuvieron enfermedades diarreicas en los últimos 15 días. México, 2006.
- Gráfica 101.** Proporción de niños que estaban lactando y no tuvieron infecciones respiratorias agudas en los últimos 15 días. México, 2006.
- Gráfica 102.** Control prenatal (cuatro consultas o más) por grupos de edad. México, 2004-2006.
- Gráfica 103.** Cobertura efectiva de control prenatal (cuatro consultas o más) con exámenes de sangre y orina realizados). México, 2004-2006.
- Gráfica 104.** Cobertura de control prenatal (cuatro consultas o más) en mujeres de 20 a 49 años. México, 2004-2006.
- Gráfica 105.** Cobertura efectiva de control prenatal (cuatro o más consultas) con exámenes de sangre y orina en mujeres de 20 a 49 años. México, 2004-2006.
- Gráfica 106.** Atención institucional del parto, por grupos de edad. México, 2004-2006.
- Gráfica 107.** Porcentaje de partos complicados, por grupos de edad. México, 2004-2006.
- Gráfica 108.** Porcentaje de cesáreas de urgencia, por grupos de edad. México, 2004-2006.
- Gráfica 109.** Proporción de partos complicados en mujeres de 20 a 49 años. México, 2004-2006.
- Gráfica 110.** Porcentaje de cesáreas de urgencia en mujeres de 20 a 49 años. México, 2004-2006.
- Gráfica 111.** Cobertura de Papanicolau (en los últimos 12 meses), por grupos de edad. México, 2006.
- Gráfica 112.** Cobertura efectiva de detección de cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años, por entidad federativa. México, 2006.
- Gráfica 113.** Cobertura del tratamiento en mujeres diagnosticadas en los últimos 12 meses con cáncer de cuello uterino. México, 2006.
- Gráfica 114.** Cobertura de tratamiento en mujeres mayores de 20 años, diagnosticadas con cáncer de cuello uterino. México, 2006.
- Gráfica 115.** Cobertura de mastografías realizadas en los últimos 12 meses, por grupos de edad. México, 2006.
- Gráfica 116.** Cobertura cruda de mastografía en mujeres mayores de 20 años. México, 2006.
- Gráfica 117.** Cobertura efectiva de detección de cáncer de mama en mujeres de 40 a 69 años, por entidad federativa. México, 2006.

- Gráfica 118.** Cobertura efectiva de HTA por grupos de edad. México, 2006.
- Gráfica 119.** Cobertura cruda y cobertura efectiva del tratamiento de hipertensión arterial. México, 2006.
- Gráfica 120.** Cobertura efectiva de HTA por grupos de edad y sexo. México, 2006.
- Gráfica 121.** Cobertura efectiva de hipercolesterolemia. México, 2006.
- Gráfica 122.** Proporción de niños vacunados, según tarjeta y reporte de la madre. Perú, 2006.
- Gráfica 123.** Proporción de niños vacunados a los 30 o menos días con BCG, según fecha de tarjeta de vacunación. Perú, 2006.
- Gráfica 124.** Proporción de niños menores de ocho meses vacunados con tercera dosis de DPT, según fecha de tarjeta de vacunación. Perú, 2006.
- Gráfica 125.** Proporción de niños menores de ocho meses vacunados con tercera dosis de VOP, según fecha de tarjeta de vacunación. Perú, 2006.
- Gráfica 126.** Proporción de niños menores de 15 meses vacunados contra sarampión, según fecha de la tarjeta de vacunación. Perú, 2006.
- Gráfica 127.** Menores de seis meses que estaban lactando en el momento de la encuesta y que no presentaron EDA en las últimas dos semanas. Perú, 2006.
- Gráfica 128.** Menores de seis meses que estaban lactando y que no presentaron síntomas de IRA en las últimas dos semanas. Perú, 2006.
- Gráfica 129.** Mujeres entre 20 y 49 años que tuvieron al menos cuatro controles prenatales con calidad y que tuvieron hijos con peso igual o mayor a 2500 gramos. Perú, 2004-2006.
- Gráfica 130.** Mujeres de 20 a 49 años que durante el último parto fueron atendidas por personal calificado y no presentaron complicaciones durante el parto. Perú, 2004-2006.
- Gráfica 131.** Proporción de niños menores de cinco años vacunados por tipo de vacuna y fuente de información. República Dominicana, 2007.
- Gráfica 132.** Proporción de niños menores de 30 días vacunados con BCG, según fecha de la tarjeta de vacunación. República Dominicana, 2007.
- Gráfica 133.** Proporción de niños menores de ocho meses vacunados con tercera dosis de DPT, según fecha de tarjeta de vacunación. República Dominicana, 2007.
- Gráfica 134.** Proporción de niños menores de ocho meses vacunados con tercera dosis de VOP, según fecha de tarjeta de vacunación. República Dominicana, 2007.
- Gráfica 135.** Proporción de niños menores de 15 meses vacunados contra sarampión, según fecha de tarjeta de vacunación. República Dominicana, 2007.

- Gráfica 136.** Menores de 6 meses que no desarrollaron EDA en las últimas dos semanas y que estaban lactando en el momento de la encuesta. República Dominicana, 2007.
- Gráfica 137.** Menores de 6 meses que no desarrollaron IRA en las últimas dos semanas y que estaban lactando en el momento de la encuesta. República Dominicana, 2007.
- Gráfica 138.** Mujeres entre 15 y 19 años que tuvieron al menos cuatro controles prenatales con calidad y que tuvieron hijos con peso igual o mayor a 2500 gramos. República Dominicana, 2007.
- Gráfica 139.** Mujeres entre 20 y 49 años que tuvieron al menos cuatro controles prenatales con calidad y que tuvieron hijos con peso igual o mayor a 2500 gramos. República Dominicana, 2007.
- Gráfica 140.** Mujeres entre 15 y 19 años que durante su último parto en cinco años fueron atendidas en instituciones de salud. República Dominicana, 2007.
- Gráfica 141.** Mujeres entre 20 y 49 años que durante su último parto en cinco años fueron atendidas en instituciones de salud
- Gráfica 142.** Mujeres entre 15 y 19 años que durante su último parto en cinco años fueron atendidas por personal calificado. República Dominicana, 2007.
- Gráfica 143.** Mujeres entre 20 y 49 años que durante su último parto en cinco años fueron atendidas por personal calificado. República Dominicana, 2007.
- Gráfica 144.** Mujeres menores de 25 años que se han practicado citología en el último año. República Dominicana, 2007.
- Gráfica 145.** Mujeres mayores de 25 años que se han practicado citología en el último año. República Dominicana, 2007.
- Gráfica 146.** Proporción de mujeres entre 40 y 49 años que se han realizado mamografía en el último año. República Dominicana, 2007.

Lista de cuadros

- Cuadro 1.** Intervenciones en salud infantil. Definiciones.
- Cuadro 2.** Intervenciones de salud infantil. Características de la información proporcionada por cada país.
- Cuadro 3.** Cobertura de las intervenciones en salud infantil.
- Cuadro 4.** Intervenciones en salud de la mujer. Definiciones.
- Cuadro 5.** Intervenciones de salud de la mujer. Características de la información proporcionada por cada país.
- Cuadro 6.** Cobertura de intervenciones en salud de la mujer.
- Cuadro 7.** Intervenciones en salud del adulto. Definiciones.
- Cuadro 8.** Intervenciones de salud del adulto. Características de la información proporcionada por cada país.
- Cuadro 9.** Cobertura en enfermedades crónicas.
- Cuadro 10.** Fuentes de información para intervenciones seleccionadas sobre cobertura.
- Cuadro 11.** Calendario de vacunación en Chile.
- Cuadro 12.** Características de las intervenciones seleccionadas, Chile.
- Cuadro 13.** Efectividad esperada para intervenciones seleccionadas, Chile.
- Cuadro 14.** Varianza explicada por lactancia materna exclusiva a los seis meses, Chile
- Cuadro 15.** Cobertura de PAP en grupos seleccionados. Chile, ENS 2003.
- Cuadro 16.** Indicadores generales, económicos y demográficos. Costa Rica, 2008.
- Cuadro 17.** Características del esquema de vacunación, Costa Rica.
- Cuadro 18.** Población blanco y cobertura de personas con citología, atendida en el primer nivel de atención según región. Costa Rica, 2007.
- Cuadro 19.** Definición de intervenciones, México.

Presentación

El Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe (OS-ALC) es una iniciativa lanzada por el Instituto Carlos Slim de la Salud en conjunto con la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD). Su objetivo fundamental es promover el desarrollo de las métricas en salud que nos permitan contar con una visión más detallada del desempeño de los sistemas de salud en la región. Para lograrlo, el OS-ALC se dio a la tarea de integrar un grupo de redes de investigadores, funcionarios y académicos interesados en desarrollar la métrica a nivel nacional, para una toma de decisiones en salud que esté mejor orientada en las evidencias y, con ello, promover su aplicación y difusión a nivel regional.

En esta ocasión se presentan los resultados de la Red de Cobertura Efectiva que incluye la participación de Bolivia, Colombia, Chile, Costa Rica, Haití, Honduras, México, Perú y República Dominicana. Con excepción de Haití y Honduras, cuyos datos fueron procesados directamente por la coordinación de la red, el resto de los países participaron en un esfuerzo colectivo por integrar información, organizarla con criterios homogéneos, analizarla con metodologías similares e integrarla en un informe que permitiera una evaluación comparativa del desempeño de cada país en cada una de las intervenciones seleccionadas en salud.

La Red de Cobertura Efectiva es una de las métricas que el Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe ha promovido a partir de su lanzamiento en 2008. Este documento despliega los esfuerzos de los diferentes investigadores integrantes de la red, para conformar una masa crítica que genere estas nuevas mediciones que permiten contar con una evaluación más detallada del desempeño de los sistemas de salud.

En este primer esfuerzo se presentan los resultados de diversas intervenciones de salud para el niño (esquema de vacunación, lactancia, control del niño sano) y la mujer (control prenatal, atención del parto, detección de cáncer de mama y cervicouterino) e información disponible para medir la cobertura de los programas de diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia.

Los resultados ponen en evidencia las limitaciones existentes en cada país para contar con información específica que permita hacer las estimaciones de cobertura efectiva de manera precisa. También destaca las complejidades técnicas y metodológicas en las que se encuentra la región de las Américas, pues existen muchos vacíos de información para poder integrar cabalmente los indicadores propuestos, con el fin de medir el concepto de cobertura efectiva. Ello pone de manifiesto lo mucho que hay que avanzar para generar la información requerida, ya sea a través de los registros administrativos o la realización de encuestas específicas. Sin embargo, el esfuerzo de cada país por armonizar las definiciones y los métodos de cálculo, de acuerdo con las fuentes de información disponibles, fue un paso importante para ir conformando un grupo técnico a nivel regional que impulse la generación específica de datos y poder así contar con las evidencias necesarias.

A pesar de las limitaciones señaladas, el informe regional da cuenta de rezagos importantes que existen en la cobertura de programas que, hoy por hoy, deben estar bien consolidados en los países participantes. Las diferencias entre países y dentro de cada uno de ellos, demuestra que los programas todavía tienen mucho por hacer y que la cobertura efectiva es la métrica que nos ayudará a precisar dónde y a quién deben dirigirse los recursos y esfuerzos adicionales, con el propósito de beneficiar verdaderamente a las poblaciones más necesitadas.

Este primer informe regional, que describe el trabajo realizado por los integrantes de la Red de Cobertura Efectiva, es un ejemplo muy destacado de lo que significa el trabajo colaborativo entre países, instituciones, investigadores y funcionarios. Un producto indiscutible del trabajo de la red es la propuesta y adopción de algunos de estos criterios en la realización de futuras encuestas nacionales de salud, como es el caso de Colombia.

Este informe desea ser un insumo importante, no sólo para los países integrantes de la red, sino también para aquellos que en esta ocasión no pudieron integrarse a ella, ya fuera por ausencia o por carencia de personal técnico especializado en el manejo de dicha información. Ello representa un nuevo desafío para el OS-ALC y la Red de Cobertura Efectiva, pues existe la necesidad de fortalecer las capacidades humanas locales nacionales y continuar con la formación de un grupo técnico y una masa crítica más amplia dentro de cada país, que maneje y desarrolle los modelos conceptuales, metodológicos y técnicos de esta métrica.

El OS-ALC está orgulloso de mostrar este primer informe a la comunidad latinoamericana. Con ello esperamos que se genere un mayor interés en esta métrica y que la Red de Cobertura Efectiva extienda su influencia en la región para contar con mejores evidencias sobre el desempeño de los programas de salud en los diferentes grupos poblacionales.

Resumen ejecutivo

Tradicionalmente la cobertura de las intervenciones de los sistemas de salud miden la proporción de la población con una necesidad y que actualmente recibe determinada intervención (cobertura cruda), por otra parte, la cobertura efectiva es una métrica que permite conocer “la fracción de ganancia potencial en salud que un sistema de salud puede aportar a través de una intervención disponible”. En otras palabras, la cobertura efectiva se refiere a la utilización de una intervención, teniendo en cuenta la necesidad ajustada por calidad. Es un indicador que relaciona tres aspectos importantes: la cobertura de las acciones en salud, la demanda de atención y el acceso a los servicios.

La Red de Cobertura Efectiva del Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe está conformada por siete países: Bolivia, Colombia, Chile, Costa Rica, México, Perú y República Dominicana. Su objetivo es generar información que permita valorar la efectividad de las intervenciones de los sistemas de salud en diversas naciones.

Para cumplir nuestro objetivo, fue necesario identificar fuentes de información comparables entre los países miembros. Por esta razón se utilizaron las encuestas de demografía y salud –con excepción de Chile y Costa Rica, en donde fueron utilizados los sistemas de información de cada país–. Una vez identificadas las fuentes, se calcularon los indicadores de cobertura definidos por la Red de Cobertura Efectiva: salud infantil (que incluyó estos aspectos: vacunación, lactancia y control del niño sano), salud de la mujer (que abarcó control prenatal, atención del parto y detección del cáncer cervicouterino y del cáncer de mama) y enfermedades crónicas (que comprendieron hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia). Adicionalmente, se calcularon indicadores de cobertura para Haití y Honduras, dada la disponibilidad de la información.

En cuanto a los resultados en vacunación por países, Chile presentó una oportunidad superior (95%) en comparación con otras naciones, mientras que Haití apenas alcanzó valores superiores al 60%. En cuanto a lactancia materna exclusiva, sólo fue posible establecer indicadores para Chile y Costa Rica, países que obtuvieron la información de sus respectivos sistemas de información. Con respecto a los indicadores de salud de la mujer, se analizó la cobertura del control prenatal. En esta dimensión se observó que República Dominicana y México presentaron las coberturas más altas, en comparación con los demás, mientras que Bolivia y Haití tuvieron las coberturas más bajas. La cobertura más elevada para la atención del parto por personal calificado la alcanzó Chile (cerca al 100%) y la menor la mostró Haití (56%). En cuanto a los resultados de la cobertura cruda (es decir, sin el componente de calidad) de la detección de cáncer cervicouterino, Colombia presentó la cobertura más alta (75.8%). También se analizó la cobertura efectiva de algunas enfermedades crónicas, en donde de nuevo Chile mostró las mayores coberturas, en comparación con los demás países.

El presente documento ofrece, entonces, una perspectiva de la situación en salud de los indicadores de cobertura efectiva, desagregados por regiones, para cada uno de los países miembros de la red.

Esperamos que este trabajo resulte de utilidad para las instancias tomadoras de decisión de los países, con el fin de que puedan intervenir en las acciones que llevan a cabo los sistemas de salud, con base en los resultados que muestran los indicadores. Como se presenta en este documento, existen limitaciones para la medición de algunos indicadores, especialmente en enfermedades crónicas, pues no todos los países contaron con información para la construcción del indicador de cobertura efectiva, así como para lactancia exclusiva y control del niño sano.

Antecedentes

Para los encargados de conducir los sistemas de salud en los países es importante conocer el efecto que estos tienen en la salud de la población, así como el alcance de las acciones que proporciona el sistema. En este sentido, por lo general, se realizan estudios para medir las condiciones de salud de la población a través del seguimiento de las tendencias de mortalidad, morbilidad o discapacidad, así como los cambios de la exposición a ciertos factores de riesgo. Adicionalmente, también se ha estudiado la cobertura de las intervenciones en salud, midiendo el número de individuos que las reciben en relación con aquellos que las necesitan.

Para poder realizar estas mediciones, los sistemas de salud disponen de registros administrativos que recolectan datos sobre los individuos que utilizan los servicios de salud y los comparan con las poblaciones asignadas. Los datos pueden corresponder a las poblaciones censales o a las poblaciones aseguradas (padrón de afiliados). En ocasiones, también se realizan encuestas en los hogares con el propósito de determinar, dentro de la población seleccionada, cuál es la utilización de los servicios. Es conveniente resaltar que al realizar estas mediciones se supone que la calidad de las intervenciones otorgadas es similar, aun cuando se sabe que el resultado esperado varía según sea la efectividad de cada una de ellas.

Los estudiosos de la utilización de los servicios y de sus determinantes construyen modelos que permiten conocer los patrones de utilización y sus obstáculos, pero usualmente suponen que los servicios que se otorgan son de la misma calidad, cuando en realidad no es así. De hecho, cuando la población acude a los servicios de salud supone que recibirá el mejor tratamiento, con base en el conocimiento más actualizado del problema de salud que presenta. Aunque puede resultar descabellada la expectativa del usuario, es claro que este no acudiría a un lugar donde no le ofrezcan lo que busca resolver, a menos de que no tenga otra opción. Es así que a través del sentido común se entiende que la búsqueda de atención que cualquier individuo tiene, responde –principalmente– a la necesidad de ganar o recuperar el estado de salud que tenía antes de enfermarse.

La medición se complica un poco más cuando se trata de averiguar si todos los que utilizan los servicios en realidad lo requieren o si los que necesitan la atención son los que utilizan el servicio. Cuando la necesidad de salud está basada en un criterio normativo, como es el caso de todas las mujeres embarazadas o todos los menores de un año que habitan en una comunidad, resulta menos complicada la medición de necesidad. Pero cuando se trata de contabilizar sólo a un segmento de la población que enfermó o que por su exposición a ciertos factores de riesgo puede enfermarse, se incrementa el grado de complejidad de la medición.

La medición de la ganancia en salud tampoco es un asunto sencillo. Usualmente se realiza calculando la efectividad de la intervención, mediante el análisis de los resultados de ensayos no aleatorios o la eficacia en ensayos clínicos aleatorios, comparando las condiciones de salud cuando no se recibe la intervención y cuando sí se recibe. Esta diferencia es la ganancia explicada por la intervención. De hecho, una intervención es más efectiva mientras más salud recupera.

Con el interés de organizar estos aspectos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un marco conceptual para evaluar el desempeño de los sistemas de salud, primero en el año 2000 y, luego, en 2002. Dicho marco introdujo el concepto de cobertura efectiva como un objetivo intermedio del sistema de salud. La cobertura efectiva sintetiza e integra la información sobre el acceso por parte de la población a los servicios de salud requeridos, con la medición de la calidad de dichos servicios.

Buscando ir más allá de las mediciones parciales de cobertura por intervenciones, la Asamblea Mundial de la Salud, en 2002, recomendó a todos los países miembros realizar un ejercicio de medición de la cobertura efectiva con base en el documento Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud. Para seguir dicha recomendación, la OMS propuso algunas estrategias de medición y, en algunos casos, nuevos métodos de análisis.

El primer país en realizar este esfuerzo de medición fue México, aunque el concepto de cobertura efectiva se ha implementado sólo parcialmente, sobre todo por los problemas de medición de calidad (ganancia en salud). Los resultados de este trabajo sirvieron en su momento para establecer el desempeño de los sistemas de salud a nivel subnacional (estatal) y para comparar el avance en un periodo de cinco años. Además, fue un insumo fundamental en la evaluación parcial del Seguro Popular, así como del alcance de algunas intervenciones para determinadas poblaciones (asegurados vs no asegurados).

Pendiente de la necesidad de realizar este tipo de ejercicios en otros países e interesados por construir una red de apoyo mutuo en la implementación de estudios de cobertura efectiva en la región, el Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe convocó a sendas reuniones en 2008 y 2009 con académicos y funcionarios públicos de algunos países de la región, para discutir el tema y elaborar una estrategia común, cuyo primer producto es esta publicación. El Instituto de la Métrica de la Salud y Evaluación (IHME, por sus siglas en inglés) de la Universidad de Washington ha participado en las reuniones y en la asesoría técnica del proyecto.

Definiciones

Se define intervención como una acción de salud pública o un procedimiento dirigido a la prevención, detección, diagnóstico o tratamiento de un problema de salud en particular. Un problema de salud no necesariamente es una enfermedad como tal. También puede ser un evento del ciclo vital que requiere de algún contacto con los servicios de salud, como es –por ejemplo– el caso del embarazo.

Para una intervención en particular, la cobertura efectiva se define como la relación entre ganancia en salud que el sistema de salud aporta a través de la intervención y la ganancia en salud, que potencialmente podría aportar si los servicios se prestaran en óptimas condiciones de acceso y calidad. Por ejemplo, si el sistema de salud puede, a través de la detección y el tratamiento del cáncer cervicouterino, aumentar en dos años la esperanza de vida saludable de las mujeres, pero sólo logra aumentarla en un año, la cobertura efectiva de esta intervención es de 50%.

La cobertura efectiva también puede entenderse como la utilización de una intervención, dada la necesidad que de ella exista y ajustada por su calidad.

La cobertura efectiva combina en un solo indicador tres mediciones, que antes se abordaban en forma separada: i) la cobertura de las acciones en salud, ii) la demanda de atención y iii) el acceso a los servicios. E introduce, adicionalmente, el componente de la calidad. Para medir la cobertura efectiva es conveniente saber quién necesita la intervención (necesidad), quién la ha recibido (utilización) y si para los que la han recibido fue efectiva (calidad).

Así como puede medirse a nivel de intervenciones particulares, la cobertura efectiva también se puede calcular como un índice compuesto, agregando diferentes intervenciones en salud y usando la misma lógica que se empleó para calcularla a nivel de una intervención individual. En este sentido, la cobertura efectiva del sistema de salud en su conjunto (el índice compuesto) es la relación entre la ganancia en salud que un sistema de salud podría de manera potencial aportar a la población y la que efectivamente está aportando, dados los servicios que ofrece en la actualidad.

Aplicaciones

El estudio de la cobertura de las intervenciones en salud es una práctica común en salud pública desde hace muchos años. Saber cuántos niños reciben las vacunas o cuántas mujeres reciben atención prenatal durante su embarazo ha sido una inquietud constante de los operadores de programas de salud reproductiva. Lo mismo sucede con intervenciones relacionadas con la detección del cáncer de cérvix o de mama, o con aquellas relacionadas con el control de la diabetes o de la hipertensión arterial.

La cobertura efectiva ofrece varias ventajas al tomador de decisión:

- Fija la atención en el objetivo primordial del sistema, que es mejorar el estado de salud de la población.
- Circunscribe la medición a las poblaciones que necesitan las intervenciones.

- Introduce explícitamente una medición de la calidad de las intervenciones y permite identificar con precisión qué está fallando en un sistema de salud. Permite abordar, por ejemplo, las siguientes preguntas: ¿los servicios no están llegando de manera oportuna a la población que los requiere? ¿Sí están llegando, pero la calidad de los mismos es insuficiente y, por lo tanto, no están siendo efectivos?

Estas propiedades del concepto de cobertura efectiva hacen que no sólo sea conceptualmente riguroso, sino de gran utilidad práctica para quienes deben tomar decisiones para mejorar los servicios de salud.

Marco conceptual de la cobertura efectiva



Marco conceptual de la cobertura efectiva *

En el Informe Mundial de Salud 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo un marco conceptual para evaluar el desempeño de los sistemas de salud, enfocado en la contribución de estos sistemas a grandes metas, como la salud poblacional, las desigualdades en salud, la capacidad de respuesta y la equidad en la contribución financiera.

A partir de la discusión del Informe Mundial de Salud 2000, surgieron dos juicios críticos importantes: el primero, referido al hecho de que, a menudo, es difícil atribuir cambios en los resultados finales a acciones realizadas por un sistema de salud, a diferencia de lo que sucede en otros sectores. El segundo, alusivo a que podrían existir considerables intervalos entre ciertas acciones de salud y la comprensión de sus efectos en términos de resultados en salud. El trabajo que siguió en materia de evaluación del desempeño de los sistemas de salud se ha beneficiado considerablemente con estas discusiones y se ha enriquecido al incluir más información acerca del mecanismo a través del cual los sistemas de salud incrementan la salud: intervenciones personales y no personales efectivas para aquellos que se beneficiarían al recibirlas.

En el libro Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud: Debates, Métodos y Empirismo, la OMS presentó en 2003 el concepto de cobertura efectiva como la forma de medir el camino crítico a través del cual la salud pública y la atención médica pueden mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades en salud.

El texto que sigue presenta una discusión general acerca del marco conceptual utilizado en este informe.

Los enfoques de trabajo de la cobertura efectiva

Existen tres áreas de trabajo importantes para desarrollar un marco conceptual sobre la cobertura efectiva: la cobertura específica por intervención, la demanda de servicios de atención en salud y el acceso a dichos servicios.

1. Cobertura específica por intervención

A través de programas específicos de alta prioridad, desde hace mucho tiempo se ha monitoreado la prestación de tecnologías específicas. Entre los ejemplos más conocidos están las tasas de cobertura de vacunación infantil, el tratamiento ambulatorio estrictamente supervisado (TAES) para la tuberculosis y el tamizaje del cáncer cervicouterino. Otro conjunto de indicadores de intervenciones específicas que ha sido objeto de particular atención se refiere a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) –como la atención prenatal y la atención durante el parto y los mosquiteros recomendados en la campaña contra el paludismo–, entre otros. Empero, más allá de esta breve lista, hay pocas mediciones comparables para la amplia gama de otras tecnologías que ofrecen los servicios de salud.

* Esta información corresponde al siguiente documento: Mexico Health Metrics 2005 Report: Section 2 Effective Coverage, Ministry of Health, México, Harvard University.

Otra debilidad de esta área de la literatura es que las intervenciones a menudo han sido analizadas de manera aislada y, por ende, las restricciones comunes a todos los sistemas, como la disponibilidad de recursos humanos capacitados, no siempre son reconocidas.

2. Demanda de servicios de atención en salud

En las últimas dos décadas se ha constituido un amplio cuerpo de trabajo, básicamente en la literatura sobre la economía de la salud, que busca entender por qué razón los individuos o las familias deciden recurrir a los servicios de salud, sobre qué base optan por un proveedor en particular y en qué medida reciben y se apegan a un tratamiento. Este trabajo ha sido instrumental al cuantificar cómo la demanda de las familias respecto a los servicios de salud puede modificarse de acuerdo con el precio y al analizar el importante papel de la calidad percibida en la decisión individual. Una de las deficiencias de este enfoque radica en el supuesto irreal de equivalencia entre la necesidad percibida y la verdadera necesidad de servicios de salud.

3. Acceso a los servicios de salud

Los gobiernos se han interesado en la medida en la cual la población tiene “acceso” a los servicios de salud. Si bien existe una amplia discusión acerca del acceso y de las desigualdades en el acceso, distintos grupos utilizan el término para indicar cuestiones muy diversas. Para algunos, el acceso implica simplemente la proximidad física a los proveedores. Para otros, se trata de un derecho legal: los individuos tienen acceso si la Constitución o la ley garantizan la atención gratuita. El aspecto medular de estas diferentes interpretaciones es que cada una se enfoca en factores vinculados con la oferta que afectan la prestación de la intervención, disminuyendo la importancia de la opción individual o de la calidad del servicio en el constructo del acceso a los servicios de salud.

Retos del marco conceptual

Para subsanar las debilidades de los enfoques anteriores, el marco conceptual utilizado en este informe maneja cinco retos críticos en la formulación del constructo de la cobertura efectiva:

1. Necesidad real y necesidad autopercebida

Es importante tomar como punto de partida las diferencias entre la necesidad real y la necesidad percibida. La primera se define como la capacidad para lograr ganancia en salud a partir de una intervención. Eso sucede si la expectativa de vida saludable de un individuo se incrementa cuando es sujeto de una intervención preventiva, curativa o de rehabilitación. En la práctica, muchas personas pueden requerir una intervención, aunque es posible que no perciban tal necesidad. Puede ser, por ejemplo, el caso de alguien que es hipertenso, pero no lo sabe porque nunca ha sido diagnosticado. Asimismo, muchos individuos pueden percibir la necesidad de una intervención cuando ellos no se beneficiarán del todo al recibirla. Esta distinción puede tener importantes implicaciones desde el punto de vista de la medición.

2. Cobertura efectiva específica por intervención y cobertura efectiva del sistema de salud

La cobertura agregada se puede plantear conceptualmente y, si bien su aplicación sería un ejercicio dispendioso, en principio es posible. Al vincular la cobertura específica por intervención con la cobertura del sistema de salud en general, es sumamente importante facilitar la identificación de las limitaciones en la prestación de servicio propias del sistema, como la disponibilidad de recursos humanos, el financiamiento, etcétera. Sobre todo porque en este marco conceptual la cobertura efectiva del sistema de salud en conjunto debe ser una función de la cobertura efectiva de un grupo de intervenciones específicas definidas con claridad.

3. Calidad

Con el fin de identificar si los sistemas de salud están aportando su máximo beneficio, la medida de cobertura efectiva debe incluir no solo la prestación de una intervención, sino también la ganancia en salud potencial factible de alcanzar a través de esa intervención. Por lo tanto, las medidas de cobertura efectiva deben incorporar la calidad de la intervención. Así, por ejemplo, ¿qué sentido tiene monitorear la cobertura de la vacunación, si falla la cadena de frío y a los niños se les aplican vacunas que ya no son efectivas? Es esencial incorporar la calidad de la atención en el marco conceptual, con el fin de detectar hasta dónde la intervención conduce realmente a una mejora en la salud.

4. Factores desde la perspectiva de la oferta y de la demanda

Se reconoce a los factores de la demanda –como la decisión de buscar atención– y a los factores de la oferta de servicios –como la ubicación de los mismos–, el precio o la calidad técnica del servicio que presta el personal. Para entender por qué los sistemas no están brindando la ganancia factible en salud se requiere una cuantificación y el análisis de la contribución, en términos comparables, de ambos tipos de factores.

5. Nivel individual de definición

La cobertura efectiva se define, de manera consistente, tanto para la población como para los individuos en particular. El hecho de que exista un marco definido en el nivel individual facilita una caracterización más efectiva de las desigualdades en una población de múltiples subgrupos y entre todos los individuos de la población.

La cobertura a nivel poblacional puede entenderse como la proporción de individuos en una población que, teniendo necesidad de una intervención en un momento dado, efectivamente la recibieron. La definición de cobertura efectiva en el ámbito individual requerirá del paso de una perspectiva de la cobertura ex post (posterior al hecho) a una ex ante (antes del hecho). En esta noción anticipatoria la cobertura puede pensarse en términos probabilísticos: dado que un individuo requiere una intervención en un momento dado, cuál es la probabilidad de que efectivamente la reciba.

Definición de cobertura efectiva

Al tomar en consideración los cinco aspectos anteriormente analizados, puede definirse la cobertura efectiva respecto a un individuo, a una población y al sistema de salud en su conjunto. Asimismo, el concepto de cobertura efectiva está acompañado de tres mediciones: a) la cobertura de las acciones en salud, b) la demanda de atención, y c) el acceso a los servicios.

Cobertura efectiva del individuo

Intuitivamente, la noción de un sistema de salud ideal es aquel que me atenderá. En otras palabras, que me aportará ganancia en salud cuando yo lo requiera. Es posible elaborar esta sencilla noción a partir de la definición de la cobertura efectiva del sistema de salud con respecto a un individuo, como la fracción de ganancia en salud potencial que realmente aporta. Por ejemplo, si el sistema de salud tiene la capacidad, a través de intervenciones preventivas, curativas o de rehabilitación, de incrementar en dos años la expectativa de vida sana de un individuo, pero en realidad le aporta sólo un año de ganancia en la expectativa de vida sana, entonces la cobertura efectiva del sistema para una persona en particular es de 50%. En esta cifra se toman en cuenta todos los riesgos de salud de los individuos, así como las oportunidades de intervenciones para incrementar su salud.

A continuación se presenta una definición más formal de la cobertura efectiva de un individuo i y una intervención j :

$$EC_{ij} = Q_{ij} U_{ij} | (N_{ij} = 1)$$

Esto es, la cobertura efectiva es igual a la utilización (U_{ij}), dada su necesidad (N_{ij}) y multiplicada por su calidad (Q_{ij}). Esta expresión da lugar al constructo definido anteriormente de manera intuitiva y ayuda a identificar los tres insumos en su medición: necesidad, utilización y calidad.

En el componente de necesidad de la cobertura efectiva:

- N_{ij} , es un indicador de que un individuo i tenga una necesidad real (y no una necesidad percibida) respecto a una intervención j . La necesidad existe y, además, existe la capacidad de beneficiarse con la intervención. En la fórmula, la presencia de la necesidad está representada como $N_{ij} = 1$, y significa que el individuo realmente necesita la intervención. En caso de no requerirla, el indicador toma un valor igual a cero.
- El segundo componente de la expresión, U_{ij} , es un indicador de que el individuo i recibe la intervención j por parte de alguno de los proveedores disponibles. Es importante tomar en cuenta la relación condicional, en la medida en que la utilización solo se considera para los sujetos que realmente necesitan la intervención. Idealmente, la necesidad real iría acompañada del uso, y la no necesidad del no uso. Empero, en la práctica, la verdadera

necesidad y la utilización pueden definir una tabla de dos por dos, siendo posibles las cuatro combinaciones. La percepción errónea de la necesidad y el diagnóstico erróneo, por ejemplo, pueden llevar a situaciones donde existe un uso innecesario de una intervención, a la vez que la necesidad no cubierta también es posible.

- La calidad Q_{ij} , es el tercer componente de la cobertura efectiva. Vincula la cobertura de las intervenciones clave con el nivel de salud de la población. Está definida como la proporción de ganancia en salud aportada a la persona i a través de la intervención j en relación con la máxima ganancia en salud posible.¹ A diferencia de los indicadores de necesidad y utilización, que son binarios, la calidad es una variable continua que varía entre 0 y 1, siendo cero la calidad nula y uno aquella que genera la máxima ganancia en salud posible, dados el estado del arte y la tecnología.

Como se explicó previamente, a nivel del individuo la cobertura efectiva se entiende como la probabilidad ex ante de recibir una intervención (dada su necesidad) y ponderada por su calidad. Por lo tanto, para completar la definición se debe tomar el valor esperado de la expresión anterior:

$$EC_j = E [Q_j U_j | (N_j = 1)]$$

Al interpretarla de esa manera, la expectativa en el sentido estadístico U_j se interpreta como la probabilidad de recibir la intervención, dada su necesidad, y Q_j se interpreta como el valor esperado de su calidad.

Dada una muestra aleatoria de una población en la cual puedan observarse la necesidad, la utilización y la calidad, es posible estimar dichos valores esperados y, por lo tanto, la cobertura efectiva.

Agregación de la cobertura efectiva entre los individuos

La definición de la cobertura efectiva para una población sigue el mismo razonamiento que en el caso de un individuo: es la fracción de ganancia potencial en salud que aporta el sistema de salud a la población. Un sistema con una cobertura efectiva del 100% aporta toda la ganancia en salud posible a la población. Por el contrario, un sistema con una cobertura efectiva del 20% acarrea únicamente una quinta parte de lo que podría aportarse. Tanto para el individuo como para la población, el concepto no incorpora o ajusta por escasez de recursos. Esto significa que las naciones pobres tienen menos posibilidades de lograr una cobertura efectiva del 100%. El hecho de entender la cobertura efectiva máxima que un país o un sistema pueden alcanzar, dependiendo de la disponibilidad de sus recursos, forma parte de análisis económicos posteriores de la eficiencia del sistema de salud.

Como se ha definido, la cobertura efectiva en el caso de una población tiene claras implicaciones en cuanto a la forma en que la cobertura efectiva individual debería agregarse en la población total o en la cobertura efectiva del sistema de salud. La agregación por individuos debe tomar en cuenta que algunos sujetos tienen más probabilidades de necesitar una intervención, porque se encuentran en

riesgo más alto respecto a las condiciones de salud blanco o factor de riesgo, y que algunos individuos obtendrán más ganancia en salud por la intervención que otros.² Cada probabilidad de un individuo de recibir ganancia en salud está ponderada por la probabilidad de necesitar una intervención y la ganancia en salud esperada de esa intervención. Esto implica que los individuos en riesgo más alto, como los pobres, y aquellos que tienen probabilidades de obtener mayor ganancia en salud, deberían contar más con respecto a la medida total de la cobertura efectiva.

Cobertura efectiva del sistema de salud

La cobertura efectiva de una sola intervención puede extenderse a la cobertura del sistema de salud. La cobertura efectiva del sistema de salud en conjunto, esto es, la fracción de ganancia potencial en salud de la población que el sistema de salud puede esperar aportar, se obtiene agregando entre todas las intervenciones principales. La agregación implica que se le da un valor relativo a cada intervención individual por la máxima ganancia en salud de la población que puede lograrse a través de dicha intervención.³ Únicamente un método de agregación entre las intervenciones arrojará la definición de cobertura efectiva al nivel de la población. Esta función de agregación no es arbitraria, sino que más bien la requiere la definición de cobertura efectiva del sistema de salud.

Brechas y determinantes de la cobertura efectiva

Distintos debates en materia de políticas públicas traen a colación el papel de los diferentes factores que explican la cobertura efectiva de una intervención o de conjuntos de intervenciones. La atribución de las brechas en la cobertura efectiva a distintos determinantes constituye un importante insumo en los debates sobre políticas nacionales acerca de cómo incrementar la cobertura. Si la cobertura efectiva de fármacos para combatir la hipertensión arterial es sólo de 30%, ¿la causa es la falta de acceso físico a los servicios médicos? ¿O se debe a barreras económicas, a la incapacidad de los individuos para percibir la necesidad, a la baja capacidad de respuesta de los proveedores o bien a la mala calidad técnica?

Diversos factores se han vinculado con las brechas en la cobertura, incluyendo aspectos como estos: problemas de accesibilidad; baja capacidad para pagar los servicios; vacíos en necesidades no percibidas; diferencias en la capacidad de respuesta y fallas en la calidad técnica. En principio, se puede cuantificar el efecto de cada uno de estos factores y el hecho de investigar cómo manejarlos reduciría las brechas en la cobertura efectiva. Por ejemplo, el problema de accesibilidad, que mide el efecto de la distancia física, podría calcularse conociendo cuál sería el incremento en la cobertura efectiva actual si la distancia se redujera a cero. De manera alternativa, podemos preguntar cuál sería la reducción frente a un hipotético 100% de cobertura si las circunstancias actuales se introdujeran en un sistema en donde todos los demás factores están colocados en la situación óptima. El mismo tipo de análisis contrafactual podría llevarse a cabo para la cobertura efectiva de todo el sistema de salud y no sólo para intervenciones específicas. En distintas comunidades, diferentes factores de demanda y oferta serán más o menos importantes. Sin embargo, el marco de la cobertura efectiva daría lugar a una cuantificación comparable de esos factores.

La fórmula sería:

$$Q_{ij} = \frac{\sum_{k=1}^n HG_{ijk} U_{ijk}}{\sum_{k=1}^n U_{ijk} HG_{ijk} \mid P_k = P_k^{max}}$$

- Hg_{ij} es la ganancia en salud de la persona i que recibe la intervención j del proveedor k .
- U_{ijk} es la probabilidad de que la persona i escoja al proveedor k para la intervención j .
- P_k se refiere al desempeño del proveedor.
- Q_{ij} es un agregado de ganancia en salud específica del proveedor, en un conjunto de proveedores. Se define en una escala de 0 a 1 como la proporción de ganancia en salud potencial que puede esperarse que sea aportada.

La diferencia entre U_{ijk} en esta fórmula, y U_{ij} en la fórmula anterior, está en que U_{ijk} representa la probabilidad de utilizar los servicios de cualquier proveedor de un conjunto de proveedores disponibles, en tanto que U_{ij} se refiere a la probabilidad de escoger a un proveedor en particular.

$$EC_{ij} = \frac{\sum_{i=1}^n EC_{ij} HG_{ij} \Pr(N_{ij} = 1)}{\sum_{i=1}^n HG_{ij} \Pr(N_{ij} = 1)}$$

Donde:

- $\Pr(N_{ij} = 1)$ es la probabilidad de que un individuo necesite una intervención j , y
- Hg_{ij} es la ganancia en salud esperada de la intervención j .

Para formalmente llegar a:

$$EC = \frac{\sum_{j=1}^n EC_j HG_j \mid P_k = P_k^{max} \forall k = 1 \dots n}{\sum_{j=1}^n HG_j \mid P_k = P_k^{max} \forall k = 1 \dots n}$$

Estrategias de medición de la cobertura efectiva

En este apartado se discuten los aspectos prácticos de la medición de la cobertura del sistema de salud que deben manejarse para hacer operativo este enfoque. En primer lugar, se centra en los enfoques alternativos para la selección de intervenciones que deben incluirse en la medición de la cobertura efectiva. Posteriormente, se plantea una discusión detallada sobre las estrategias de medición y los requerimientos de información necesarios para estimar la cobertura específica por intervención, así como la cobertura efectiva del sistema de salud en su conjunto, considerando las intervenciones analizadas.

Selección de las intervenciones

Enfoque ideal

La definición formal de la cobertura efectiva de un sistema de salud requeriría información sobre todas las intervenciones en salud que ha incorporado el sistema. En la práctica, es imposible medir todas las intervenciones, inclusive en el más sofisticado sistema de salud. Así entonces, es necesario utilizar un subconjunto limitado de intervenciones para poder monitorear la cobertura efectiva del sistema de salud.

Este grupo de intervenciones debe seleccionarse, idealmente, con el fin de capturar el conjunto de intervenciones que pueden realizarse y que, de ponerse en marcha, acarrearían el mayor incremento en la salud de la población. Se han tomado en cuenta dos criterios: a) la posibilidad de desarrollarlas y b) la ganancia total en salud de la población.

a) La posibilidad de desarrollarlas significa que el costo anual de una vida saludable, lograda a través de una intervención, cae por debajo del precio máximo que una sociedad en particular está dispuesta a pagar para obtener un año de vida saludable. Como miembro de la Comisión de Macroeconomía y Salud, Jeffrey Sachs sostuvo que este precio máximo debería calcularse alrededor del triple del PIB per cápita. Independientemente del precio, resultaría improductivo monitorear la cobertura efectiva de una intervención que no se consideró como factible de desarrollar en un país.

b) El segundo criterio es la dimensión de la ganancia en salud de la población al implantar plenamente una intervención. Si sólo pueden monitorearse 20 ó 30 intervenciones, aquellas que fueron seleccionadas deberán, en caso de ser implantadas, tener un mayor impacto en la salud de la población. La formulación de esta lista de 20 a 30 intervenciones para un país requiere un considerable trabajo de análisis, aunque se puede apoyar en la base de datos WHO-CHOICE sobre costo efectividad de las intervenciones.

La aplicación práctica de las mediciones está limitada, como es obvio, a la disponibilidad de datos que permitan hacer inferencias válidas sobre las poblaciones de interés.

Futuras orientaciones

En un desarrollo posterior, los criterios para la selección de las intervenciones deberán tomar en cuenta:

- 1) la evidencia de la efectividad de una intervención y la capacidad de producir una ganancia significativa en salud;
- 2) la carga de enfermedad y la carga económica de un padecimiento que puede beneficiarse con la intervención;
- 3) la correspondencia y la consistencia con las prioridades nacionales en materia de salud;
- 4) equilibrio entre la atención preventiva y la curativa, y entre los padecimientos contagiosos, los no contagiosos y los vinculados con el ciclo de la vida, y
- 5) la economía en la obtención de información en el ámbito regional.

Estrategias de medición

La medición de la cobertura efectiva de cada indicador debe partir de tres preguntas: la primera, ¿cómo se identifican aquellos individuos que necesitan una intervención? La segunda, entre los individuos que necesitan una intervención, ¿cómo se identifican aquellos que la han recibido? Y la tercera, ¿cómo se mide la calidad de la intervención realizada? En los siguientes párrafos se destacan los métodos generales que pueden utilizarse para el manejo de estas preguntas, con base en el tipo de información disponible.

Medición de la necesidad de salud

En la identificación de la necesidad de una intervención en una población, resulta útil dividir las intervenciones en cuatro categorías: normativas, por síntoma único, por síntomas múltiples, e intervenciones con biomarcadores o pruebas de desempeño.

1. Normativas

Son las intervenciones para las cuales el grupo que se beneficiará al recibir la intervención está definido por una norma de población. Para estas intervenciones, el componente de necesidad real de la cobertura efectiva está determinado por la edad y el sexo, o por pertenecer a un grupo específico, como las mujeres embarazadas. Por ejemplo, las vacunas deben aplicarse a todos los niños menores de cinco años de edad, de acuerdo con un programa definido, o bien todas las mujeres embarazadas deben ser objeto de atención prenatal adecuada. En las intervenciones normativas, la mayoría de los esfuerzos se enfocan en valorar los componentes de utilización y calidad. En muchos casos, los autorreportes de edad, sexo y condición de embarazo se utilizan para definir al grupo objetivo a través de encuestas de hogares o de los registros de enfermedades.

2. Síntoma único

La necesidad de salud por síntoma único está definida por la presencia de una condición de salud, una lesión o un factor de riesgo que puede identificarse por la presencia de un solo síntoma. En consideración a que la condición de salud en este caso es relativamente fácil de identificar, la estrategia de medición por lo general se basa en el recuerdo de un síntoma autorreportado en las encuestas de hogares. Así entonces, la exactitud del método para identificar la necesidad dependerá, en gran medida, de la confiabilidad del autorreporte. Es importante analizar aspectos relativos al sesgo de memoria y a sus efectos en la medición. Es común el uso de autorreportes en una encuesta de hogar para un solo síntoma o síndrome, como diarrea, discapacidad visual o infección respiratoria.

3. Síntomas múltiples o complejo de síntomas

En este grupo, la necesidad de salud también se fundamenta en la presencia de una condición de salud. No obstante, el estado de enfermedad se caracteriza por múltiples síntomas o por un complejo de síntomas. En el caso de estas intervenciones, la exactitud del método para identificar la necesidad es superior cuando se utiliza un “estándar de oro” o un examen clínico, aunque en la práctica el uso de pruebas diagnósticas clínicas no es factible para la medición a nivel poblacional. Es el caso de muchos padecimientos crónicos, para los cuales la información acerca de la necesidad es extremadamente limitada. Para solucionar este problema se propone una estrategia de medición basada en información sintomática, recopilada a través de encuestas de población, que puede utilizarse para asignar una probabilidad de diagnóstico a cada participante en la encuesta. Las respuestas a los aspectos referidos a los síntomas identifican a los individuos que tienen una alta probabilidad de tener el padecimiento y determinan la necesidad de atención médica en una escala probabilística, a diferencia de la escala dicotómica de “enfermedad positiva” y “enfermedad negativa.” Este enfoque se denomina la Escala de Diagnóstico Probabilístico (EDP).⁴

El modelo está formado por tres componentes principales: el primero, es el conocimiento previo de la prevalencia de la enfermedad y al que se hace referencia como el “previo”. Este se obtiene, por lo general, de fuentes externas, y determina la expectativa inicial de la prevalencia de la enfermedad, antes de llevar a cabo cualquier prueba diagnóstica. El segundo elemento de información es la probabilidad de notificar el síntoma, dada la presencia del padecimiento. El tercer componente es la probabilidad de notificar el síntoma ante la ausencia de la enfermedad. Estos dos últimos componentes pueden derivarse de una muestra de conveniencia, donde los parámetros de respuesta a las preguntas se estiman aplicando el cuestionario a individuos seleccionados, con diagnóstico positivo y diagnóstico negativo.⁵

4. Biomarcadores

Para otro tipo de intervenciones puede utilizarse información derivada de biomarcadores, con el fin de evaluar la necesidad de la intervención. Este enfoque es particularmente útil en aquellas intervenciones orientadas a los padecimientos crónicos más comunes. La principal ventaja de utilizar biomarcadores para identificar la necesidad de salud es que esos datos aportan una medición directa de la condición de salud del individuo, evitando el error de medición potencial, derivado de estrategias indirectas. Otra ventaja es que para ciertos padecimientos los biomarcadores pueden resultar relativamente fáciles de recopilar en encuestas de población.

En caso de estar disponibles, los datos derivados de los biomarcadores podrían ser extremadamente útiles para medir la utilización de cierto tratamiento médico. Por ejemplo, los niveles de medicamento en sangre podrían permitir la medición directa de la utilización del tratamiento para padecimientos que incluyen hipertensión arterial, diabetes, colesterol alto, tuberculosis y depresión, así como permitir la medición de la carga viral en terapias antirretrovirales (TAR) para el SIDA. Se emplean también análisis sanguíneos de medicamentos o de biomarcadores que indiquen la intervención, como anticuerpos, debido a la vacunación.

Medición de la utilización

Existen diversas estrategias para identificar el componente de utilización en la medición de la cobertura efectiva. Dentro de las más desarrolladas pueden citarse el autorreporte y los inventarios de medicamentos en las encuestas de hogares, los registros de prestación de servicios y los biomarcadores.

Autorreportes sobre atención en encuestas de hogares

Para la mayoría de las intervenciones, la principal estrategia para medir la utilización la determina el autorreporte en las encuestas de población. Al igual que con los autorreportes utilizados para identificar las necesidades de salud, esta estrategia presenta las limitaciones características de los distintos tipos de sesgos, incluyendo el de memoria.⁶

Inventarios de medicamentos

Una estrategia alternativa que aún no se ha implantado de manera amplia es la utilización de inventarios de medicamentos para identificar la utilización de ciertas intervenciones. Este enfoque podría resultar particularmente útil en el caso de aquellas intervenciones donde se debe medir la utilización con base en el acatamiento de un tratamiento médico específico. El uso de inventarios de medicamentos reduce el sesgo del autorreporte y puede incrementar de manera significativa la calidad y la comparabilidad de los datos acerca de la utilización. La Encuesta Mundial de Salud, aplicada en 71 países, contiene un módulo sobre inventario de medicamentos para padecimientos como artritis, angina, asma, depresión, esquizofrenia, tuberculosis, VIH/SIDA y diabetes. Esta información deberá analizarse más a fondo con el fin de investigar el uso de esta estrategia para estimar la cobertura efectiva.

Registros de realización de intervenciones

La utilización también puede medirse a través de los registros de realización de intervenciones en las instalaciones de los servicios de salud. Esta estrategia puede resultar económica y proporcionar información más detallada acerca de los procedimientos médicos realizados. No obstante, los datos de los servicios también pueden presentar desventajas. El principal problema es la subrepresentación del sector privado y, en algunos casos, de la seguridad social, puesto que requiere un sistema de información integrado que a menudo no está disponible en los países de bajo y, a veces, de mediano ingreso.

Inclusive, cuando existe un buen sistema de información, distintas prácticas médicas y procedimientos de notificación pueden llevar a una imposibilidad de comparación entre la población. Otra desventaja radica en el potencial de sesgos a través de incentivos de utilización, que puede conducir a cifras de sobrerreportes o de subreportes.

Medición de la calidad

La medición del componente de calidad de una intervención constituye la tarea más difícil en la mayoría de las intervenciones. Como se ha definido en la sección anterior, se requiere información de las ganancias en salud esperadas a partir de una intervención realizada por un conjunto de proveedores y de las ganancias potenciales en salud en condiciones ideales. Estas últimas pueden obtenerse de los análisis de costo efectividad. Una fuente útil es la base de datos WHO-CHOICE, la cual proporciona información sobre la ganancia potencial en salud de una amplia lista de intervenciones clave. Empero, el verdadero reto en la medición radica en evaluar la ganancia en salud esperada de una intervención, a partir de un conjunto disponible de proveedores (el numerador en la proporción de calidad). Para ciertas intervenciones, es posible desarrollar estrategias potenciales para obtener formas válidas y confiables con objeto de medir la calidad.

Biomarcadores

Entre las estrategias que ya se han desarrollado para intentar medir la calidad están aquellas basadas en mediciones previas y posteriores de un punto final biológico. Entre los ejemplos sobresalientes se encuentra el cultivo del esputo al final del tratamiento contra la tuberculosis y la prevalencia de anticuerpos en los principales antígenos de las vacunas. Para otras condiciones de salud, como la diabetes, la hipertensión arterial y el colesterol alto, pueden utilizarse los cambios en la hemoglobina glucosilada A1C, la presión sanguínea y los niveles de colesterol con el propósito de medir la efectividad del tratamiento.

Una medida directa de la calidad con esta estrategia requiere datos procedentes de una observación de dos periodos (antes y después del tratamiento). Pero en algunas ocasiones los biomarcadores sólo están disponibles para un punto en el tiempo en un estudio transversal. En estos casos, pueden utilizarse las técnicas de estimación transversales para identificar el impacto del tratamiento en la

condición de salud de un individuo. Existen diversas opciones que pueden explorarse en este caso y cada una presenta ventajas y desventajas. Entre las más importantes están las técnicas de pareamiento, las variables instrumentales y otros modelos de regresión multivariada.

Autorreporte

Las medidas de calidad para ciertas intervenciones pueden obtenerse utilizando el autorreporte sobre el efecto de la intervención. Esta estrategia no está exenta de los sesgos potenciales que ya se han discutido con anterioridad y que son comunes al autorreporte en las encuestas de población.

Medidas del proceso

Cuando los datos acerca de la ganancia en salud de una intervención no están disponibles y la medida de la calidad no puede estimarse, puede recurrirse a un enfoque alternativo que consiste en emplear medidas del proceso como sustitutos de la calidad. Estas medidas del proceso, que por lo general se obtienen del autorreporte en las encuestas de población, tienen el propósito de reflejar el nivel de la calidad de la intervención. Otra estrategia para establecer la ganancia en salud proveniente de una intervención incluye la calidad aproximada con datos que miden indirectamente la relación de procesos (process proxy) para ganancia en salud, como los componentes de la atención prenatal.⁷

Tasas de mortalidad

El ajuste del riesgo de las tasas de fallecimiento durante un periodo de observación puede utilizarse como una medida directa de la calidad de una intervención. Las tasas de mortalidad para este propósito pueden construirse a partir de diferentes fuentes, incluyendo los egresos hospitalarios. Si bien resulta atractivo el empleo de los datos hospitalarios para calcular las tasas de mortalidad, plantea además el reto clave de generalizar los resultados a grupos de individuos que pueden haber quedado excluidos del análisis. En otras palabras, si las tasas de fallecimiento empleadas para evaluar la calidad no son representativas de la experiencia del total de la población que requiere las intervenciones, la medida de calidad necesariamente estará sesgada.

- La probabilidad de que un sujeto i tenga un padecimiento (D_i^+) con base en sus respuestas k a las preguntas sintomáticas $Q_{i1} \dots Q_{ik}$ puede estimarse mediante un modelo Bayesiano:

$$\Pr(D_i^+ | Q_{i1} \dots Q_{ik}) = \frac{\Pr(D_i^+) \prod_{k=1}^K \Pr(Q_{ik} | D_i^+)}{\Pr(D_i^+) \prod_{k=1}^K \Pr(Q_{ik} | D_i^+) + [1 - \Pr(D_i^+)] \prod_{k=1}^K \Pr(Q_{ik} | D_i^-)}$$

Donde

$P(D^+)$ es el previo,

$\Pr(Q_{ik} | D_i^+)$ es la probabilidad de notificar el síntoma dada la presencia de la enfermedad, y

$P(Q^+ | D^-)$ es la probabilidad de notificar el síntoma ante la ausencia del padecimiento.

- De manera específica, es posible estimar $\Pr^-(Q_{ik} | D_i)$ de una muestra de participantes en la encuesta que se analice y que hayan contestado “no” a todas las preguntas de diagnóstico autorreportado.
- La probabilidad predicha de haber recibido tratamiento cuando la probabilidad de tener el padecimiento es igual a 0, representa una estimación de la cantidad de diagnósticos erróneos en el caso de ese padecimiento o condición de salud.

Cobertura Efectiva en América Latina y el Caribe



Resultados comparados

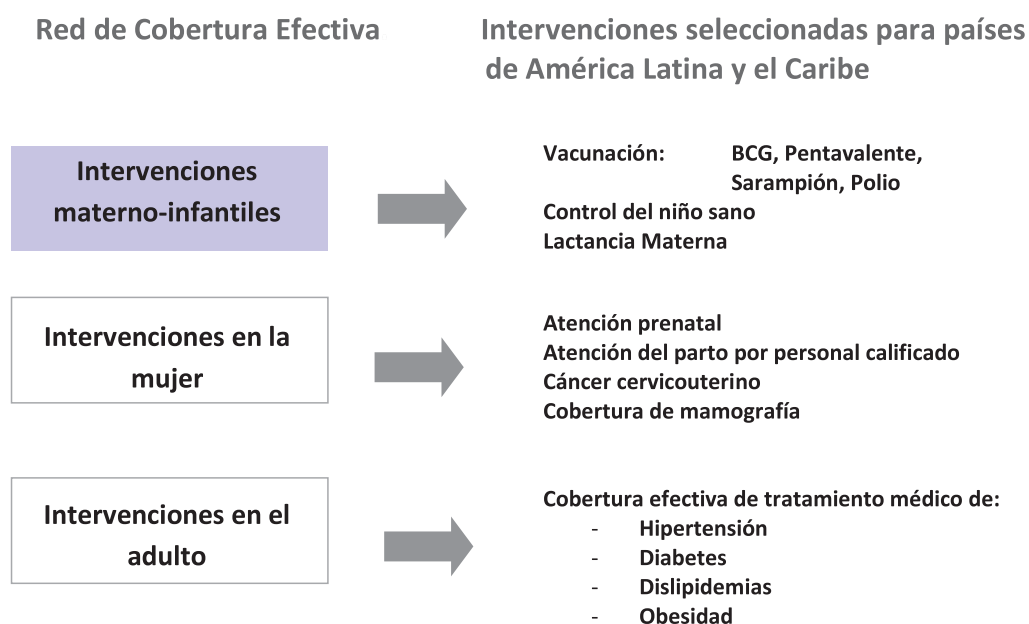
Con el propósito de tener una visión general de los resultados, a continuación aparecen las definiciones de los indicadores y los resultados generales de cada uno de los países miembros de la red (Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Perú y República Dominicana). Se incluyen, además, los resultados de Honduras y Haití.

Selección de intervenciones

El Observatorio de la Salud (OS) lanzó en 2008 la Red de Cobertura Efectiva en América Latina y el Caribe, con la finalidad de promover la aplicación de esta métrica en diversas naciones de la región.

Para la evaluación comparativa de los sistemas de salud de los países de América Latina y el Caribe, los integrantes de la Red de Cobertura Efectiva seleccionaron 11 indicadores de cobertura efectiva que abarcan tres grandes áreas: salud infantil, salud de la mujer y salud del adulto. Para cada una de ellas se seleccionaron distintas intervenciones (ver gráfica 1). Estas intervenciones tuvieron en cuenta las seleccionadas en el estudio mexicano de 2006; se agregaron unas y se sustituyeron otras por problemas que fueran de interés común para los sistemas nacionales de salud de la región.

Grafica 1. Intervenciones seleccionadas para países de América Latina y el Caribe.



Definición de los indicadores de cobertura efectiva

Salud infantil

Dentro de este grupo se realizaron los cálculos de las coberturas para vacunación, crecimiento y desarrollo del niño sano y lactancia materna. En vacunación se incluyeron mediciones para:

- BCG (Antituberculosa)
- DPT (Difteria -Tos ferina - Tétanos) o pentavalente
- VOP (Vacuna oral de polio)
- SRP (Antisarampión).

En vacunación se calculó la oportunidad en niños con tarjeta de vacunación, dado que no todos los países contaban con información sobre anticuerpos protectores (biomarcadores). Esta se calculó para los niños que tienen su fecha de vacunación marcada en su tarjeta, y se definió la proporción de ellos que recibió sus vacunas a tiempo, de acuerdo con unos parámetros definidos por consenso entre los miembros de la red.

El indicador de control del niño sano se analizó teniendo en cuenta el número de visitas de control de crecimiento en menores de un año.

Para lactancia materna, el grupo de trabajo determinó en primer momento considerar lactancia exclusiva. Sin embargo, como varios países no contaban con este tipo de datos, se decidió utilizar como cobertura la lactancia en menores de 6 meses y considerar su relación con el desarrollo de patologías como enfermedad diarreica aguda (EDA) o síntomas de infección respiratoria aguda (IRA), como una aproximación del componente de calidad aunque reconocemos que es una medida imprecisa.

Cuadro 1. Intervenciones en salud infantil. Definiciones.

Intervenciones en salud infantil	Cobertura	Necesidad	Utilización	Calidad
BCG (oportunidad)	Se define como la proporción de niños que fueron vacunados con BCG durante el primer mes de vida (30 días).	Niños menores de 30 días.	Medida en términos de la fecha de vacunación reportada en la tarjeta. Para efectos de este trabajo se tuvieron en cuenta los menores de 5 años que fueron vacunados durante el primer mes de vida (30 días), de acuerdo con la fecha de la tarjeta de vacunación.	No se cuenta con información.

...

■ ■ ■

Intervenciones en salud infantil	Cobertura	Necesidad	Utilización	Calidad
DPT o Pentavalente (oportunidad)	Definida como la proporción de niños que fueron vacunados a los 8 meses de vida con tercera dosis de DPT o Pentavalente.	Niños mayores de 6 meses, ya que a partir de esta edad deben contar con la tercera dosis de la vacuna. Para este trabajo se determinó un periodo de “ventana” de 2 meses para realizar los cálculos; es decir, niños de 8 meses.	Medida en términos de fecha de vacunación reportada en la tarjeta. Se tuvieron en cuenta los menores de 5 años que fueron vacunados con tercera dosis de DPT o Pentavalente a los 8 meses de vida.	No se cuenta con información.
VOP (oportunidad)	Definida como la proporción de niños que fueron vacunados a los 8 meses de vida con tercera dosis de VOP.	Niños mayores de 6 meses, ya que a partir de esta edad deben contar con la tercera dosis de la vacuna. Para este trabajo se determinó un periodo de “ventana” de 2 meses para realizar los cálculos; es decir, niños de 8 meses.	Medida en términos de fecha de vacunación reportada en la tarjeta. Se tuvieron en cuenta los menores de 5 años que fueron vacunados con tercera dosis de VOP a los 8 meses de vida.	No se cuenta con información.
Sarampión (oportunidad)	Definida como la proporción de niños que fueron vacunados a los 15 meses contra sarampión.	Niños menores de 15 meses.	Medida en términos de la fecha reportada en la tarjeta de vacunación. Se tuvieron en cuenta los menores de 5 años que fueron vacunados contra sarampión a los 15 meses de vida.	No se cuenta con información.
Cobertura de vacunación (independiente de la fecha)	Definida como la proporción de niños menores de 59 meses vacunados.	Niños menores de 59 meses.	Reporte de la tarjeta de vacunación y reporte de la madre.	No se cuenta con información.
Control de crecimiento y desarrollo del niño sano	Definida como la proporción de niños menores de 1 año que han sido llevados al menos cinco veces a control de peso y talla.	Niños menores de 1 año.	Niños menores de 1 año que han sido llevados a control de peso y talla.	
Lactancia materna	Proporción de niños menores de 6 meses con lactancia exclusiva.	Niños menores de 6 meses.	Reporte de lactancia exclusiva en madres entrevistadas.	Medida en términos de desarrollo de enfermedad diarreica aguda (EDA) e infección respiratoria aguda (IRA).

El siguiente cuadro presenta el resumen de la información proporcionada por cada país, sus variaciones en el grupo de edad considerado y el año al que corresponden los datos.

Cuadro 2. Intervenciones de salud infantil. Características de la información proporcionada por cada país.

Intervención	Definición de cobertura	Bolivia	Colombia	Chile	Costa Rica	Haití	Honduras	México	Perú	Rep. Dominicana
BCG	Se define como la proporción de niños que fueron vacunados con BCG durante el primer mes de vida (30 días).	Sí Datos de 2008	Sí Datos de 2005	Recién nacido Datos 2008	Sí Datos de 2008	Sí Datos de 2005-2006	Sí Datos de 2005-2006	Sí Niños < 5 años Datos 2006	Sí Datos de 2006	Sí Datos de 2007
DPT o Pentavalente	Definida como la proporción de niños que fueron vacunados a los 8 meses de vida con tercera dosis de DPT o Pentavalente.	Sí Datos de 2008	Sí Datos de 2005	Menor de 6 meses Datos 2008	Menor de 6 meses Datos 2008	Sí Datos de 2005-2006	Sí Datos de 2005-2006	Sí Niños < 5 años Datos 2006	Sí Datos de 2006	Sí Datos de 2007
VOP	Definida como la proporción de niños que fueron vacunados a los 8 meses de vida con tercera dosis de VOP.	Sí Datos de 2008	Sí Datos de 2005	Menor de 6 meses Datos 2008	Menor de 6 meses Datos 2008	Sí Datos de 2005-2006	Sí Datos de 2005-2006	Sí Niños de 13 a 59 meses Datos 2006	Sí Datos de 2006	Sí Datos de 2007
Sarampión	Definida como la proporción de niños que fueron vacunados a los 15 meses contra sarampión.	Sí Datos de 2008	Sí Datos de 2005	Menor de un año Datos 2008	Sí Datos de 2008	Sí Datos de 2005-2006	Sí Datos de 2005-2006	Sí Niños de 19 a 59 meses Datos 2006	Sí Datos de 2006	Sí Datos de 2007
Control de crecimiento y desarrollo	Definida como la proporción de niños menores de 1 año que han sido llevados al menos 5 veces a control de peso y talla.	No disponible	Sí Datos de 2005	Niños < 2 años bajo control (sector público) Datos 2008	Sí (sector público) Datos 2007	No disponible	Sí <1 año control mensual o bimestral Datos 2005-2006	Sí Datos 2006	No fue posible hacer la estimación por falta de información	No disponible
Lactancia materna exclusiva	Proporción de niños menores de 6 meses con lactancia exclusiva.	No disponible	No disponible	Sí Datos de 2008	Sí Datos de 2006	No disponible	No disponible	Lactancia en general Datos 2006	No disponible	No disponible
Lactancia sin EDA	Proporción de niños menores de 6 meses con lactancia y que no habían desarrollado diarrea en los últimos 15 días.	No disponible	Sí Datos de 2005	No se incluye	No se incluye	Sí Datos de 2005-2006	Sí Datos de 2005-2006	Sí Datos 2006	Sí Datos de 2006	Sí Datos de 2007
Lactancia sin IRA	Proporción de niños menores de 6 meses con lactancia y que no habían desarrollado IRA.	No disponible	Sí Datos de 2005	No se incluye	No se incluye	Sí Datos de 2005-2006	Sí Datos de 2005-2006	Sí Datos 2006	Sí Datos de 2006	Sí Datos de 2007

Resultados

Como se muestra a continuación, Chile tiene las coberturas más altas en términos de oportunidad de la vacunación para BCG, DPT (tercera dosis), VOP (tercera dosis) y SRP. A pesar de que este cuadro sólo presenta los resultados nacionales, dentro de los países se aprecian diferencias importantes entre regiones, lo que puede sugerir problemas en el acceso a los servicios que ofrecen los sistemas de salud de los países analizados.

Cuadro 3. Cobertura de las intervenciones en salud infantil. (Porcentaje)

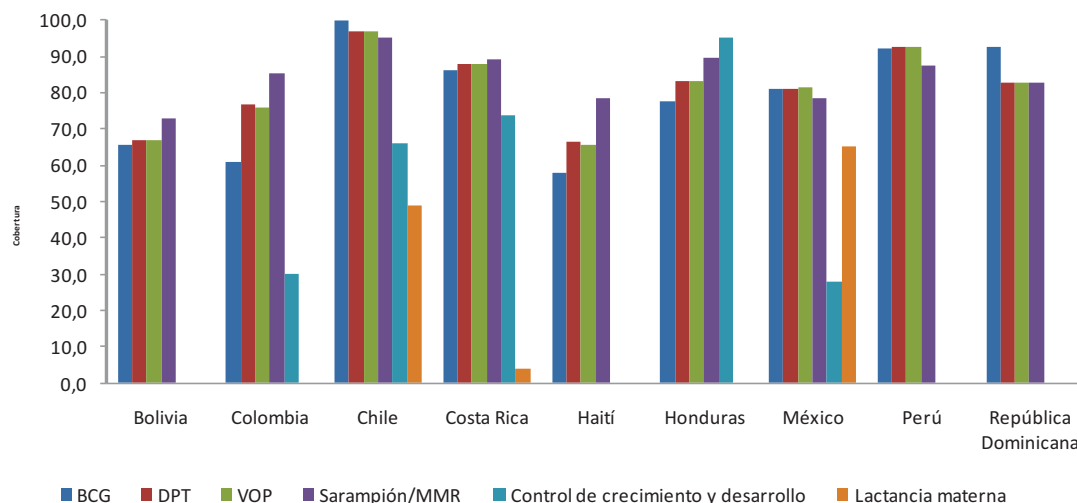
Intervención	Bolivia	Colombia	Chile	Costa Rica	Haití	Honduras	México*	Perú	República Dominicana
BCG (oportunidad)	65.6	61.0	100.0	86.0	57.9	77.8	80.9	92.2	92.8
DPT (oportunidad)	67.0	76.7	97.0	88.0	66.6	83.2	80.9	92.6	82.6
VOP (oportunidad)	66.9	76.0	97.0	88.0	65.7	83.1	81.6	92.5	82.7
Sarampión/MMR (oportunidad)	73.0	85.4	95.0	89.0	78.6	89.8	78.7	87.5	82.6
Control de crecimiento y desarrollo	-	30.2	66.0	74.0	-	95.3**	28.0	-	-
Lactancia materna	-	-	49.0+	4.01+	-	-	65.4***	-	-

* Los datos se refieren a cobertura cruda sin medición de oportunidad.

** Menores de 1 año que han sido llevados a control de crecimiento mensual o bimensualmente.

*** En el caso de lactancia es en general; no se capta lactancia exclusiva.

+ Lactancia exclusiva (no se mide en términos de EDA o síntomas de IRA).

Gráfica 2. Cobertura de las intervenciones en salud infantil en países de América Latina y el Caribe.

*En vacunación se refiere a oportunidad (BCG, DPT, VOP, SRP)

Salud de la mujer

Este grupo de mediciones comprende diferentes indicadores. Entre ellos están: control prenatal, atención del parto, citología (detección de cáncer de cuello uterino) y mamografía (detección de cáncer de mama). Estos indicadores fueron calculados en mujeres entre 15 y 19 años, así como en mujeres entre 20 y 49 años.

Cuadro 4. Intervenciones en salud de la mujer. Definiciones.

Salud de la mujer	Cobertura	Necesidad	Utilización	Calidad
Control prenatal	Proporción de mujeres que durante el embarazo más reciente (en los últimos 5 años) asistieron al menos a cuatro controles prenatales de calidad, es decir, que les hubiesen tomado tensión arterial, les hubieran ordenado exámenes de sangre y orina, les hubieran medido el peso, fetocardia y altura uterina.	Mujeres que durante los últimos 5 años estuvieron en embarazo (último embarazo).	Mujeres que durante su último embarazo asistieron al menos cuatro veces a control prenatal de calidad.	Medida en términos de bajo peso al nacer.

Salud de la mujer	Cobertura	Necesidad	Utilización	Calidad
Atención del parto por personal calificado	Proporción de mujeres que durante su último parto fueron atendidas por personal calificado (médico, enfermera, obstetra, personal de salud).	Mujeres que en los últimos cinco años dieron a luz (último parto).	Mujeres que durante el último parto (últimos cinco años) fueron atendidas por personal calificado.	Medida en términos de complicaciones durante el parto o mortalidad materna.
Atención del parto institucional	Proporción de mujeres que durante su último parto (últimos cinco años) fueron atendidas en una institución de salud.	Mujeres que en los últimos cinco años dieron a luz (último parto).	Mujeres que durante el último parto fueron atendidas en una institución de salud.	
Detección de cáncer cervicouterino	Proporción de mujeres a las que durante el último año les practicaron una citología. En los países donde fue posible obtener información sobre tratamiento, la cobertura efectiva se definió como la proporción de mujeres que fueron tratadas luego de encontrar un resultado positivo durante el diagnóstico.	Mujeres entre 15 y 49 años. * Para este indicador se diferenciaron los siguientes grupos de edad: mujeres menores de 25 años, entre 25 y 49 años y mayores de 50 años.	Mujeres entre 15 y 49 años a quienes les practicaron citología durante el último año.	Medida en términos de la proporción de mujeres que han tenido resultados anormales y que han sido tratadas.
Detección de cáncer de mama	Proporción de mujeres de 40 a 49 años a las que durante el último año les practicaron una mamografía.	Mujeres entre 40 y 49 años.	Mujeres entre 40 y 49 años a quienes les practicaron mamografía en el último año.	Medida en términos de mujeres que han tenido resultados anormales y que han recibido tratamiento.

El siguiente cuadro ofrece un resumen de lo que suministró cada país:

Cuadro 5. Intervenciones de salud de la mujer. Características de la información proporcionada por cada país.

Intervención	Definición de cobertura	Bolivia	Colombia	Chile	Costa Rica	Haití	Honduras	México	Perú	Rep. Dominicana
Control prenatal	Proporción de mujeres que durante el último embarazo (en los últimos 5 años) asistieron al menos a cuatro controles prenatales de calidad, es decir que le hubiesen tomado tensión arterial, le hubieran ordenado exámenes de sangre y orina, le midieran el peso, fetocardia y altura uterina.	Sí Datos 2008	Sí Datos 2005	Mujeres que ingresan antes de las 14 semanas a control prenatal (sector público) Datos 2008	Sí (sector público) Datos 2007	Mujeres de 15-49 años Datos 2005-2006	Mujeres de 15-49 años Datos 2005-2006	Mujeres de 20-49 años Últimos 3 años Datos 2004-2006	Mujeres de 15-49 años Datos 2004-2006	Mujeres de 15-49 años Datos 2007
Atención del parto por personal calificado	Proporción de mujeres que durante su último parto fueron atendidas por personal calificado (médico, enfermera, obstetra, personal de salud).	Parto más reciente en los últimos 5 años atendido por médico Datos 2008	Sí Datos 2005	Mujeres entre 15 a 49 años Datos 2008	Sí Total de nacimientos Datos 2008	Mujeres de 15-49 años Datos 2005-2006	Mujeres de 15-49 años Datos 2005-2006	Mujeres de 15-49 años Datos 2004-2006	Mujeres de 15-49 años Datos 2004-2006	Mujeres de 15-49 años Datos 2007
Atención del parto institucional	Proporción de mujeres que durante su último parto (últimos cinco años) fueron atendidas en una institución de salud.	Sí Datos 2008	Mujeres entre 15-49 años Datos 2005	Total de recién nacidos Datos 2008	Sí Total de nacimientos Datos 2008	Mujeres de 15-49 años Datos 2005-2006	No disponible	Mujeres de 15-49 años Datos 2004-2006	No disponible	Mujeres de 15-49 años Datos 2007
Detección de cáncer cérvicouterino	Proporción de mujeres que durante el último año le practicaron una citología. En los países donde fue posible obtener información sobre tratamiento, la cobertura efectiva se definió como la proporción de mujeres que fueron tratadas luego de encontrar un resultado positivo durante el diagnóstico.	Mujeres menores de 25 años con tres papanicolau en los últimos 3 años Datos 2008	Mujeres entre 15-69 años que en los últimos 3 años se practicaron citología Datos 2005	Mujeres entre 25-64 años Datos 2006 Mujeres > 17 años. Datos 2003	Sí Población blanco < 35 años y > 35. Cobertura institucional Datos 2007	No fue posible hacer la estimación por falta de información	Mujeres de 25 a 49 años con citología durante el último año Datos 2005-2006	Mujeres de 18-69 años que se practicaron examen en el último año Datos 2006	No fue posible hacer la estimación por falta de información	Mujeres < 25 años y > 25 años con citología en el último año Datos 2007
Detección de cáncer de mama	Proporción de mujeres de 40 a 49 años que durante el último año le practicaron una mamografía.	No disponible	Mujeres entre 40-69 años que tenían una mamografía realizada en el último año Datos 2005	Mujeres de 50 años y más (sector público) Datos 2008	No fue posible hacer la estimación por falta de información	No fue posible hacer la estimación por falta de información	Proporción de mujeres que alguna vez se han practicado mamografía Datos 2005-2006	Proporción de mujeres de 40-69 años con mamografía en el último año Datos 2006	No fue posible hacer la estimación por falta de información	Mujeres de 40-49 años con mamografía en el último año Datos 2007

Resultados

En lo referente a la salud materna, se analizaron los indicadores de control prenatal de calidad y atención del parto. En el primer indicador, República Dominicana obtuvo la mayor cobertura, mientras que en la atención del parto por personal calificado se encontró cercana al 100% en Chile; México y Colombia obtuvieron coberturas superiores al 90%. Por otra parte, la atención institucional del parto fue superior en Costa Rica y República Dominicana. Estos resultados podrían sugerir que dichos países han tenido como prioridad la disminución de la mortalidad materna y, de ahí, el énfasis en mejorar el control prenatal y la atención del parto.

Cuadro 6. Cobertura de intervenciones en salud de la mujer. (Porcentaje)

Mujer	Bolivia	Colombia	Chile	Costa Rica	Haití	Honduras	México	Perú	República Dominicana
Control prenatal	54.1++	75.3***	78.8	64.0	55.6	89.8	86.6	92.4	90.6
Atención del parto por personal calificado	75.1	90.1	99.7	-	56.4	57.3	92.7	60.6	98.3
Atención del parto institucional	71.7	92.2		98.9	27.2		92.7		98.3
Citología*	11.7°	75.8	47.0	22.0**	-	70.5	36.0	-	52.8
Mamografía	-	16.4	79.7	-	-	18.9+	16.4	-	20.1

* Cobertura cruda

** En mayores de 35 años

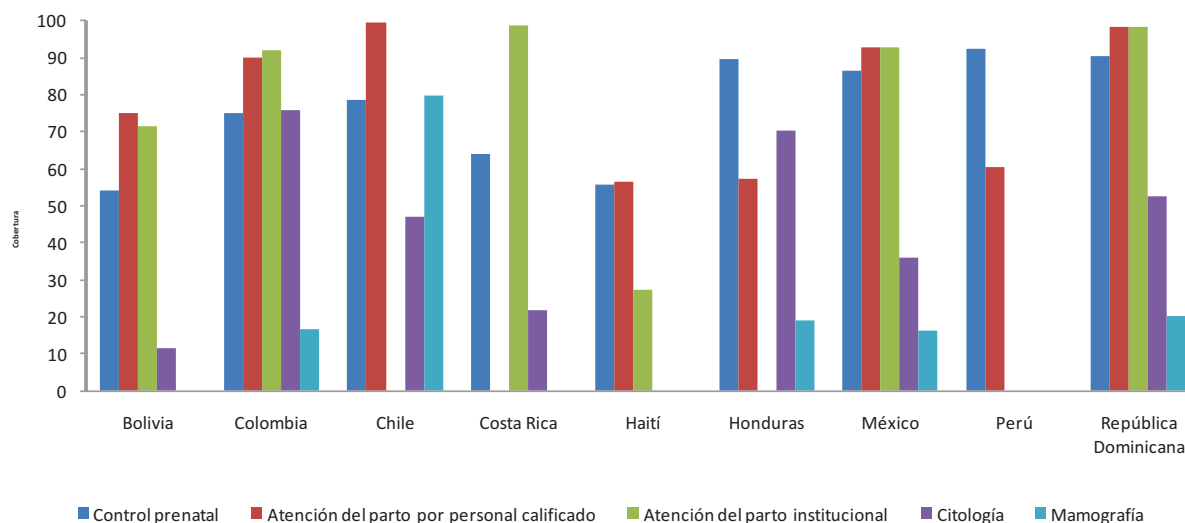
*** Calidad sólo incluye mediciones de sangre y orina

+ Alguna vez se ha practicado una mamografía

++ Sólo incluye análisis de sangre y medición de tensión arterial

° Al menos tres Papanicolau en los últimos tres años

El control prenatal de Costa Rica incluye 5 visitas. Las mediciones de citología y mamografía en Colombia sólo aplicó para mujeres que han tenido relaciones sexuales.

Gráfica 3. Cobertura de intervenciones de la salud de la mujer en países de América Latina y el Caribe. (Porcentaje)

Enfermedades crónicas

La cobertura efectiva del tratamiento de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, dislipidemias y diabetes en personas entre 18 y 69 años, se pudo obtener de sólo algunos países como Chile, Colombia y México quienes contaron la información suficiente para la construcción del indicador.

Cuadro 7. Intervenciones en salud del adulto. Definiciones.

Enfermedades crónicas	Cobertura	Necesidad	Utilización	Calidad
Tratamiento de hipertensión arterial	Proporción de personas entre 18 y 69 años con diagnóstico de hipertensión arterial (140/90) que se encuentran en tratamiento y que están controlados.	Personas entre 18 y 69 años diagnosticadas con HTA. *Para este indicador se diferenciaron los siguientes grupos de edad: 18 a 29 años, 30 a 49 años y 50 a 69 años.	Personas diagnosticadas con HTA que se encuentran en tratamiento farmacológico.	Medida en términos de los pacientes diagnosticados con HTA que se encuentran en tratamiento y que están controlados.

■ ■ ■

Enfermedades crónicas	Cobertura	Necesidad	Utilización	Calidad
Tratamiento de diabetes	Proporción de personas entre 18 y 69 años diagnosticados con diabetes (glucemias superiores a 126 mg/dl) que se encuentran en tratamiento y que además están controlados.	Personas entre 18 y 69 años diagnosticadas con diabetes. *Para este indicador se diferenciaron los siguientes grupos de edad: 18 a 29 años, 30 a 49 años y 50 a 69 años.	Personas diagnosticadas con diabetes que se encuentran en tratamiento farmacológico.	Medida en términos de los pacientes diagnosticados con diabetes que se encuentran en tratamiento y que están controlados.
Tratamiento de hipercolesterolemia	Proporción de personas entre 18 y 69 años con colesterol superior a 200 mg/dl que se encuentran en tratamiento y que además están controlados.	Personas entre 18 y 69 años diagnosticadas con hipercolesterolemia.	Personas con cifras de colesterol superiores a 200 mg/dl que se encuentran en tratamiento.	En términos de pacientes diagnosticados que se encuentran controlados.

En el cuadro siguiente aparecen las características de la información entregada por cada país para las intervenciones de salud del adulto. Como podrá observarse, fue el bloque con el que menos información se contó, en la mayoría de los casos por inexistencia de datos, tanto a través de encuestas como de registros rutinarios, que permitiera hacer el cálculo de cobertura cruda o efectiva.

Cuadro 8. Intervenciones de salud del adulto. Características de la información proporcionada por cada país.

Intervención	Definición de cobertura	Bolivia	Colombia	Chile	Costa Rica	Haití	Honduras	México	Perú	Rep. Dominicana
Tratamiento de hipertensión arterial	Proporción de personas entre 18 y 69 años con diagnóstico de hipertensión arterial (140/90) que se encuentran en tratamiento y que se encuentran controlados.	No disponible	Sí Datos 2005	Mayores de 17 años (sector público) Datos 2003	Consultas otorgadas en el primer nivel de atención (sector público) Datos 2007	No fue posible hacer la estimación por falta de información	No disponible	Sí Datos 2006	No fue posible hacer la estimación por falta de información	No fue posible hacer la estimación por falta de información
Tratamiento de diabetes	Proporción de personas entre 18 y 69 años diagnosticados con diabetes (glucemias superiores de 126 mg/dl) que se encuentran en tratamiento y que además se encuentran controlados.	No disponible	Sí Datos 2005	Mayores de 17 años (sector público) Datos 2003	Control glicérico para diabetes mellitus tipo II en el primer nivel de atención (sector público) Datos 2007	No fue posible hacer la estimación por falta de información	No disponible	No disponible	No fue posible hacer la estimación por falta de información	No fue posible hacer la estimación por falta de información
Tratamiento de hipercolesterolemia	Proporción de personas entre 18 y 69 años con colesterol superior de 200 mg/dl que se encuentran en tratamiento y que además se encuentran controlados.	No disponible	No disponible	Mayores de 17 años (sector público) Datos 2003	No fue posible hacer la estimación por falta de información	No fue posible hacer la estimación por falta de información	No disponible	Sí Datos 2006	No fue posible hacer la estimación por falta de información	No fue posible hacer la estimación por falta de información
Tratamiento de obesidad		No disponible	No disponible	Mayores de 17 años obesos Datos 2003	No disponible	No fue posible hacer la estimación por falta de información	No disponible	No disponible	No fue posible hacer la estimación por falta de información	No fue posible hacer la estimación por falta de información

Resultados

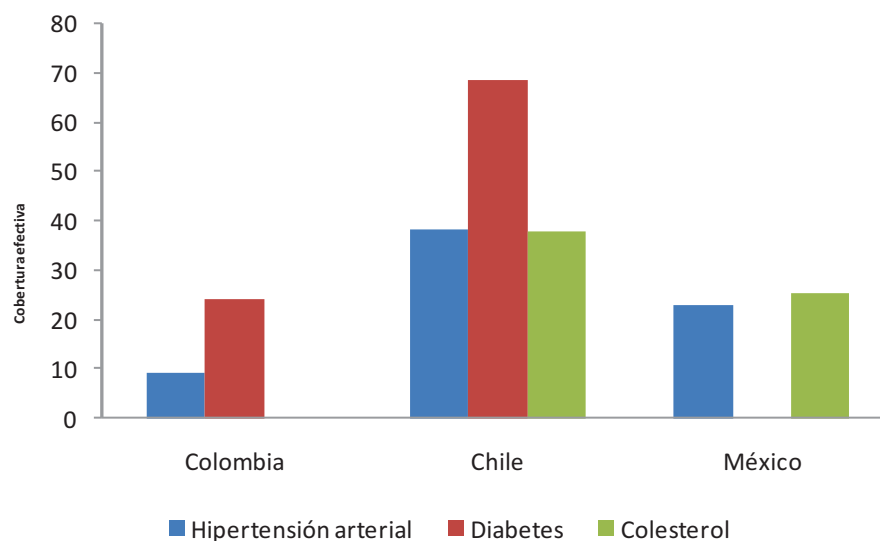
Para este grupo de indicadores sólo fue posible obtener información de Chile, Colombia, Costa Rica y México. No se incluyeron los resultados de Costa Rica, puesto que la medición no fue comparable con los demás países.

En el cuadro 8 se aprecia la necesidad de mejorar las intervenciones en esta clase de enfermedades, teniendo en cuenta que ocupan un lugar importante dentro de las causas de morbilidad, mortalidad y discapacidad en la población adulta.

Cuadro 9. Cobertura en enfermedades crónicas. (Porcentaje)

Enfermedades crónicas	Bolivia	Colombia	Chile	Costa Rica*	Haití	Honduras	México	Perú	República Dominicana
Hipertensión arterial	-	9.0	38.4	-	-	-	23.0	-	-
Diabetes	-	24.1	68.4	-	-	-	-	-	-
Colesterol	-	-	38.0	-	-	-	25.3	-	-

*Los resultados de Costa Rica no se incluyen en este cuadro debido a que no son comparables con las mediciones de los demás países.

Gráfica 4. Cobertura de las intervenciones en enfermedades crónicas en países de América Latina y el Caribe. (Porcentaje)

Cobertura efectiva por país



Bolivia

Cecilia Vidal

El sistema de salud boliviano se compone de varios subsectores: el subsector público, liderado por el Ministerio de Salud y Deportes, se encarga de la regulación y conducción de políticas y estrategias nacionales. El subsector de seguridad social, responsable de atender a los trabajadores organizados, provee atención para riesgos profesionales, maternidad, niñez y enfermedad. El subsector privado, que incluye las compañías de seguros y medicina prepagada y, finalmente, el subsector de la medicina tradicional, el cual tiene como objetivo la atención de las personas indígenas, afrobolivianas y campesinas.¹ El sistema de salud se encuentra fragmentado: predomina el pago directo, el cual sólo puede ser cancelado por las personas asalariadas. Quienes cuentan con mayores ingresos acuden a los servicios de medicina prepagada, mientras que las personas de bajos ingresos recurren a la medicina tradicional.^{1/}

Bolivia cuenta con más de ocho millones de habitantes, según cifras del censo de 2001. La esperanza de vida, para 2005, se encontraba en 63 años para hombres y 67 años para mujeres. La tasa de mortalidad infantil en 2008 se hallaba en 49/1000 nacidos vivos y la razón de mortalidad materna en 229/100.000 nacidos vivos, para el año 2003.¹

Metodología

Para realizar los cálculos para los indicadores de cobertura efectiva se identificaron las fuentes de información necesarias. En el caso de Bolivia, se cuenta con la información de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) de 2008. Esta encuesta es representativa a nivel departamental: se encuestaron aproximadamente 20.000 hogares. Se revisó cada una de las preguntas relacionadas con los indicadores propuestos, con el fin de establecer si a partir de la información era posible determinar la necesidad, la utilización y la calidad de las intervenciones. Además, se realizó una revisión de la normatividad asociada a cada uno de los indicadores, con el fin de obtener mediciones homogéneas entre todos los países.

Para la medición de la necesidad, se tuvieron en cuenta las definiciones de la Red de Cobertura Efectiva. La utilización se determinó mediante los resultados arrojados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud para cada grupo de indicadores. Dado que la encuesta no permite realizar mediciones sobre la calidad de las intervenciones, se planteó realizar una aproximación a la calidad mediante la medición de otras variables que permitieran estimar la calidad de las intervenciones; por ejemplo, para la atención del parto, la calidad puede aproximarse mediante la medición del número de complicaciones durante este.

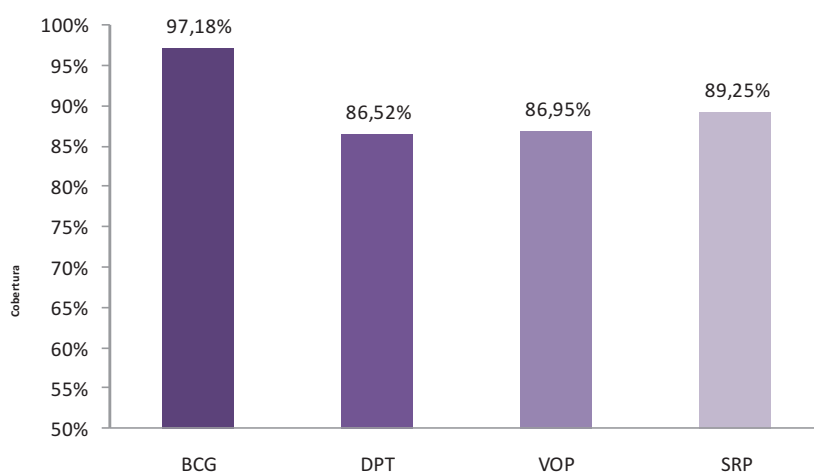
Resultados

Salud infantil

Cobertura de vacunación en menores de 5 años

La siguiente gráfica muestra la cobertura de vacunación en menores de cinco años, sin tener en cuenta la fecha de la tarjeta de vacunación; es decir, incluye el reporte de la madre.

Gráfica 5. Porcentaje de niños menores de cinco años vacunados según tarjeta de vacunación y reporte de la madre. Bolivia, 2008.

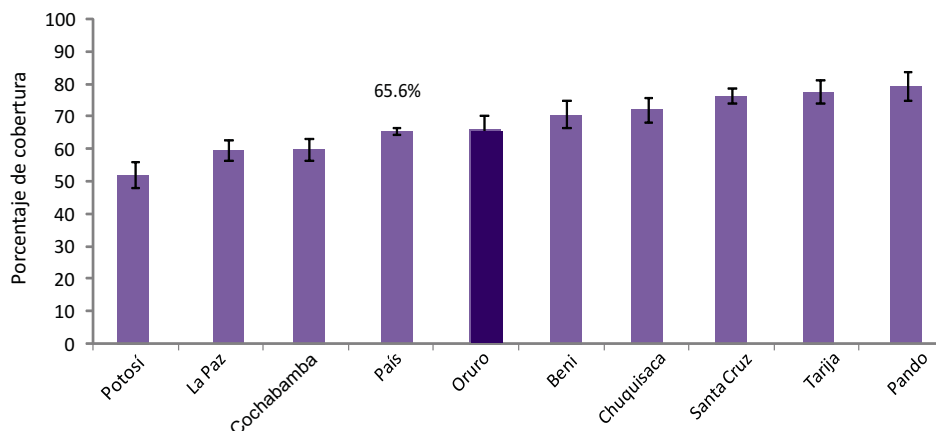


Oportunidad

BCG

En general, se observa que los valores de la cobertura para BCG oscilan entre 52.1% en el departamento de Potosí y 79.5% en Pando, para una cobertura nacional de 65.6%. Actualmente, Bolivia es el tercer país del hemisferio occidental con mayor número de casos de tuberculosis, con aproximadamente 8055 nuevos casos reportados con baciloscopía positiva (85 casos por cada 100.000 habitantes), según el reporte de 2009 de la Organización Mundial de la Salud.²

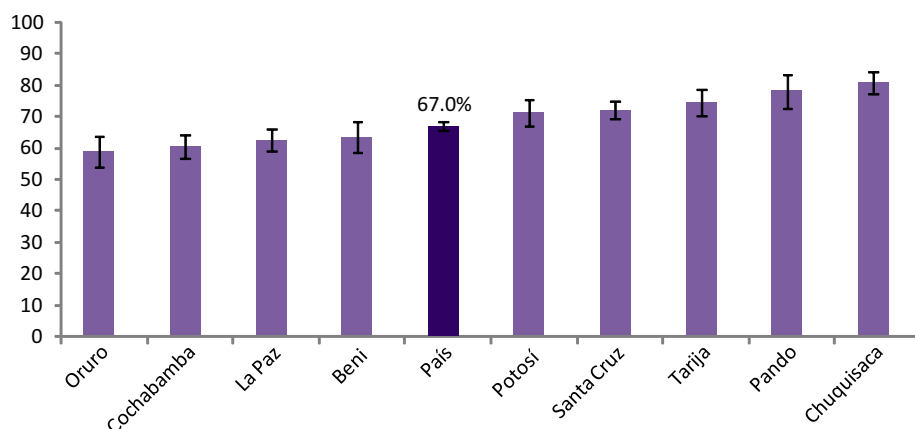
Gráfica 6. Porcentaje de niños menores de 5 años que recibieron BCG en el primer mes de vida, según tarjeta de vacunación. Bolivia, 2008.



DPT

En cuanto a la vacunación con tercera dosis de DPT, se observa que departamentos como Oruro presentan una oportunidad baja (58.9%), mientras que departamentos como Chuquisaca tienen mayor oportunidad (80.8%). La cobertura para el país es de 67%.

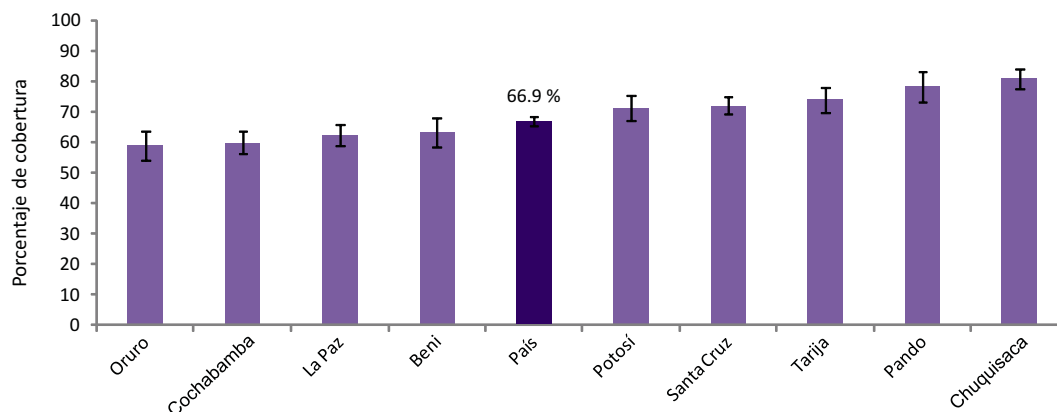
Gráfica 7. Porcentaje de niños menores de cinco años que recibieron la tercera dosis de la vacuna DPT antes de los 8 meses, según tarjeta de vacunación. Bolivia, 2008.



VOP

En lo que respecta a la vacunación con tercera dosis de VOP, los resultados son similares a los observados en la DPT. Oruro es el departamento con la oportunidad más baja (58.8%) y Chuquisaca con la más alta (80.7%).

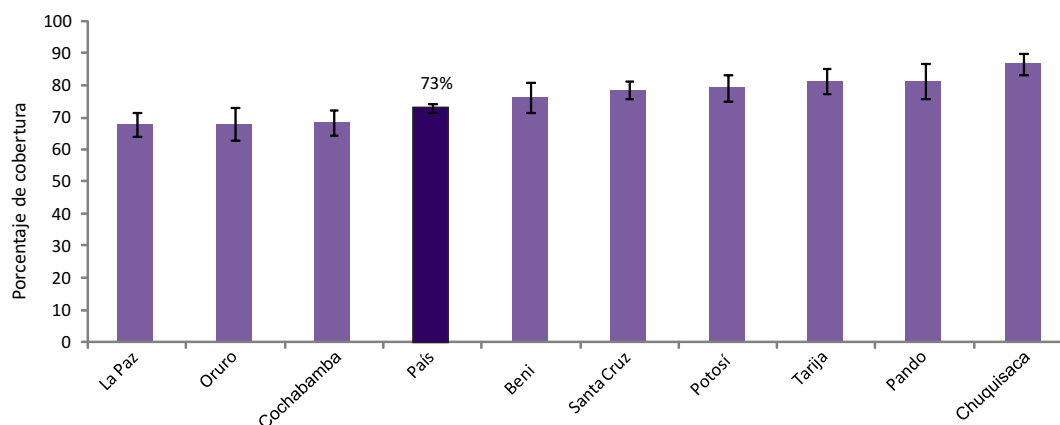
Gráfica 8. Porcentaje de niños menores de cinco años que recibieron la tercera dosis de la vacuna VOP antes de los 8 meses, según tarjeta de vacunación. Bolivia, 2008.



SRP

En cuanto a la oportunidad de la vacunación contra el sarampión, Bolivia tiene una mejor oportunidad con respecto a las vacunas anteriores. La Paz es el departamento con menor oportunidad (67.9%) y, de nuevo, Chuquisaca presenta la mayor oportunidad (86.6%).

Gráfica 9. Proporción de niños menores de cinco años que recibieron la vacuna SRP antes de los 15 meses, según tarjeta de vacunación. Bolivia, 2008.

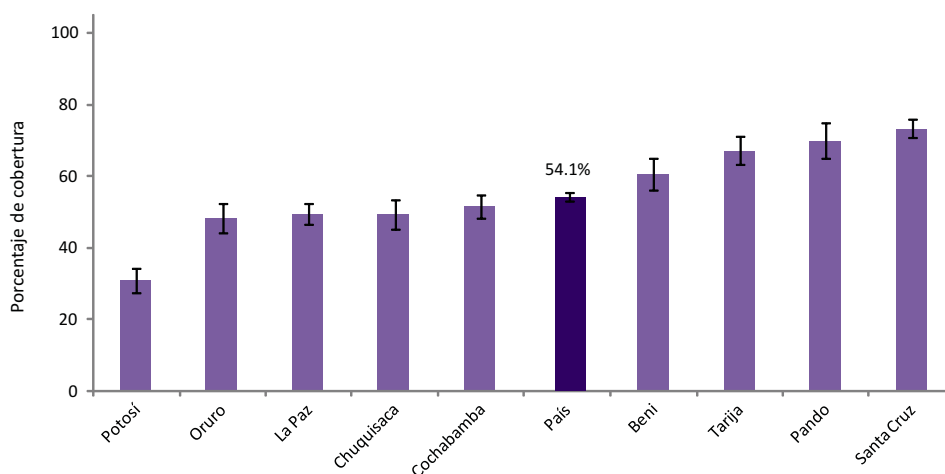


Salud de la Mujer

Control prenatal

El control prenatal se calculó en mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron al menos 4 controles prenatales, en los cuales se realizaron análisis de sangre y medición de tensión arterial. Los resultados de la cobertura fueron menores del 50% para algunos departamentos, como Potosí (30.8%), Oruro (48.2%) y La Paz (49.4%); sin embargo, el departamento de Santa Cruz alcanzó coberturas superiores al 70%.

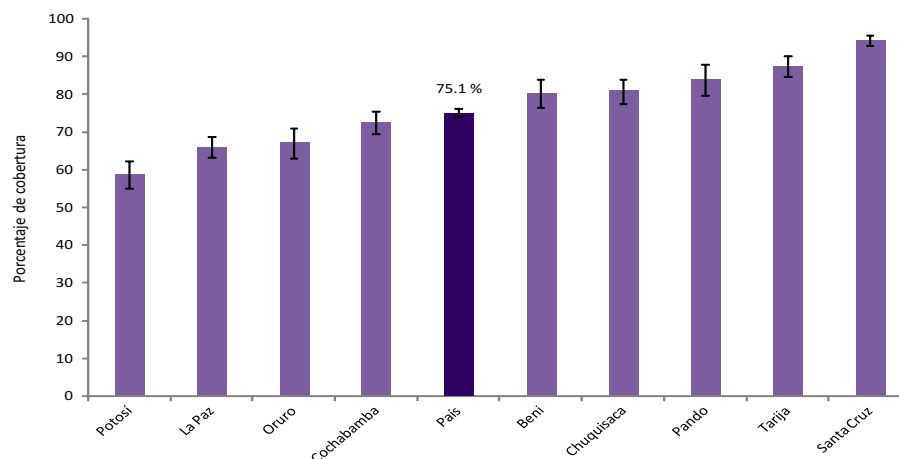
Gráfica 10 . Porcentaje de mujeres que recibieron al menos cuatro controles prenatales por médico o enfermera, más pruebas de presión y sangre, durante el último embarazo en los últimos cinco años. Bolivia, 2008.



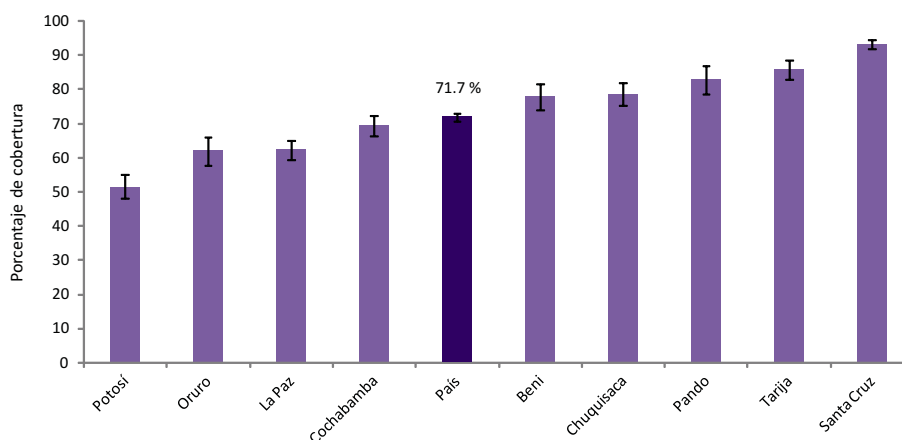
Atención del parto (personal calificado e institucional)

La cobertura de la atención de parto por personal calificado en el país es del 75.1%; sin embargo, departamentos como los ya mencionados (Potosí, Oruro y La Paz) presentaron coberturas inferiores al promedio nacional. En instituciones de salud llega al 71.7%.

Gráfica 11. Porcentaje de mujeres cuyo parto más reciente en los últimos cinco años fue atendido por doctor, enfermera o auxiliar de enfermería. Bolivia, 2008.



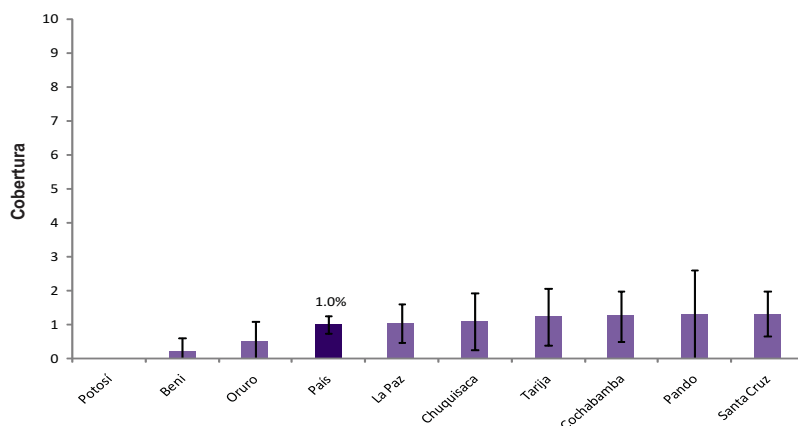
Gráfica 12. Porcentaje de mujeres cuyo parto más reciente en los últimos cinco años fue atendido en instituciones de salud. Bolivia, 2008.



Citología en mujeres menores de 25 años

La cobertura de la detección temprana de cáncer cervicouterino en mujeres menores de 25 años fue baja en todos los departamentos. Sin embargo, en mujeres mayores de 25 años la cobertura aumentó al 11.7 %.

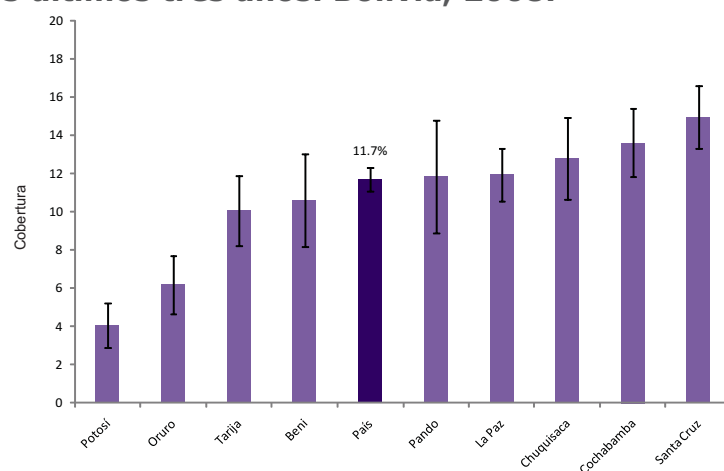
Gráfica 13. Porcentaje de mujeres menores de 25 años que tuvieron al menos tres Papanicolau en los últimos tres años. Bolivia, 2008.



Citología en mujeres entre 25 y 49

La cobertura de citología de las mujeres con tres Papanicolau apenas alcanza el 11.7% en el país. Santa Cruz es el departamento con mayor cobertura: 14.9%.

Gráfica 14. Porcentaje de mujeres entre 25 y 49 años que tuvieron al menos tres Papanicolau en los últimos tres años. Bolivia, 2008.



Discusión

Según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística, en 2010 Bolivia contará con una población de 10.426.154 de personas⁴. De acuerdo con el Índice de Desarrollo Humano del año 2006, el país se ubicó en la posición 113 entre 182 países, con un índice de 0.72.⁵ Para este mismo año, la cobertura a nivel nacional de personas aseguradas fue del 29.1%, que ha ido en aumento con la existencia de seguros públicos, como es el caso del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, por medio del cual se presta atención a mujeres gestantes, recién nacidos y niños menores de 5 años. La

creación de tales seguros ha generado un impacto positivo en la región, incrementado significativamente el número de prestaciones otorgadas a las mujeres embarazadas y niños menores de cinco años, así como en el uso de servicios de salud. Sin embargo, se evidencia mayor impacto en las áreas del país en donde se cuenta con recursos económicos, mientras que es menos significativo en la población rural.¹

Nuestros resultados sobre cobertura de vacunación se realizaron basados en los niños menores de cinco años que contaban con la fecha de vacunación en la tarjeta, por este motivo la cobertura de vacunación difiere de los resultados de la ENDSA 2008, en la cual la cobertura en niños entre 18 y 59 meses fue 98.3% para BCG, para DPT y VOP 82.5% y 82.7% respectivamente y 74.6%.⁶

Asimismo vale la pena resaltar que se pudieron presentar errores de memoria y declaración en lo relacionado con vacunación dado que muchas madres no contaban con la tarjeta de vacunación lo cual disminuye la calidad de la información. "El hecho que la información sobre cobertura provenga de encuestas de hogares en vez de registros exige cautela al hacer comparaciones con otras estimaciones de la cobertura".⁶ El programa ampliado de inmunizaciones del país (PAI) ha logrado la eliminación de la circulación de poliovirus salvaje, hace más de una década no se presentan casos de poliomielitis y en el momento se encuentra en proceso de erradicación el virus del sarampión.⁷

En lo referente a la atención de la salud materna, como antes se mencionó, el país cuenta con el seguro universal de maternidad y niñez, con base en el cual se actuaba, una razón de mortalidad materna de 380 por 100,000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años de 116 por 100,000 nacidos vivos en 1994. Este seguro incrementó en 47% el parto institucional, redujo la razón de mortalidad materna a 230 y la tasa de mortalidad infantil a 75 en el 2003. En el año 2002 se creó el "Seguro Universal Materno Infantil" que amplió la atención en salud de los menores de 5 años y las gestantes hasta seis meses después del parto.⁸ A pesar de los esfuerzos realizados en la materia, continúan presentándose dificultades en cuanto a cobertura en la atención del control prenatal. Nuestros resultados muestran grandes inequidades entre los departamentos del país, como en Potosí donde sólo el 30.8% de las mujeres tuvieron más de 4 controles prenatales con medición de tensión arterial y pruebas de sangre. Igualmente, en lo que respecta a la atención del parto, departamentos como Potosí, Oruro, La Paz, Cochabamba no superaron el 70% de partos institucionales.

Llama la atención la información relacionada con la detección precoz de neoplasias en mujeres, teniendo en cuenta que causan más de 600 muertes anuales atribuidas al cáncer de cuello uterino en el país.⁶ Nuestros resultados muestran que en mujeres menores de 25 años apenas se alcanzó una cobertura del 1% en mujeres que se han practicado tres veces en los últimos tres años el examen de Papanicolaou. Desafortunadamente no se contó con información para conocer cuántas de éstas fueron diagnosticadas y remitidas a tratamiento. De igual forma en las mujeres entre 25 y 49 años la cobertura para detección de cáncer de cuello uterino apenas alcanzó el 11.7%. No se tienen datos

sobre detección precoz del cáncer de mama, una de las principales causas de mortalidad en América Latina, que ocasiona la muerte a casi 300.000 mujeres por esta enfermedad.⁹

Con respecto a las enfermedades crónicas no logró obtenerse información. Datos publicados por la OPS, sin embargo, indican que la mortalidad por enfermedades no transmisibles representa más del 50% de las muertes anuales del país; las causas relacionadas con el sistema circulatorio y el cáncer son las principales.¹⁰ Por esta razón, conocer la cobertura efectiva de enfermedades como hipertensión, dislipidemias y diabetes nos permitiría acercarnos más a esta problemática y conocer cuál sería el efecto del sistema de salud en dichas patologías.

Colombia

Ramiro Guerrero, Sandra Martínez

La Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social, con cuatro componentes: pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios, con una lógica de regulación de mercado mediante la oferta y la demanda. Los principales actores del sistema son: 1) las empresas promotoras de salud (EPS), que realizan la afiliación de los asegurados y administran los recursos del aseguramiento; 2) las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), que prestan la atención de los servicios del plan obligatorio de salud (POS); 3) las empresas sociales del Estado (ESE), que corresponden a los hospitales de carácter público, y 4) el Estado, que coordina las actividades a través del Ministerio de la Protección Social (anteriormente llamado Ministerio de Salud).¹

Existen dos regímenes de afiliación: el contributivo, para las personas con capacidad de pago (trabajadores, pensionados, independientes) y el subsidiado, para las personas sin capacidad de pago. "Las personas que no son cubiertas por el régimen subsidiado (población pobre no asegurada) son atendidos por las empresas sociales del Estado o por IPS que cuentan con contratos con los municipios con los recursos del subsidio a la oferta en salud".¹ Existe un régimen especial para las fuerzas militares y los educadores.

Según el Censo de 2005, Colombia cuenta con 42.000.000 habitantes y tiene una esperanza de vida al nacer de 73 años. La razón de mortalidad materna para 2007 se encontraba en 75/100.000 nacidos vivos, según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Para este mismo año, la tasa de mortalidad infantil estuvo en 15/1000 nacidos vivos.

El presente capítulo adopta un enfoque de las medidas provisionales y cobertura en Colombia, tanto a nivel nacional y subnacional, de un conjunto de intervenciones en salud infantil, de la mujer y enfermedades crónicas, según la información de la Encuesta de Demografía y Salud de 2005.²

Metodología

La Encuesta de Demografía y Salud (DHS), implementada en Colombia en 2005, fue la principal fuente de datos que se utilizó. Esta es la quinta de una serie de encuestas de hogares de la sección transversal que se ha implementado con el objetivo de medir un conjunto de variables relacionadas con la salud materna e infantil. La encuesta la llevó a cabo Profamilia, siguiendo las normas de la Measure DHS, un proyecto internacional de investigación que diseña y apoya la aplicación de estas encuestas en todo el mundo.

El universo de la encuesta es la población colombiana. El muestreo fue polietápico estratificado y agrupado de los hogares. En una primera etapa se seleccionaron 208 Unidades Primarias de Muestreo (UPM) –estas eran en su mayoría los municipios, o pares de los municipios, cuando estos tenían menos de 7000 habitantes–. Por cada una de las provincias (departamentos), se formó con un índice compuesto de estándares de vida y de la proporción de la población en la zona urbana. El tamaño medio de estrato se calculó dividiendo la población total del departamento por el número de estratos. Las UPM, con una población más grande que el tamaño del estrato medio, entraron en la muestra con certeza (era el caso de 53 de ellas). Las 155 restantes (UPM) fueron seleccionadas al azar.

Dentro de la UPM seleccionada, 3935 clusters (segmentos de aproximadamente 10 familias vecinas) fueron elegidos al azar. Dentro de los hogares se trató de entrevistar a todas las mujeres entre 13 y 49 años de edad.

Los cálculos se realizaron con base en los datos originales de los archivos proporcionados por Profamilia. Measure DHS produce y publica en su página web una recodificación de los datos de la misma encuesta, que está diseñada para facilitar la comparación entre países. La base de datos subyacente es la misma, excepto por el hecho de que Profamilia incluyó datos de 3924 grupos, mientras que el Recode Medida DHS contempló 3864 agrupaciones. De todas formas, los 60 grupos que faltan en el segundo pueden ser identificados y eliminados de la primera, con el fin de llegar a resultados idénticos. Los archivos de Profamilia se utilizaron en virtud de que el orden de las variables (que sigue la numeración de los capítulos y el cuestionario) facilita los cálculos.

Para cada intervención se generó una variable binaria, que tomó el valor de uno –si el individuo recibe la intervención– y cero –en caso contrario–. La cobertura se calculó como la proporción de la población con la necesidad y que recibe la intervención (o, equivalentemente, como el valor medio de la variable binaria para la población que la necesita). Los cálculos se realizaron con la configuración de la encuesta STATA, teniendo en cuenta el hecho de que los hogares y las mujeres tienen diferentes probabilidades de ser incluidos en la muestra, y también por el efecto de la agrupación. La aproximación de Taylor se utilizó para esta estimación de la varianza; en principio, la estimación de este último debería tener en cuenta las dos etapas de muestreo (es decir, la selección de la UPM y la selección de las agrupaciones).

La encuesta fue diseñada para ser representativa a nivel de departamento. El universo de la encuesta abarcó a toda la población civil, con la única excepción de las personas que viven en las zonas rurales de la Orinoquia y la Amazonia, un área de 500.000 kilómetros cuadrados, donde vive menos del 1% de los colombianos. Así, para los departamentos en las regiones del universo de la encuesta sólo se incluyeron las zonas urbanas. Estos departamentos se han agrupado con la isla de San Andrés, para formar una categoría denominada "Territorios Nacionales".

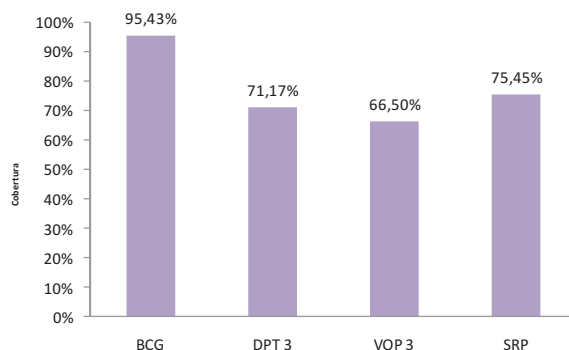
Resultados

Salud infantil

Vacunación

La cobertura de vacunación, independientemente de la fecha (tarjeta de vacunación y reporte de la madre), indica que la cobertura de la tercera dosis de DPT y VOP en niños menores de 59 meses es baja.

Gráfica 15. Cobertura de vacunación en menores de cinco años. Colombia, 2005.

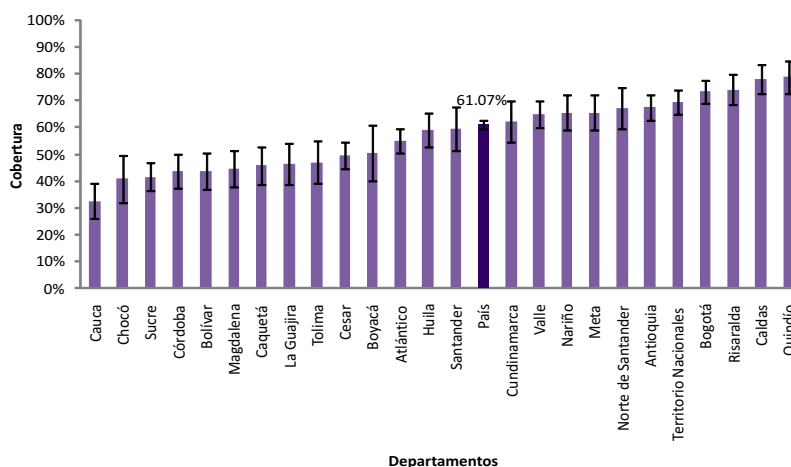


Oportunidad

BCG

Los resultados de la oportunidad de la vacunación para BCG en Colombia alcanzan el 61.1%, que oscila entre 32.6% –en departamentos como Cauca– y 78.7% en Quindío.

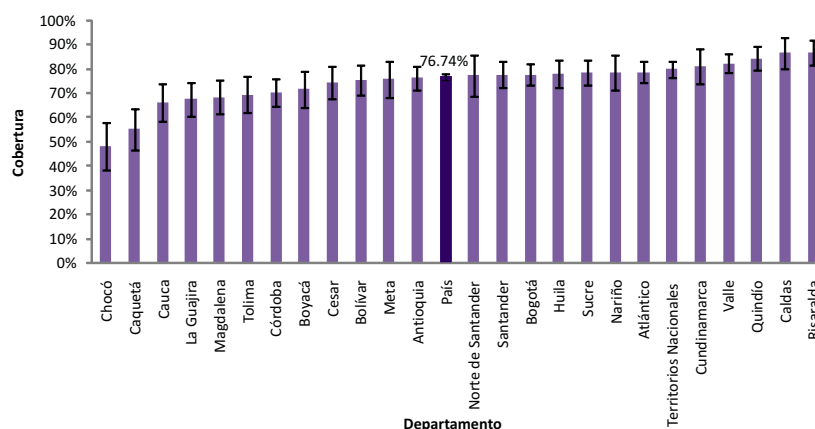
Gráfica 16. Proporción de niños vacunados a los 30 días o menos con BCG, según fecha de la tarjeta de vacunación. Colombia, 2005.



DPT

En el caso de la vacunación con tercera dosis de DPT, la oportunidad es mayor que para BCG. Chocó y Caquetá fueron los departamentos con oportunidad más baja (no supera el 60%). La mayor cobertura en términos de oportunidad se encuentra en la región cafetera (Quindío, Caldas y Risaralda).

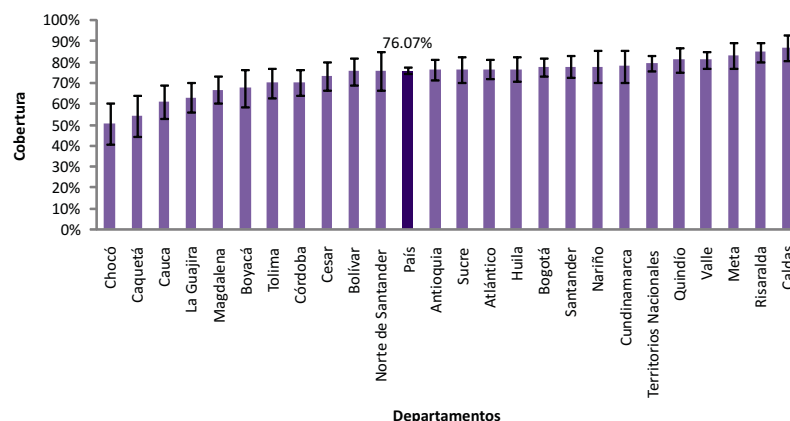
Gráfica 17. Proporción de niños vacunados a los ocho meses de vida con tercera dosis de DPT, según fecha de la tarjeta de vacunación. Colombia, 2005.



VOP

La vacunación para VOP guarda cierta relación con los resultados observados con la tercera dosis de DPT. Chocó, Caquetá y Cauca tienen las menores coberturas, mientras que a Caldas y Risaralda les corresponden las mayores (86.9% y 84.9% respectivamente).

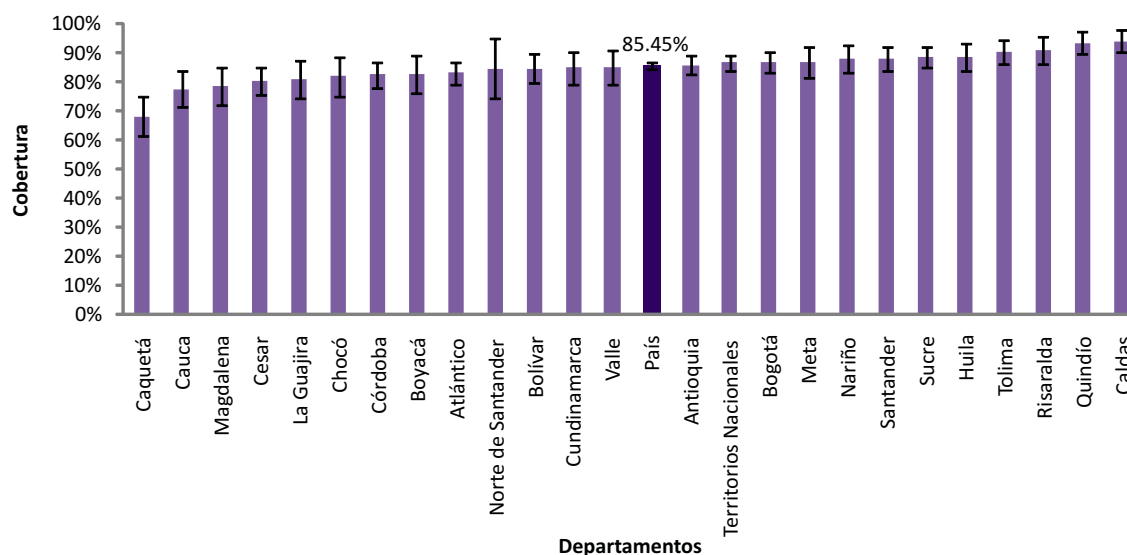
Gráfica 18. Proporción de niños vacunados a los ocho meses de vida con tercera dosis de VOP, según tarjeta de vacunación. Colombia, 2005.



SRP

Por otra parte, la oportunidad para la vacunación contra el sarampión mostró mejores resultados, pues aunque las coberturas más bajas se presentaron en los mismos departamentos, estas fueron superiores al 65%. De nuevo, la región cafetera presentó las coberturas mayores, que llegan hasta 86.9% en Caldas.

Gráfica 19. Proporción de niños que recibieron vacunación con SRP antes de los 15 meses de vida, según tarjeta de vacunación. Colombia, 2005.

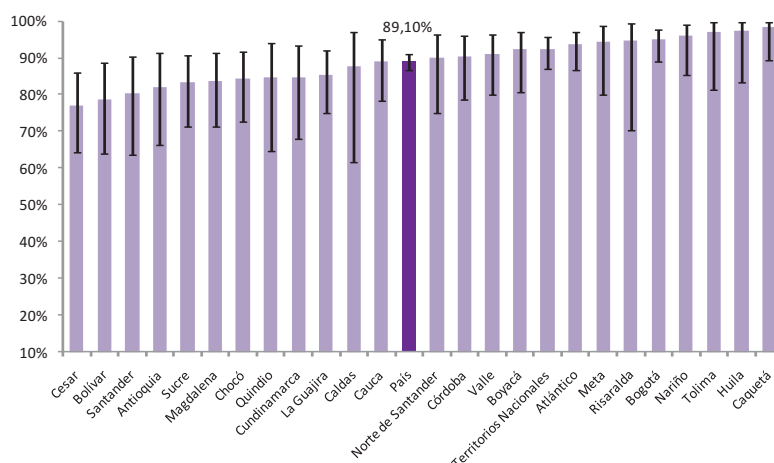


Lactancia

EDA

La proporción de niños menores de seis meses que se encontraban lactando al momento de la encuesta y que no habían desarrollado diarrea en las últimas dos semanas anteriores a la encuesta fue mayor en Caquetá, mientras que los departamentos de Cesar y Bolívar tuvieron la mayor proporción de niños con diarrea.

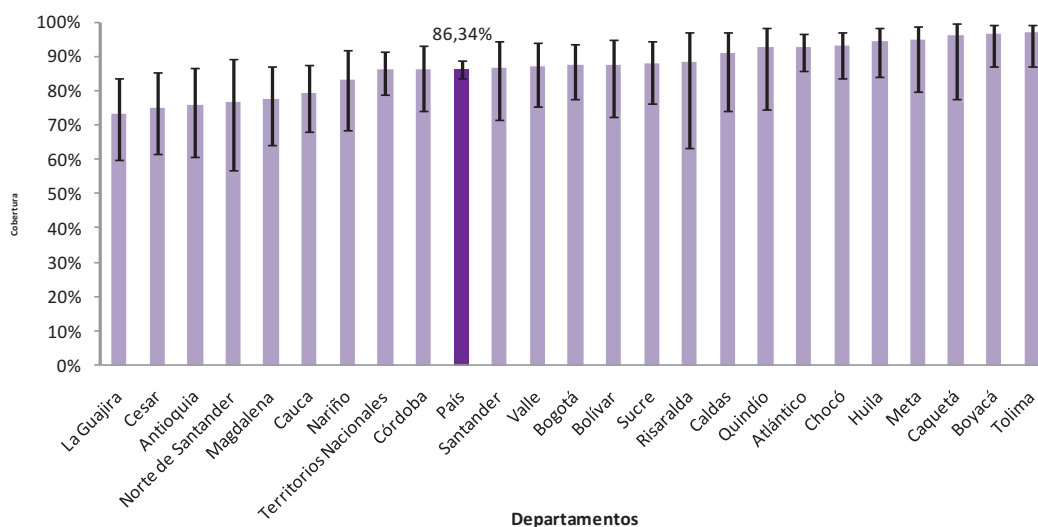
Gráfica 20. Menores de seis meses que actualmente lactan y que no han desarrollado EDA en las últimas dos semanas. Colombia, 2005.



IRA

La proporción de niños lactantes menores de seis meses que presentaron síntomas de IRA en Colombia fue de 13.7% (al momento de la encuesta). En la revisión por departamentos se destacan La Guajira y Cesar como los lugares con mayor porcentaje de niños lactando y con enfermedades como IRA.

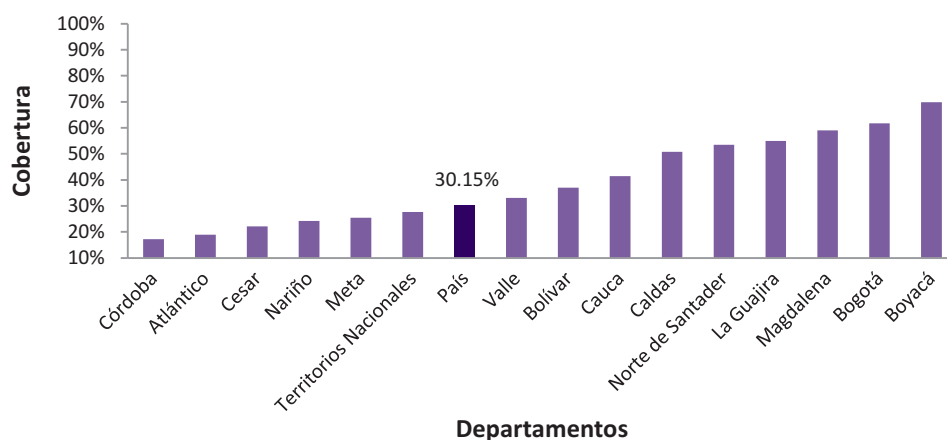
Gráfica 21. Menores de seis meses que actualmente lactan y que no han desarrollado IRA en las últimas dos semanas. Colombia, 2005.



Control de crecimiento

Las actividades que realizan los profesionales de salud para el control del niño sano comprenden la evaluación del estado de salud, y los factores de riesgo biológico, psicológico y social.³ Los resultados de control de crecimiento y desarrollo indican que el 30.2% de los niños de 1 año fue llevado menos de 5 veces a control de crecimiento. Los departamentos de Bogotá y Boyacá fueron los de mayor porcentaje de niños menores de un año llevados a control más de cinco veces en el último año.

Gráfica 22. Niños de un año que han asistido a cinco o más visitas de control y desarrollo. Colombia, 2005.

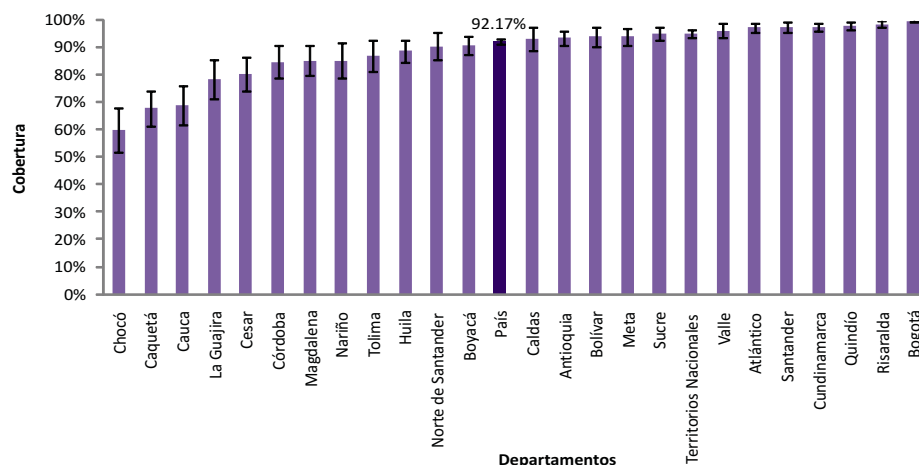


Salud de la Mujer

Atención institucional del parto

En mujeres entre 15 y 49 años, la cobertura de atención del parto institucional en el país fue de 92%. En general, los departamentos con población indígena –como Chocó, Caquetá y Cauca– presentaron bajas coberturas de atención del parto institucional con respecto al promedio nacional. En mujeres entre 15 y 19 años, la cobertura de parto institucional fue 93% y en mujeres entre 20 y 49 años, 92%.

Gráfica 23. Mujeres entre 15 y 49 años que durante su último parto en cinco años fueron atendidas en instituciones de salud. Colombia, 2005.

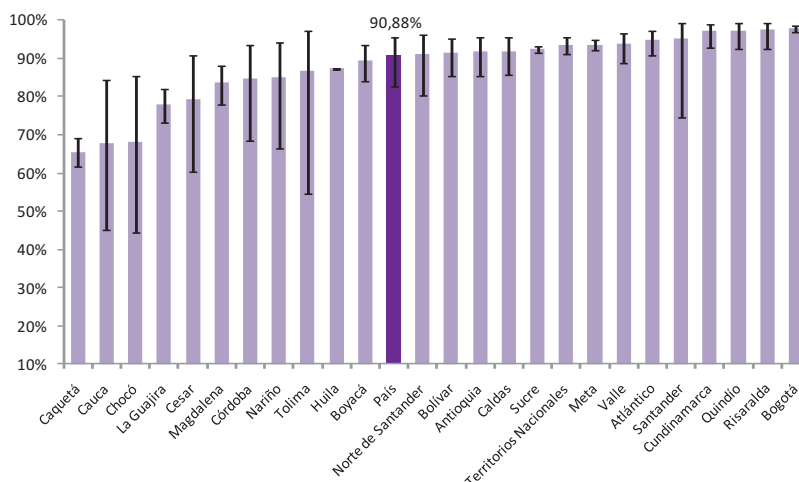


Atención del parto por personal calificado

Se definió como atención del parto la situación de las mujeres que en los últimos cinco años han dado a luz apoyadas por un médico, enfermera o auxiliar de enfermería.

Similar a los resultados presentados para atención institucional del parto, Bogotá (97.8%), y Risaralda (97.6%), tuvieron la cobertura más alta. A pesar de que Chocó, Caquetá y Cauca presentaron las coberturas más bajas para la atención del parto por personal calificado, estas fueron superiores al 65%.

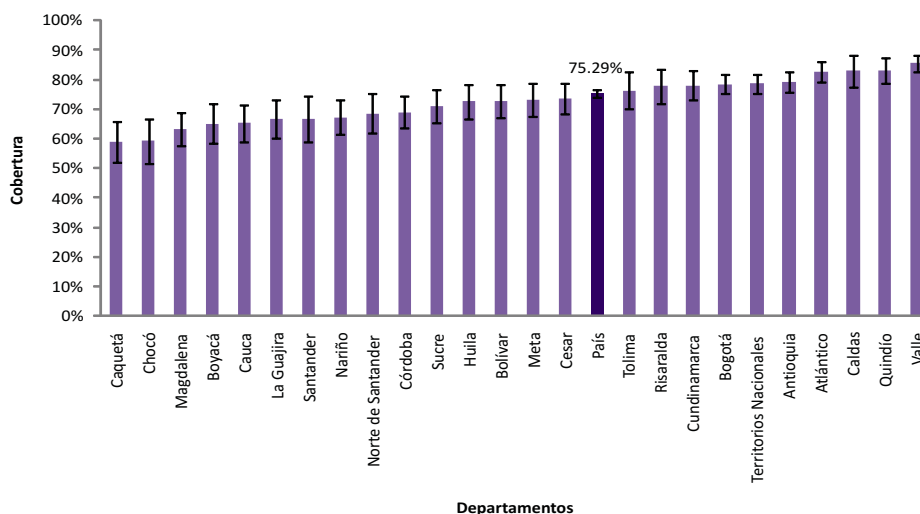
Gráfica 24. Atención del parto por personal calificado. Colombia, 2005.



Atención prenatal

Las menores coberturas del control prenatal se dieron en Caquetá (58.9%) y Chocó (59.2%). Sin embargo, Magdalena y Boyacá aparecen ahora con bajas coberturas. Al diferenciar por grupos de edad, en mujeres entre 15 y 19 años la cobertura del control prenatal con calidad fue 68.4% y en mujeres entre 20 y 49 años, de 76.1%. Vale la pena resaltar que para este indicador no se incluyeron el examen de orina ni fetocardia como calidad de la intervención.

Gráfica 25. Mujeres entre 15 y 49 años que se realizaron al menos cuatro controles prenatales de calidad. Colombia, 2005.



Citología

Definición: la cobertura del tamizaje del cáncer cervical fue definida como la proporción de mujeres entre 15 y 69 de edad que tenían una citología en el último año.

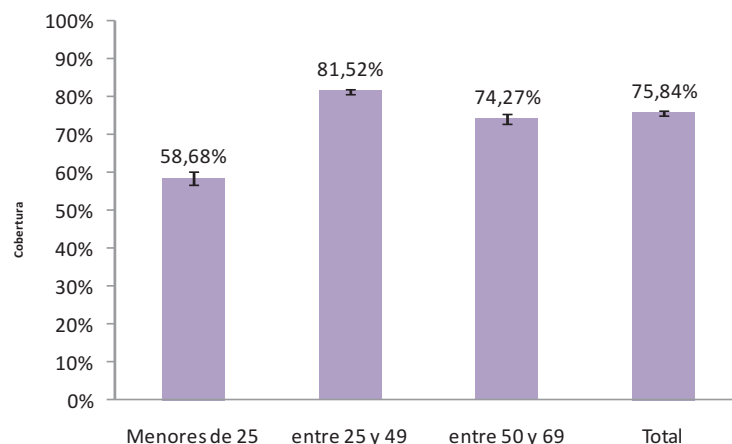
Estimación de la necesidad: las mujeres entre 15 y 69 años de edad, que declaran haber tenido actividad sexual. En tal virtud se considera que necesitan dicho examen.

Estimación de la utilización: la utilización se basa en el informe de autodeclaración de la mujer de haber tenido una citología y la fecha en que se llevó a cabo.

Estimación de la calidad: la encuesta no contiene información sobre la calidad de la intervención, por lo que sólo se estimó la cobertura cruda.

Es importante mencionar que el cuestionario sobre la citología y la mamografía se aplicó sólo a aquellas mujeres que respondieron afirmativamente haber tenido actividad sexual.

Gráfica 26. Proporción de mujeres que se han practicado una citología en el último año. Colombia, 2005.



Mamografía

Definición: el tamizaje del cáncer de mama se define como la proporción de mujeres entre 40 y 69 de edad que reportan haber tenido una mamografía en los tres años anteriores a la entrevista.

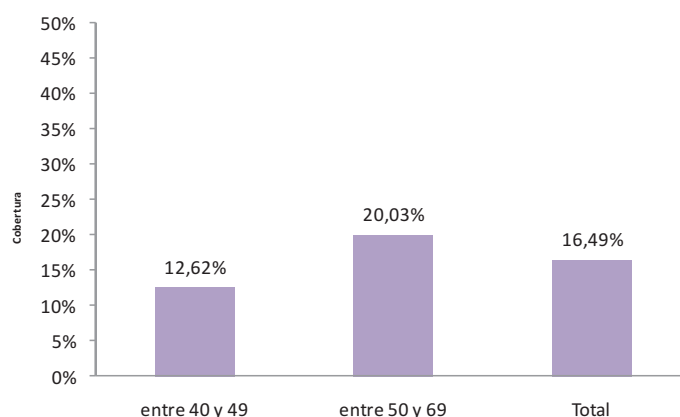
Estimación de la necesidad: las mujeres entre 40 y 69 años de edad se consideran en necesidad. Debido a que las preguntas de la mamografía se incluyen en el mismo módulo con las de la citología, la población necesitada está restringida a aquellas que declaran haber tenido actividad sexual.

Estimación de la utilización: la utilización se basa en el informe de autodeclaración de la mujer de haber tenido una mamografía y la fecha en que se hizo.

Estimación de la calidad: la encuesta no contiene información sobre la calidad de la intervención. Así, se estima sólo la cobertura cruda (el cuestionario sobre la citología y la mamografía se aplicó sólo a aquellas mujeres que respondieron afirmativamente haber tenido actividad sexual).

La cobertura para la detección del cáncer de mama entre las mujeres de 40 y 49 años fue de 13%, mientras que entre las mujeres de 50 a 69 años la cobertura fue de 20%. La cobertura nacional fue muy baja: apenas 17%.

Gráfica 27. Proporción de mujeres que se han practicado una mamografía en el último año. Colombia, 2005.

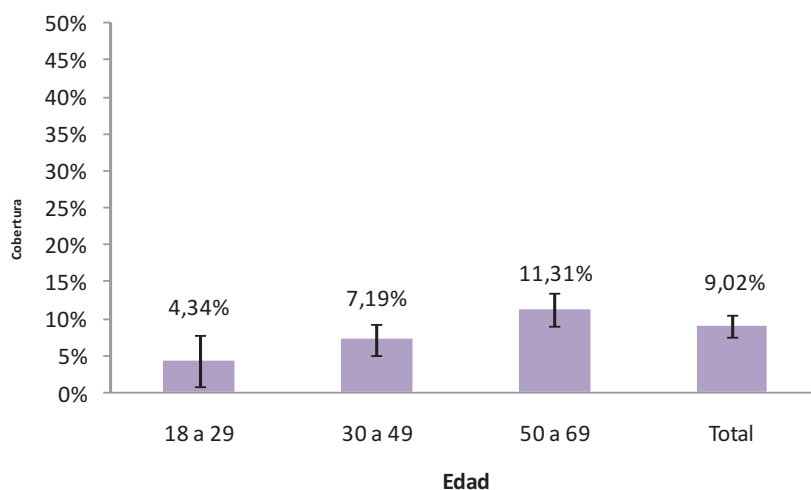


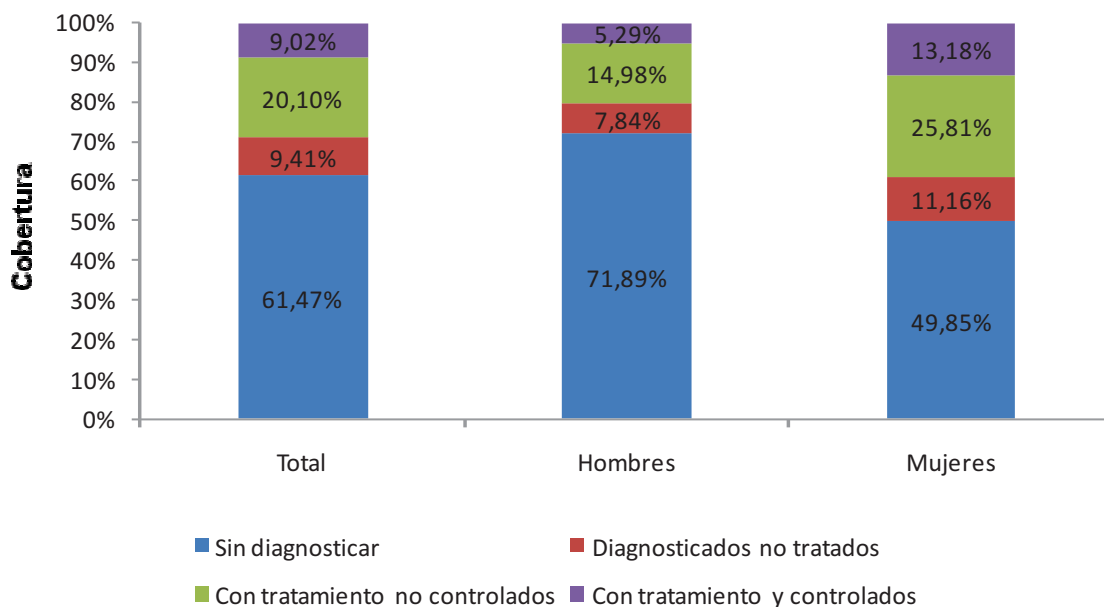
Enfermedades crónicas

Hipertensión

La cobertura efectiva del tratamiento para personas hipertensas fue de 9% para todo el país. Al desagregar por grupos de edad, el grupo con mayor cobertura fue el comprendido entre 50 y 69 años, con un porcentaje de 11.3%.

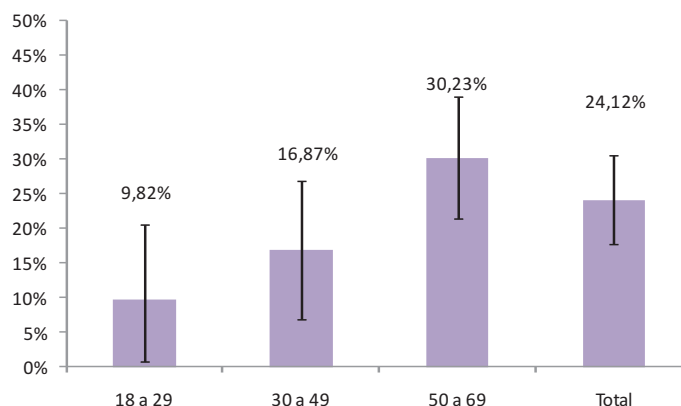
Gráfica 28. Proporción de hipertensos tratados y controlados. Colombia, 2005.

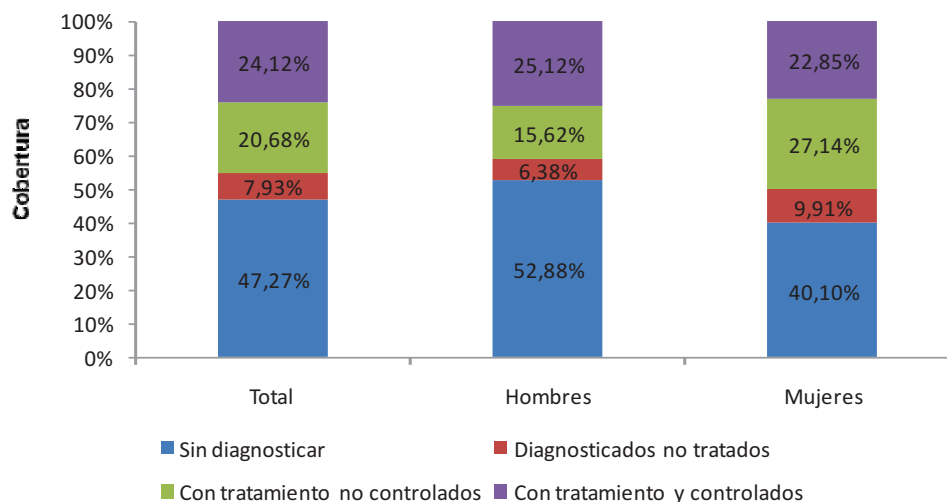


Gráfica 29. Prevalencia y tratamiento de la hipertensión, Colombia.

Diabetes

A partir de los 50 años se encontró una mayor proporción de personas diabéticas que están controladas, aunque el porcentaje de cobertura sigue siendo bajo: 30%.

Gráfica 30. Proporción de personas diabéticas tratadas y controladas. Colombia, 2005.

Gráfica 31. Prevalencia y tratamiento de diabetes, Colombia.

Discusión

La Ley 100 de 1993 dio origen al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que cambió el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda y creó dos regímenes de afiliación: contributivo y subsidiado. A este último se afilia la población más pobre y sin capacidad de pago; las personas que no logran ser afiliadas a este régimen se denominan “pobres no afiliados”. Por su parte, las personas trabajadoras pertenecen al régimen contributivo.⁴

A partir de 2002, mediante la Ley 790 del mismo año, se decretó la fusión de dos ministerios: Salud, y Trabajo y Seguridad Social, para crear el Ministerio de Protección Social⁵, cuyas funciones generales son “formular, dirigir y coordinar la política social del gobierno nacional en las áreas de empleo, trabajo, nutrición, protección y desarrollo de la familia, previsión y seguridad integral”.⁶ Con esta perspectiva, el Ministerio tuvo, en el año 2000, el 58.8% de la población afiliada al SGSSS (regímenes contributivo y subsidiado), que en 2008 alcanzó el 89.4%.⁷

De acuerdo con los resultados de vacunación de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005, el porcentaje de niños entre 12 y 23 meses –edad en la que deben haber recibido todas las vacunas- que contaban con el esquema completo era de 58%². Los resultados de la vacunación en cualquier momento entre los 12 y 23 meses indicaron que las vacunas más aplicadas fueron la BCG (97%), primera dosis de DPT (97%) y segunda dosis de DPT (89%), mientras que para la tercera dosis de VOP fue de 69% y para SRP, 82%.²

En este trabajo se analizaron los resultados de vacunación y se consideró, además de las coberturas, la oportunidad de las mismas. Se encontraron coberturas menores a las presentadas anteriormente - 61% para BCG y 76% para tercera dosis de DPT y VOP-. En cambio, para SRP la cobertura oportuna fue ligeramente mayor (85%). Es importante aclarar que nuestros resultados se basaron sólo en aquellos niños que presentaron la tarjeta de vacunación con fecha. Por lo tanto, se excluyó del análisis el reporte de la madre, ya que éste puede presentar errores de memoria. Lo ideal sería que todas las tarjetas de vacunación contaran con la información necesaria para realizar mediciones con denominadores más amplios, puesto que el reporte de la madre podría sugerir que existen problemas de calidad. Por ello, se recomienda continuar la capacitación del personal encargado de la aplicación de vacunas para el completo y buen llenado de las tarjetas de vacunación.

Con respecto a la lactancia exclusiva, Colombia cuenta con el "Plan Decenal para la Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna 1998-2008" cuyo objetivo es "lograr que los niñas y niños colombianos reciban lactancia exclusiva hasta los seis meses de edad y continúen siendo amamantados hasta los dos años de edad con alimentación complementaria adecuada".⁸ Según la ENDS 2005, la lactancia exclusiva estuvo en 47.7% en menores de 6 meses.² Teniendo en cuenta que la lactancia protege contra enfermedades como EDA e IRA,⁹ nuestros resultados se basaron en el desarrollo de patologías como EDA o síntomas de IRA en niños menores de 6 meses que se encontraban lactando. El porcentaje de niños lactantes que desarrollaron EDA y síntomas de IRA fue 10.9% y 13.6%, respectivamente. Estos resultados no fueron realizados en lactantes exclusivos; por tanto, es probable que estas patologías se hayan presentando en niños que no contaron con la exclusividad de la lactancia.

Con respecto a la medición del indicador de control de crecimiento, solo se tuvieron en cuenta los niños de 12 meses. Por este motivo, es probable que la cobertura se encuentre en cero por ciento en departamentos como Antioquia, Caquetá, Cundinamarca, entre otros. A pesar de esto, dicha información podría estar sugiriendo problemas en el acceso a los servicios de salud en grupos vulnerables, como los menores de un año, teniendo en cuenta que existe una guía para la atención de las alteraciones del crecimiento y desarrollo que recomienda visitas de control durante el primer, segundo, cuarto, sexto, noveno y duodécimo mes de vida.³

Con relación a la salud de la mujer, Colombia cuenta con la Política de Salud Sexual y Reproductiva cuyas principales metas son disminuir la mortalidad materna en un 50%, reducir el embarazo en adolescentes y alcanzar coberturas de detección temprana de citología cérvico vaginal en un 90%.¹⁰ La razón de mortalidad materna ha disminuido de 104 en el año 2000, a 75 en 2007.¹¹ Aspectos como la atención prenatal y la atención de parto por personal calificado son factores que impactan este indicador de desarrollo. En el país se recomiendan visitas de control prenatal en forma mensual hasta la semana 36 y cada 15 días hasta la semana 40.³ Nosotros encontramos una cobertura de la atención del control prenatal de calidad del 75.2% y una cobertura de atención del parto institucional de 92.1%, esto indica que es necesario mejorar las condiciones de acceso y calidad del control

prenatal, en especial en las regiones rurales, específicamente en departamentos con población indígena como Chocó, Caquetá, Cauca y La Guajira.

Por otra parte, el país busca la disminución de la mortalidad por cáncer de cuello uterino mediante la detección temprana. Los resultados presentados muestran una cobertura de detección del 75.8%. Sin embargo, esta medición sólo pudo ser realizada en mujeres con historia de vida sexual. Por lo tanto, este resultado podría estar subestimado. Además, no se contó con información suficiente para conocer cuántas de las mujeres que presentaron alguna anomalía fueron tratadas. Por su parte, los resultados de cobertura de la detección de cáncer de mama no fueron muy alentadores, teniendo en cuenta que es la tercera causa de mortalidad por neoplasias en mujeres (3.9 por 100.000).¹² La cobertura estuvo en 16.5% en mujeres entre 40 y 69 años de edad.

En cuanto a las enfermedades crónicas, las enfermedades del sistema circulatorio ocupan las primeras causas de muerte en la población del país.¹³ Los indicadores de cobertura efectiva para el tratamiento de hipertensión y diabetes demostraron que los programas de enfermedades crónicas todavía se encuentran en estado incipiente, teniendo en cuenta que son patologías de alto costo que podrían ser evitadas y controladas mediante tratamiento oportuno y seguimiento adecuado de los pacientes.

En conclusión, la medición de este tipo de indicadores permite conocer hasta qué punto las intervenciones de los sistemas de salud están generando el impacto esperado. Para el caso específico de Colombia, sólo fue posible calcular el indicador de cobertura efectiva para enfermedades crónicas. Para las demás intervenciones sólo se obtuvieron coberturas crudas. Aun así, los resultados de estos indicadores permiten acercarnos un poco más a la realidad de las intervenciones, con el fin de poder enfocarlas y optimizar recursos.

Chile

Paula Bedregal

El sistema de salud chileno se caracteriza por estar organizado en torno a cuatro funciones:

- Rectora o reguladora, cuyo objetivo es establecer las políticas generales del sistema, diseñar normas, coordinar y fiscalizar su aplicación.
- Financiera, cuyo objetivo es proveer los recursos para que el sistema opere.
- De aseguramiento, relacionada con la recepción y gestión de los recursos financieros y la administración del riesgo, proporcionando garantía de atención.
- De provisión, para producir y otorgar las diversas prestaciones de salud.

La población chilena se distribuye así: un 70% bajo el régimen del seguro público (Fondo Nacional de Salud, FONASA); un 25% en seguros privados (Instituciones de Salud Provisional, ISAPRES) y un 3-4% en entidades de las Fuerzas Armadas (que se financian con fondos públicos). La provisión de servicios en Chile se brinda a través de entidades públicas y privadas.

La evaluación del desempeño de los servicios de salud en Chile se realiza sobre la base del cumplimiento de los Objetivos Sanitarios del País para la Década 2000-2010 (MINSAL, 2002). Estos objetivos son de dos tipos: de impacto y de desarrollo. Los de impacto corresponden a indicadores de morbilidad asociados a problemas específicos de salud o con grupos de edad determinados, sobre los que versa la política pública; los indicadores de desarrollo corresponden a los requisitos que deberían darse para poder lograr el impacto esperado, entre éstos se encuentran algunos de cobertura.

La evaluación de la cobertura de los servicios de salud en Chile, constituye uno de los indicadores de desarrollo más utilizados en el sector público de salud, no así en el privado. En el ámbito de prestaciones universales garantizadas, se cuenta con información; sin embargo en prestaciones asociadas a subsistemas de aseguramiento la información corresponde en su mayor parte al sector público. Esto hace que se cuente con información relacionada con aquellas prestaciones o programas específicos del sector público de salud, que reciben financiamientos especiales directos o que tengan lineamientos técnicos exigibles. Esto es dable para programas de enfermedades crónicas (por ejemplo el programa de enfermedades cardiovasculares), programa del niño, programa nacional de inmunizaciones, entre otros. Recientemente las aseguradoras privadas están incorporando indicadores de cobertura cuyo denominador corresponde a la población adscrita al subsistema privado.

La incorporación en el proceso de reforma sectorial de las Garantías Explícitas en Salud (GES) ha significado implementar sistemas de información que permitan conocer la provisión de servicios públicos y privados asociados con estas enfermedades o condiciones de salud garantizadas. La

evaluación del costo de las canastas de prestaciones asociadas con cada una de estas garantías ha implicado el trabajo de estimación de la demanda potencial de servicios de salud y, por lo tanto, la estimación de las necesidades en salud.

De este modo, la incorporación de un indicador como la cobertura efectiva permitiría estimar, con una medida resumen, el comportamiento de los servicios en torno a las garantías, tanto para el país como para el ámbito público o privado.

Chile, como parte de la Red de Cobertura Efectiva, se ha sumado al cálculo de este indicador para el conjunto de problemas de salud seleccionados: para el adulto, con el tratamiento médico de hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia y obesidad. Para el área materno-infantil, con inmunización para TBC, pentavalente y MMR (SPR); atención prenatal, atención profesional del parto, citología preventiva de cáncer cervicouterino, mamografía preventiva de cáncer de mama, control de crecimiento y desarrollo, y lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.

Las fuentes de información disponibles en Chile varían según el tema estudiado. El cuadro 10 muestra la información disponible para identificar la población con necesidad, de acuerdo con el problema identificado, siendo las fuentes el Instituto Nacional de Estadísticas –para efectos de estadísticas vitales y proyecciones de población–, y el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) –para efectos de población con control en establecimientos de salud del sector público–.

En el área de salud del adulto, la información de necesidad corresponde a tasas de prevalencias estimadas a partir de la Encuesta Nacional de Salud 2003 – ENS 2003 (en la actualidad está en fase de ejecución la segunda versión). La utilización de los servicios corresponden a dos fuentes: la propia encuesta nacional de salud y los datos sobre utilización de servicios disponibles exclusivamente para atención primaria en salud.

En el área materno-infantil, la información proviene casi exclusivamente del sector público de salud, con excepción de la citología preventiva para cáncer cervicouterino y vacunación.

Metodología

Definición de las intervenciones

Las intervenciones elegidas se encuentran en el cuadro 10. Es interesante destacar que para algunas de estas intervenciones, el efecto esperado es múltiple, por lo que será necesario elegir, para fines de efectividad, cuál medida de resultado es más importante.

Del mismo modo, dada la naturaleza diversa de la intervención, será necesario precisar específicamente qué intervención y en qué nivel de atención se está proponiendo como efectiva para el caso de las enfermedades crónicas del adulto. El tratamiento de hipertensión se circunscribe al nivel de atención primaria, que se garantiza con claridad en GES; diabetes mellitus II habría que diferenciarla en dos tipos de intervención, para el tipo I y para el tipo II, ya que obedecen a grupos poblacionales y terapias diferentes. El tratamiento para dislipidemia no está garantizado en Chile, salvo para el sector público, a través del Programa Cardiovascular para Adultos. El tratamiento para la obesidad habría que situarlo según su grado (leve a moderado en atención primaria; severo en manejo quirúrgico), pero no se dispone de esta información.

Cuadro 10. Fuentes de información para intervenciones seleccionadas sobre cobertura.

Intervenciones materno-infantiles	Fuente de información de necesidades	Fuente de información de utilización de servicios
Vacunación BCG.	Recién nacidos 2008. INE/MINSAL	Dosis BCG a RN 2008. DEIS-MINSAL
Vacunación pentavalente.	Población menor de 1 año proyectada. Chile, 2008. INE.	3ª dosis tetravalente acumulada 2008. DEIS-MINSAL
Vacunación de polio.	Población menor de 1 año proyectada. Chile, 2008. INE.	3ª dosis tetravalente acumulada 2008. DEIS-MINSAL
Vacunación MMR.	Población menor de 1 año proyectada. Chile, 2008. INE.	3ª dosis tetravalente acumulada 2008. DEIS-MINSAL
Evaluación del estado nutricional en niños.	Población de niños < 2 años bajo control al 2008 en APS (sector público). DEIS-MINSAL. 2008.	Controles de salud en niños menores de 2 años en APS. DEIS-MINSAL. 2008.
Lactancia materna exclusiva.	Población de niños a los 6 meses bajo control en 2008 en APS (sector público). DEIS-MINSAL.	Niños con lactancia materna exclusiva a los 6 meses. APS. DEIS-MINSAL. 2008.
Atención prenatal.	RN que corresponden al sector público (2008). INE/MINSAL (vitales).	Mujeres que ingresan antes de las 14 semanas a control prenatal. DEIS-MINSAL 2008.
Atención profesional del parto.	Total de RN.	Estadísticas vitales. INE-MINSAL.
Citología preventiva CACU.	Población encuestada (con factor de expansión) > 17 años. ENS 2003.	ENS 2003 y CASEN 2006.
Mamografía.	Población de mujeres de 50 y más años adscrita al sector público de salud.	DEIS-MINSAL 2008. Registro sobre demanda satisfecha en mujeres de 50 y más años.
Tratamiento de hipertensión.	Población encuestada (con factor de expansión) > 17 años. ENS 2003.	ENS 2003.
Tratamiento de diabetes mellitus tipo I y II.	Población encuestada (con factor de expansión) > 17 años. ENS 2003.	ENS 2003.
Tratamiento de hipercolesterolemia.	Población encuestada (con factor de expansión) > 17 años. ENS 2003.	ENS 2003.
Tratamiento de obesidad.	Población encuestada (con factor de expansión) > 17 años. ENS 2003.	ENS 2003.

En el caso de las intervenciones para niños, en Chile el calendario de vacunas es el siguiente:

Cuadro 11. Calendario de vacunación en Chile.

Edad	Vacuna
Recién nacido	BCG
2,4,6 meses	Hepatitis B
	DPT
	Polio oral
	Hb
1 año	Tres vírica (sarampión, rubeola y parotiditis)
18 meses	Polio oral
	DPT (1er. refuerzo)
4 años	DPT (2o. refuerzo)
1° básico	Tres vírica (Sarampión, rubeola y parotiditis)
2° básico	DT

Actualmente, la vacunación del recién nacido para TBC está puesta en duda, en virtud del perfil epidemiológico del país, por lo que no es un buen indicador de desempeño. La calidad de la información para atención prenatal es mala, ya que no se dispone de una encuesta de población y los datos provienen de registros de los servicios (universales), pero que dan cuenta de la producción. Con la instalación del Programa Chile Crece Contigo (Sistema de Protección a la Infancia) de manera universal a partir del 2008, podrá contarse con información de mejor calidad.

Cuadro 12. Características de las intervenciones seleccionadas, Chile.

Intervención	Definición operativa de la prestación	Evento positivo	Resultado esperado de la intervención
Vacunación BCG	Vacunación en niños recién nacidos con BCG	Inmunización	Tuberculosis (meningitis tuberculosa)
Vacunación pentavalente	Vacunación en niños de 6 meses (tercera dosis)	Inmunización	Difteria, tétanos post -neonatal, tos convulsiva, infecciones invasivas por <i>hemophilus influenzae</i>
Vacunación MMR	Vacunación en niños al año de vida (MMR)	Inmunización	Sarampión
Evaluación del peso y talla en niños	Evaluación antropométrica y consejería	Eutrofia	Malnutrición por exceso o déficit

...

Intervención	Definición operativa de la prestación	Evento positivo	Resultado esperado de la intervención
Lactancia materna exclusiva	Evaluación de lactancia y consejería	Protección de enfermedades en menor de 1 año (morbilidad y mortalidad)	Incidencia de diarreas agudas graves o IRA graves que requieren hospitalización
Atención prenatal	Cuatro o más controles prenatales en centros de salud primaria	Detección de riesgos y promoción de salud	Prematurez, bajo peso al nacer
Atención profesional del parto	Atención del parto realizado por profesionales	Prevención de riesgos madre y RN	Mortalidad materna, asfixia y trauma neonatal
Citología preventiva CACU	PAP últimos tres años	Prevención	Cáncer cervicouterino
Mamografía	Mamografía en los últimos tres años	Prevención	Cáncer de mama
Tratamiento de hipertensión	Tratamiento de hipertensión en atención primaria (GES)	Compensación	HTA
Tratamiento de diabetes mellitus tipo I y II	Tratamiento por profesionales de la salud (GES)	Compensación	Diabetes tipo I y II
Tratamiento de hipercolesterolemia	Tratamiento por profesionales de la salud en atención primaria	Compensación	Hipercolesterolemia
Tratamiento de obesidad	Tratamiento por profesionales de la salud (GES sólo mórbidos)	Eutrofia o reducción del peso	Obesidad

El cuadro siguiente incluye la efectividad esperada para cada tipo de intervención seleccionada.

Cuadro 13. Efectividad esperada para intervenciones seleccionadas, Chile.

Intervenciones materno-infantiles	Efectividad esperada
Vacunación BCG	Reducción o ausencia de casos de TBC meníngea en población menor de 1 año
Vacunación pentavalente	Reducción de casos de difteria, tétanos, coqueluche, enfermedades invasivas por Hib, HB en personas vacunadas
Vacunación MMR	Ausencia de casos de sarampión en población total
Evaluación del peso y talla en niños	Menor prevalencia de obesidad, sobrepeso y desnutrición en niños menores de 2 años, en población controlada. Prevalencia de eutrofia en niños bajo control

Intervenciones materno-infantiles	Efectividad esperada
Lactancia materna exclusiva	Mayor prevalencia de lactancia materna
Atención prenatal	Reducción de incidencia de prematurez
Atención profesional del parto	Reducción de incidencia de egresos por asfixia o trauma perinatal
Citología preventiva CACU	Reducción de casos de Ca invasor en mujeres activas en el programa. Ingreso temprano a tratamiento
Mamografía	Reducción de casos de Ca de mama en mujeres con mamografía. Ingreso temprano a tratamiento
Tratamiento de hipertensión en atención primaria	Control de hipertensión en tratados
Tratamiento diabetes mellitus tipo I y II (en atención primaria)	Control de diabetes en tratados
Tratamiento de dislipidemia (en atención primaria)	Control de dislipidemia en tratados
Tratamiento de obesidad (por definir específicamente)	Reducción de peso en tratados

Resultados

A continuación se presentan los resultados por área: del niño, de la mujer y del adulto.

Cobertura de intervenciones del niño

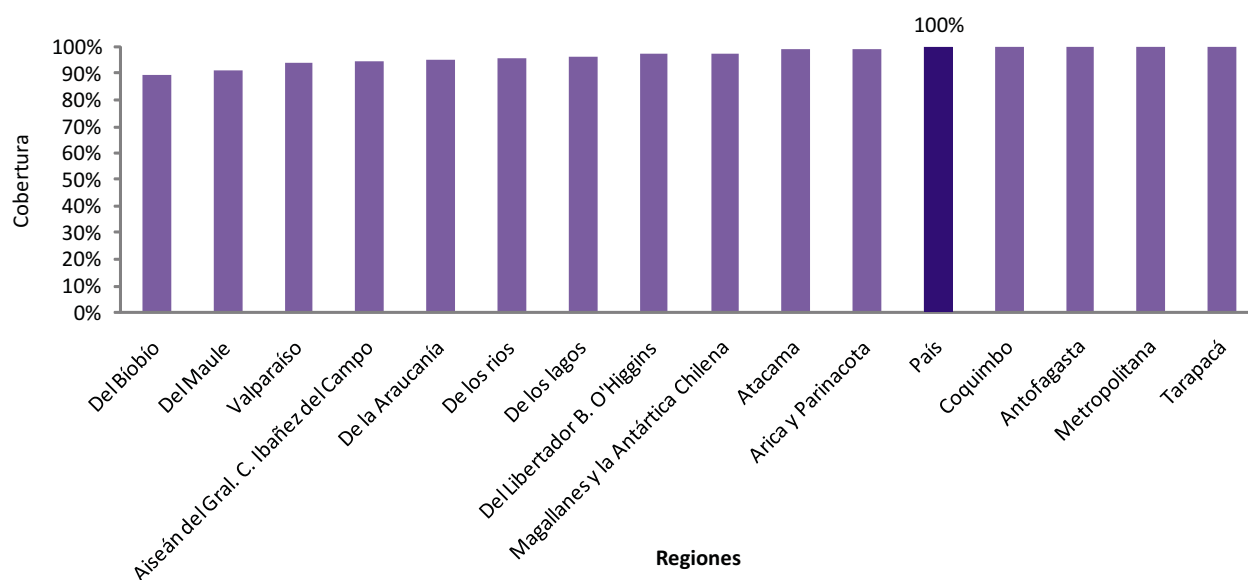
Oportunidad

Cobertura BCG en recién nacido

La vacunación por BCG en recién nacidos en Chile se realiza al alta de las maternidades (entre el segundo y quinto día de vida). Su objetivo es reducir la incidencia de meningitis tuberculosa en menores de 1 año. Esta enfermedad en Chile es muy inusual. La tasa de mortalidad por TBC (todas las formas) en menores de 1 año en 2006 fue de 0.4 por 100.000. El número de casos reportados en ese año, para esa edad, fue de 3 (tasa de 1.2 por 100.000).

La cobertura nacional de BCG en 2008 fue cercana al 100%. La cobertura en todas las regiones es superior al 90%, siendo la menor en Bío Bío. No se pudo obtener la información sobre cuántos de los casos observados tenían vacunación previa. Si estimamos que la cobertura es del 100%, podríamos decir que la efectividad es de 99.9%.

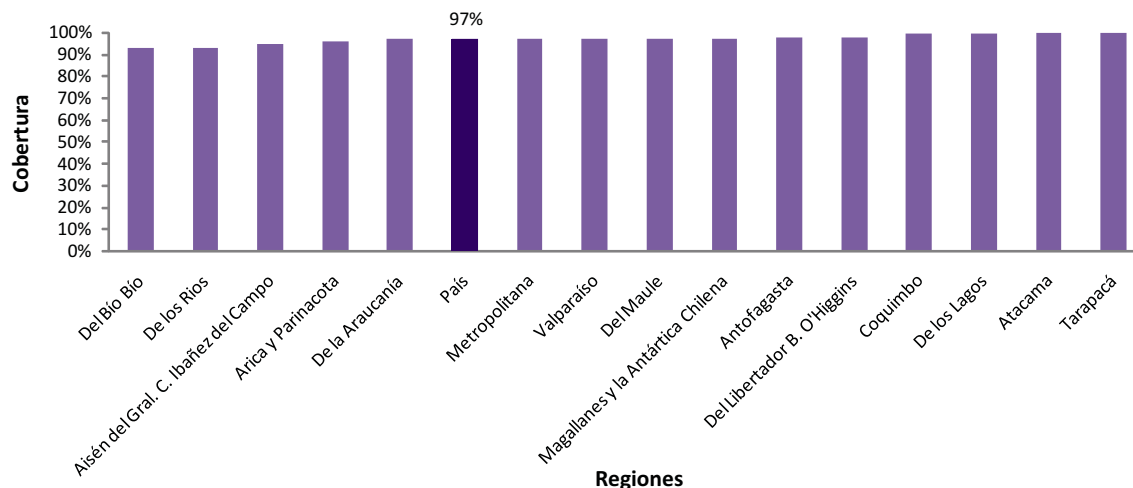
Gráfica 32. Cobertura de BCG en recién nacidos. Chile, 2008.



Cobertura pentavalente

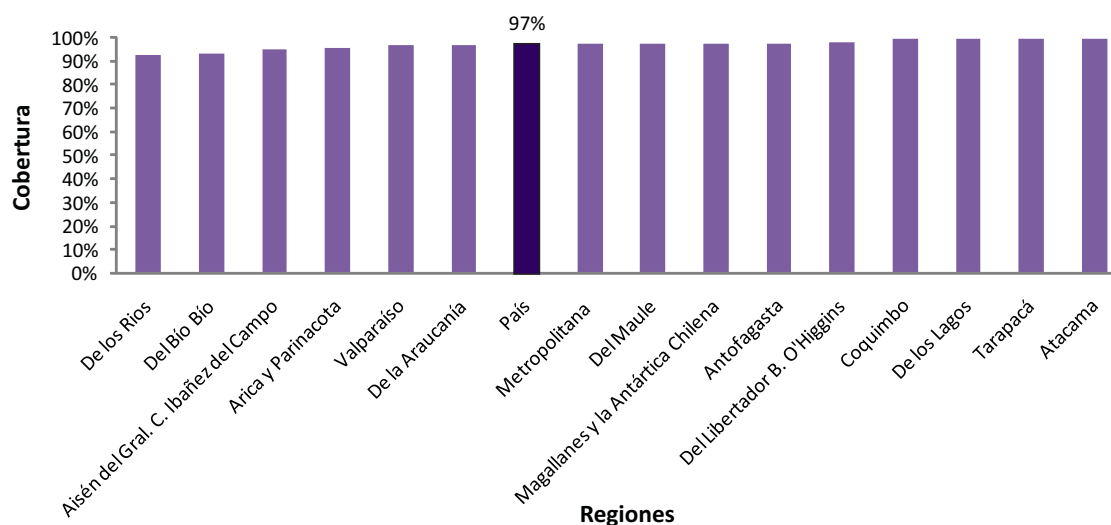
La vacunación con pentavalente se realiza en Chile a los 2, 4 y 6 meses de edad, con coberturas estables entre 96-97% en esos grupos de edad. El número de casos reportados en 2008 (semanas 1 a 49) en menores de un año para difteria fue de 0, para tétanos de 0, para coqueluche de 465 (que corresponden al 56.3% de los casos declarados), y 0 casos de hepatitis B. No se dispone de información actualizada sobre infecciones invasivas por HiB.

La cobertura de la vacuna pentavalente a los seis meses de edad (tercera dosis del calendario oficial) fue de 97%. Por regiones fluctúa entre 93% y 100%. La cobertura efectiva de difteria, tétanos y hepatitis B en menores de un año es de 100%; en el caso de coqueluche es del 99.8%.

Gráfica 33. Cobertura de vacunación pentavalente a los seis meses de edad según regiones. Chile, 2008.

Cobertura de VOP

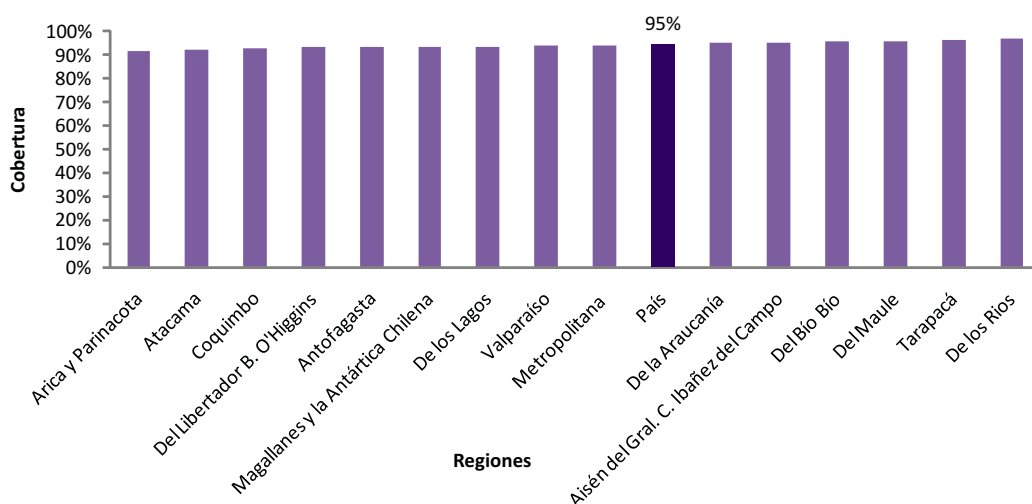
La vacunación contra la poliomielitis se realiza a los seis meses de edad (tercera dosis). Desde 1975 no se ha presentado circulación de poliovirus salvaje. La tasa de notificación de parálisis flácida para 2005 fue de 2.2 por 100.000 menores de 15 años. Para el país, la cobertura fue superior al 90% en todas las regiones.

Gráfica 34. Cobertura de vacunación VOP a los seis meses. Chile, 2008.

Cobertura de MMR (Antisarampión)

La vacunación por MMR se realiza a los 12 meses de edad. La cobertura en Chile fue de 95%. Por regiones fluctúa entre 92 y 97%. En Chile no se han notificado casos de sarampión, de modo que la cobertura efectiva es de 100%. En el caso de rubeola, en 2008, en las semanas 1 a 49 se detectaron 14 casos, uno de ellos importado de Argentina. Esto implica una cobertura efectiva del 99.9%.

Gráfica 35. Cobertura de vacunación MMR a los 12 meses. Chile, 2008.



Cobertura de controles de crecimiento y desarrollo en niños menores de 2 años

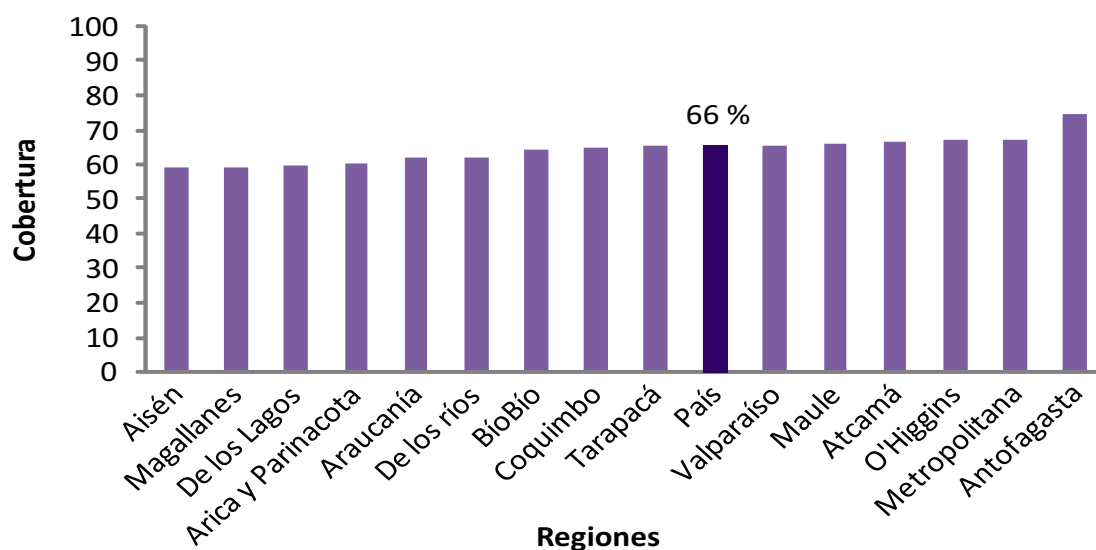
En Chile se realizan controles de crecimiento y desarrollo en el sector público de salud, a partir del alta hospitalaria. El ingreso a control depende del momento de inscripción del niño, que se espera que sea antes de los 7 días del alta hospitalaria. De acuerdo con los registros disponibles, el número de niños controlados excede a la población bajo control estimada por el INE, por lo que la cobertura en menores de 2 años es de 163%. Esto muestra problemas de proyección de población. Por esta razón, el cálculo de la cobertura efectiva no parece adecuado realizarlo con estos datos.

En un análisis general, con base en la población bajo control adscrita y validada del sector público, existían 343.109 niños menores de 2 años, de los cuales el 95.6% contaba con controles de salud al día.

La situación por regiones, que presenta la gráfica siguiente, destaca la menor cobertura en la región metropolitana.

Al evaluar la cobertura efectiva, definida como el porcentaje de niños que están adscritos a control de salud con adecuado estado nutricional (eutrofia)*, nos encontramos que en el sector público el 66% se hallaba en esta condición. La mejor cobertura efectiva la tuvo la región de Antofagasta, con un 75%, y la peor Magallanes y Aisén, con un 59.4%.

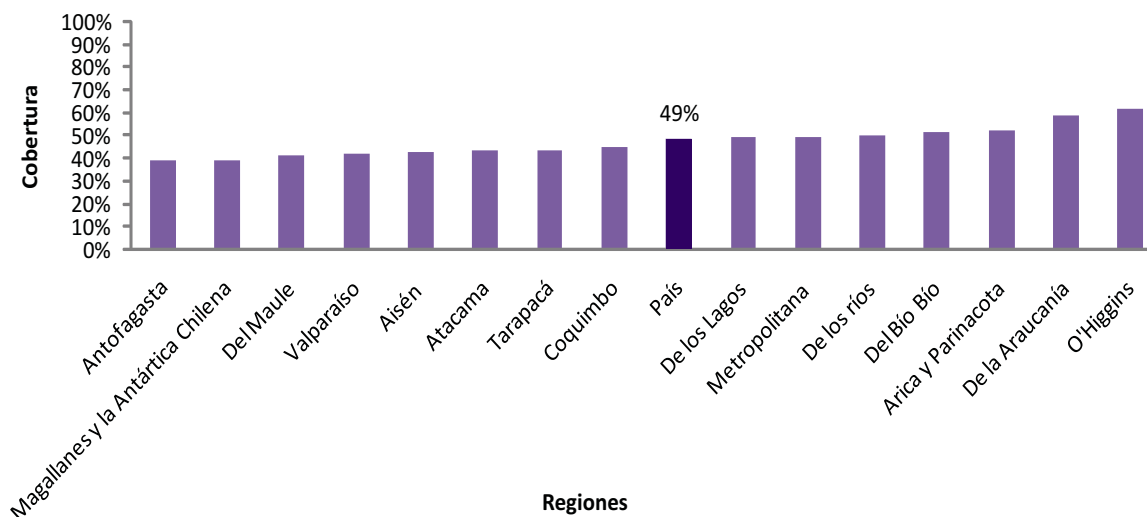
Gráfica 36. Cobertura del control de salud en menores de dos años en el sector público de salud. Chile, 2003. (Porcentaje)



Lactancia materna exclusiva a los 6 meses

Chile dispone de información sobre lactancia materna exclusiva para 1, 2, 4 y 6 meses de edad, a partir de registros administrativos del sector público. Del mismo modo se cuenta con información sólida sobre lactancia materna exclusivamente a los 12 meses de edad.

En 2008, la cobertura de lactancia materna a los 6 meses de edad, entre personas adscritas a centros de salud primaria del sector público de salud, fue de 49%. La cobertura por regiones fluctuó entre 39% y 62%.

Gráfica 37. Cobertura de lactancia materna exclusiva a los seis meses. Chile, 2008.

Para evaluar las variables de resultado que se asocian con lactancia materna exclusiva a los 6 meses se analizaron las tasas de mortalidad en menores de 1 año por diarreas agudas, por infecciones respiratorias agudas y por tasas de egresos hospitalarios por diarrea e infecciones respiratorias en la población del sector público. Los datos muestran que la variable que mejor se ajusta a un modelo de regresión es la tasa de egresos hospitalarios por diarreas agudas, como se observa en el cuadro siguiente.

Cuadro 14. Varianza explicada por lactancia materna exclusiva a los seis meses, Chile.

Medida de resultado	R ²
Tasa de mortalidad por diarreas en menores de 1 año	0,0109
Tasa de mortalidad por IRA en menores de 1 año	0,028
Tasa de egresos hospitalarios por diarreas en menores de 1 año	0,4715
Tasa de egresos hospitalarios por IRA en menores de 1 año	0,1607

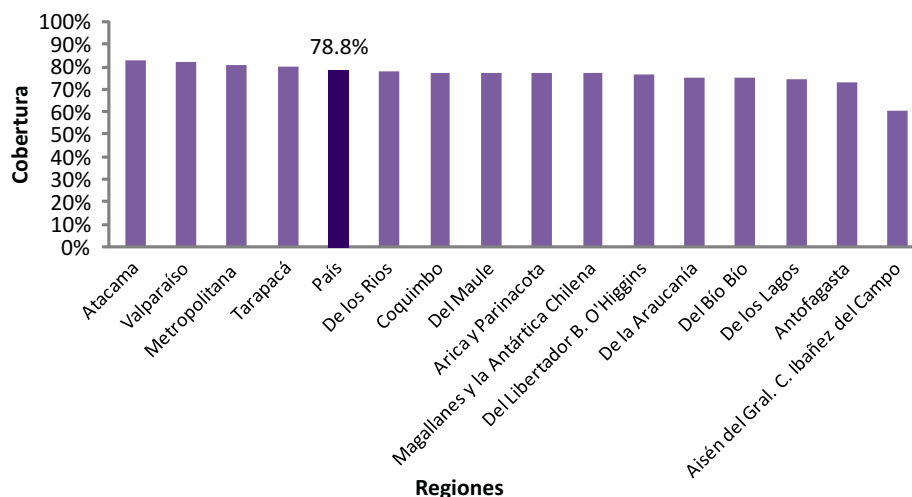
Cobertura de intervenciones en la mujer

Cobertura de atención prenatal

Para el cálculo de este indicador se estimó que era posible que alcanzaran al menos cuatro controles prenatales, si la paciente había ingresado a control antes de las 14 semanas de gestación. La cobertura de ingreso precoz al control prenatal fue de 79%, fluctuando entre un 60.5% y un 83% entre las regiones.

Solo se encontró asociación entre la cobertura regional y la cobertura al control prenatal en mujeres de 15 a 19 años, con nacidos vivos con < de 1000 gramos ($r=0.336$). Es importante buscar otra medida de efectividad para el caso de Chile. Probablemente, con la instalación del Sistema de Protección a la Infancia, Chile Crece Contigo, y el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, es posible que se reduzcan factores de riesgo para el desarrollo del niño, como por ejemplo consumo de alcohol y drogas durante el embarazo. Esto habría que modelarlo cuando se disponga de una cohorte.

Gráfica 38. Cobertura de atención prenatal en el sector público según regiones, Chile.

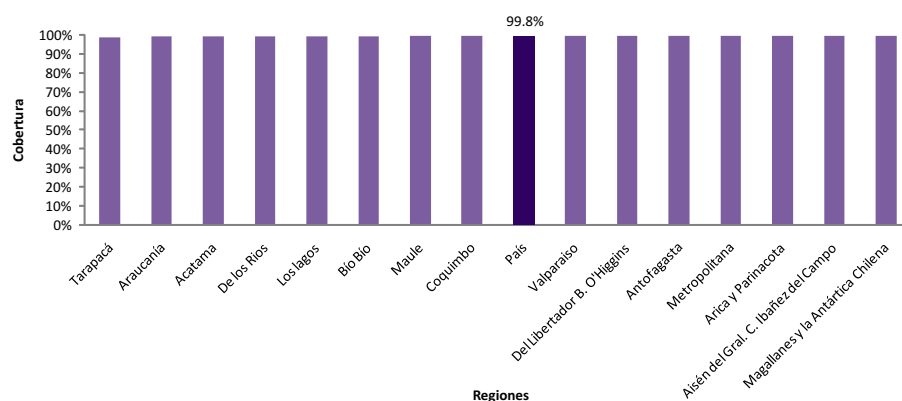


Cobertura de atención profesional del parto

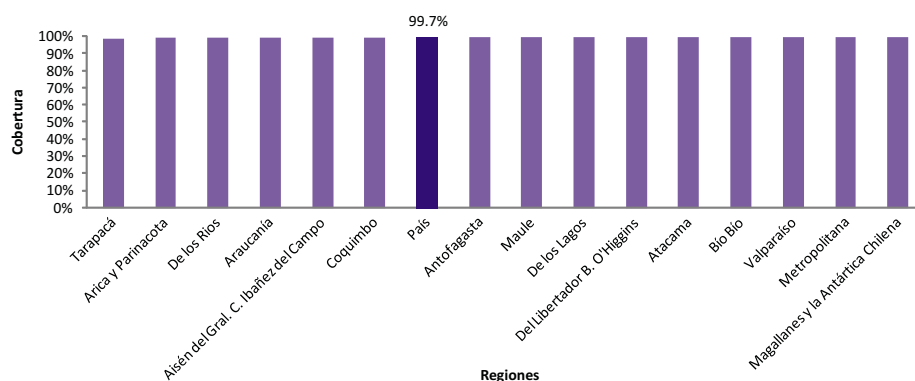
La cobertura de la atención profesional del parto fue muy alta (99.8%), mostrando similitud en los grupos de adolescentes de 15 a 19 años y entre las mujeres de 20 a 49 años. Por regiones no se observó mayor variación: la menor cobertura, de 98.6%, se dio en la región de Tarapacá. En el grupo de 15 a 19 años la cobertura más baja también fue en Tarapacá (98.9%); lo mismo sucedió en el grupo de 20 a 29 años (98.5%).

Al revisar la asociación entre condiciones perinatales, como hospitalizaciones por asfisia perinatal o traumatismo, no hubo asociaciones significativas. Ello puede ser explicado por la alta cobertura actual a lo largo de todo el país, lo que genera una variabilidad escasa.

Gráfica 39. Atención profesional del parto en mujeres entre 15 y 19 años según regiones. Chile.



Gráfica 40. Atención profesional del parto en mujeres entre 20 a 49 años según regiones. Chile, 2008.



Cobertura de citología de Papanicolau (PAP)

El programa de prevención de cáncer cervicouterino establece la norma de realizar en toda mujer en edad fértil un PAP cada tres años. En la encuesta CASEN de 2006 se encontró que la prevalencia era de un 47% en mujeres entre 25 y 64 años (grupo objetivo de la política pública).

En la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2003 se preguntó a mujeres mayores de 17 años "si se habían hecho un PAP alguna vez". El 77.1% de las mujeres declaró que sí se lo había realizado. La cobertura fue mayor en el sector rural (80.9%) que en el urbano (76.6%). Los resultados por grupos de edad pueden observarse en el siguiente cuadro.

Cuadro 15. Cobertura de PAP en grupos seleccionados. Chile, ENS 2003.

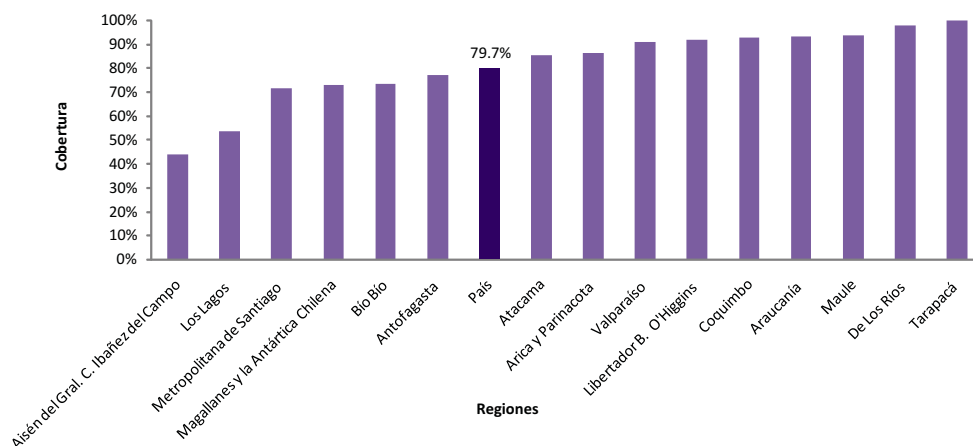
Grupo de edad	Porcentaje de Cobertura <i>Alguna vez realizado PAP</i>	Porcentaje de mujeres tratadas, que presentaron PAP alterado
Menores de 25 años	23.2	59
25-45 años	90.9	46
50 y más	85.9	42
Urbano < 25 años	21.4	43
Urbano 25-45 años	90.6	49
Urbano 50 y más	87.3	44
Rural < 25 años	41.5	100
Rural 25-45 años	93.7	25
Rural 50 y más	77.1	19
País	77.1	45

Cobertura de mamografía

En el país no se dispone de información de calidad que permita estimar la cobertura de realización de mamografía. En la nueva ENS 2009 se incorporaron preguntas para estimar la cobertura cruda y la cobertura efectiva (considerando efectividad como acceso a tratamiento en caso de requerirlo).

La única información disponible fue para mujeres de 50 y más años, adscritas al sector público de salud, en el que fue posible calcular el porcentaje de mujeres que se habían realizado mamografías, de aquellas que lo habían solicitado. Para el sector público de salud la cifra fue de 79.7%. La gráfica siguiente muestra la situación por regiones.

Gráfica 41. Porcentaje de mujeres de 50 años o más que se han realizado mamografía. Chile, 2008.



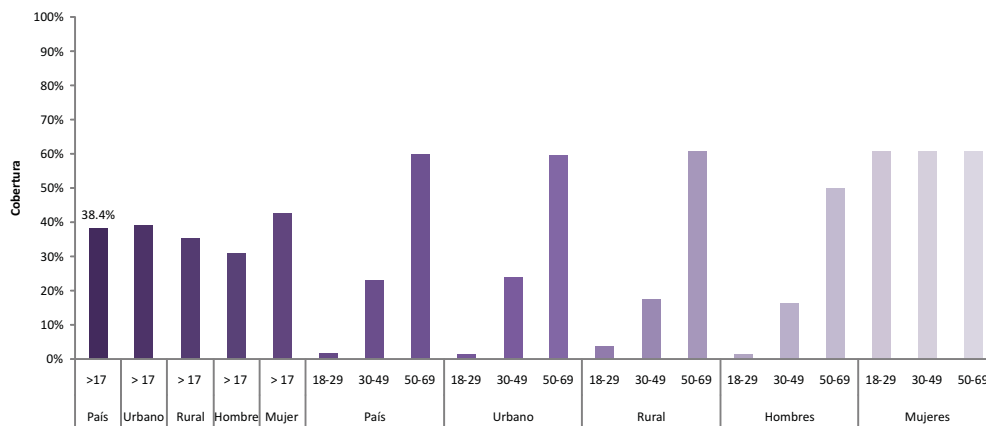
Cobertura efectiva de intervenciones en el adulto

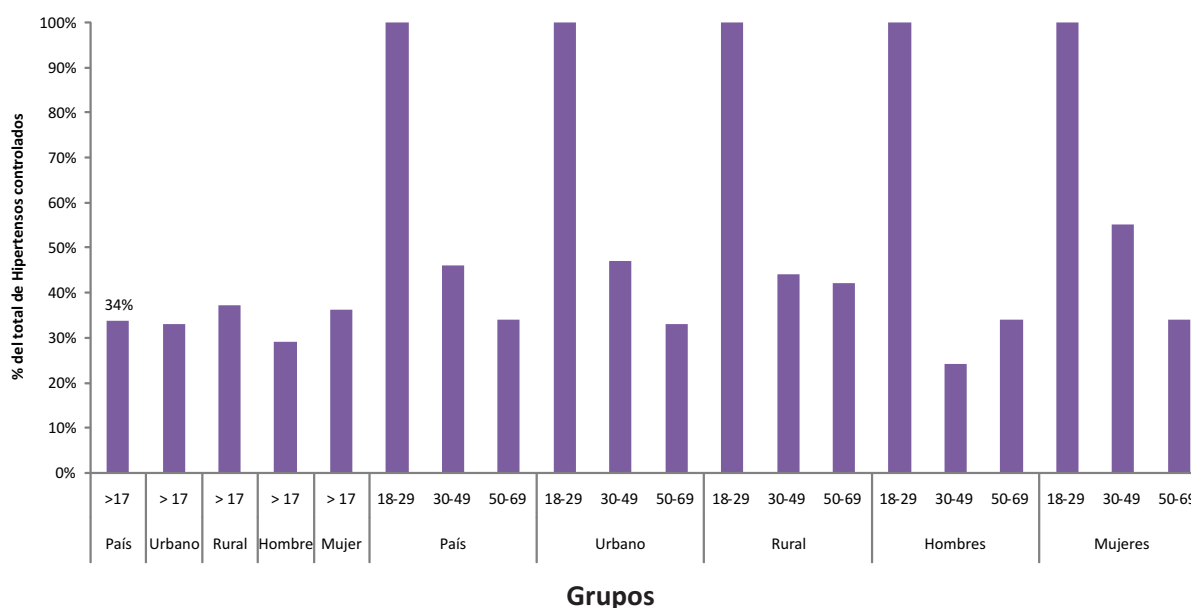
Cobertura efectiva de tratamiento médico de hipertensión arterial en el adulto

La información disponible proviene de encuestas de población (ENS 2003) y de datos administrativos del Programa de Salud Cardiovascular para la población adscrita al sector público de salud.

En 2003, la cobertura de tratamiento de hipertensión arterial fue de 38,4% en mayores de 17 años. La gráfica siguiente muestra la cobertura para diferentes grupos de población. Se destaca el hecho de que las menores coberturas se encontraron en hombres y, en aquellos, entre 18 y 29 años de edad.

Gráfica 42. Cobertura de tratamiento de hipertensión arterial por grupos de edad. Chile, 2003.



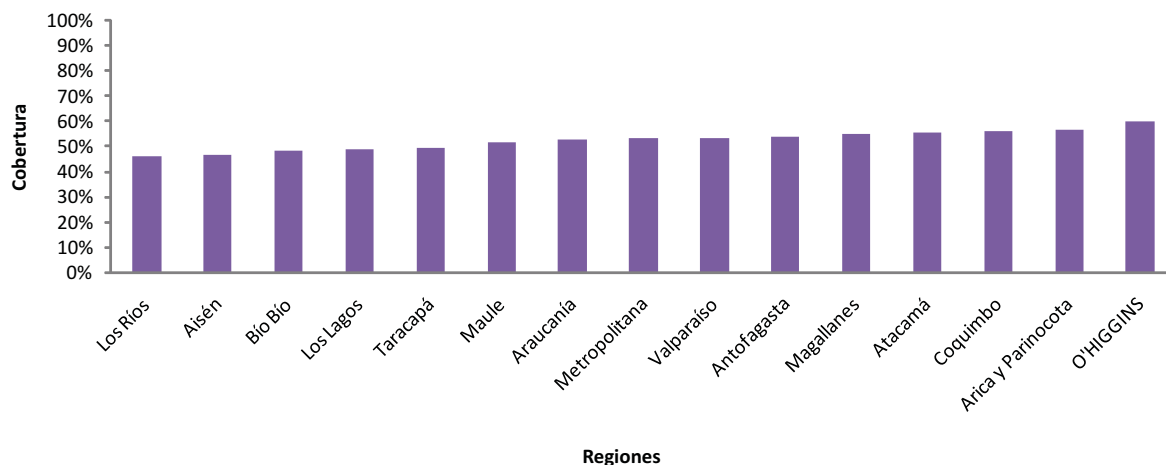
Gráfica 43. Cobertura efectiva de tratamiento de hipertensión arterial. Chile, 2003.

La cobertura efectiva de tratamiento, de acuerdo con la ENS, fue de 34% para el país. La gráfica anterior muestra la situación en diversos subgrupos. Pese a que la cobertura es baja, en los menores de 30 años la cobertura efectiva fue mayor.

Al analizar la información disponible en el Programa Cardiovascular se observó que la cobertura efectiva en aquellos adscritos al Programa fue de 52%; en hombres, 48% y en mujeres, 54%. Hubo una mayor cobertura efectiva en 2008 en el grupo de 20 a 34 años (57%) y fue menor en el grupo de 55 a 69 años (50%). La situación fue similar en hombres y mujeres por edad; es decir, a menor edad, mejor control. La diferencia fue especialmente importante en mujeres: en el grupo entre 20 a 34 años se hallaron valores de 60%, mientras que en el grupo de 55 a 69 fue de 52%.

En las regiones, la menor cobertura efectiva se encontró en la región de los Ríos, con 46%, y la mejor en la VI Región o de O'Higgins. Por sexo, los hombres contaron con menor cobertura efectiva que las mujeres en todos los tramos de edad; en ambos grupos, a mayor edad, peor cobertura efectiva. Estas coberturas reportadas por el programa, desde el punto de vista poblacional, es probable que sean como máximo la mitad, ya que se observó que la cobertura de tratamiento es sólo de un 38%. De este modo, podríamos estimar que la cobertura efectiva del sector público probablemente tendría como máximo un 26%.

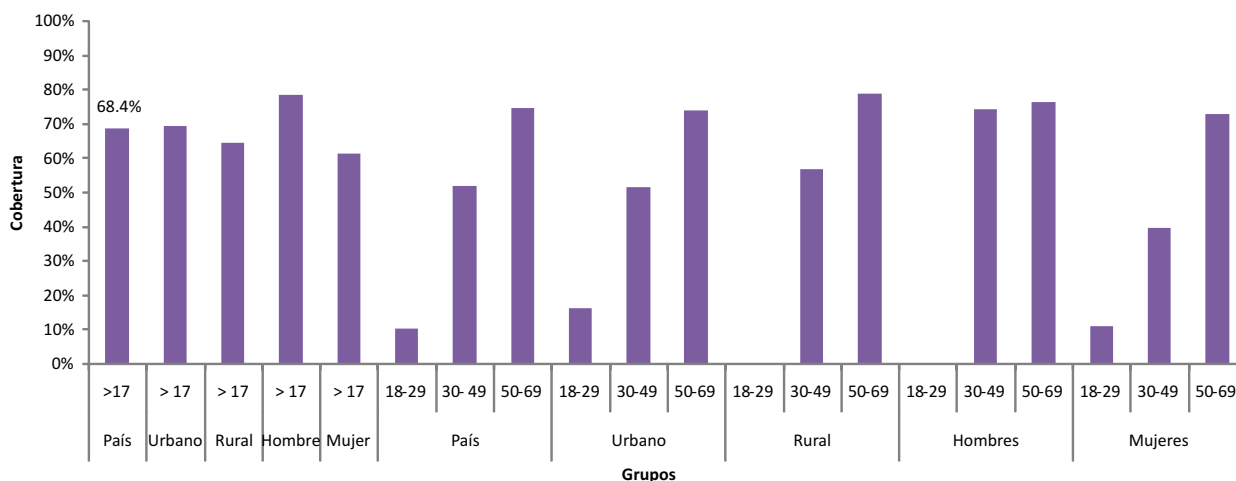
Gráfica 44. Cobertura efectiva de tratamiento médico por hipertensión arterial en el sector público. Chile, 2008.



Cobertura efectiva de diabetes en el adulto

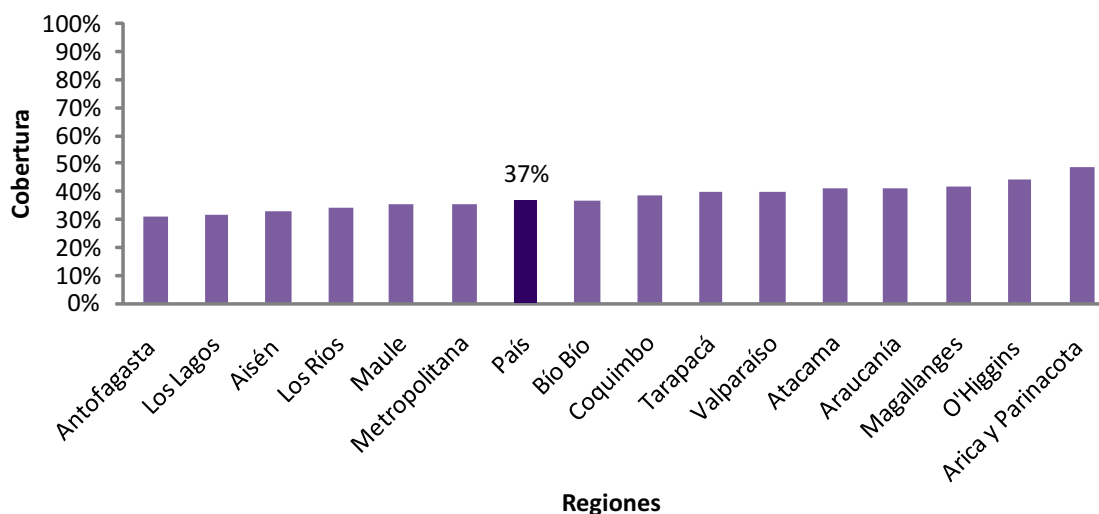
En relación con la diabetes, fue posible disponer de información sobre el acceso a tratamiento para la población total. La ENS 2003 mostró que el 68% de los diabéticos se encontraba bajo control, siendo menor nuevamente en el grupo de 18 a 29 años. La encuesta no incluyó información sobre cobertura efectiva.

Gráfica 45. Cobertura de tratamiento de diabetes mellitus. Chile, 2003.



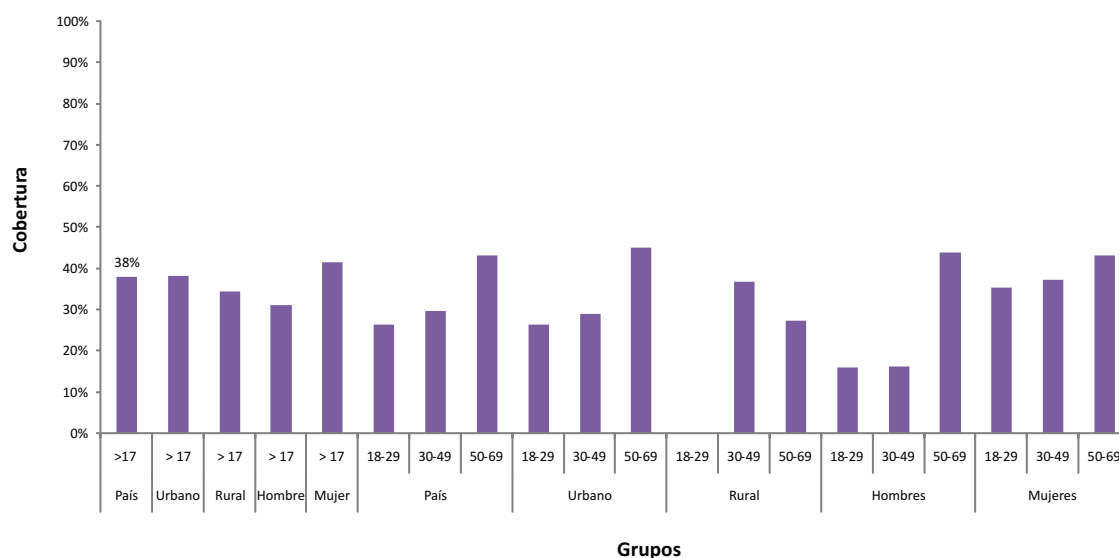
La cobertura efectiva del tratamiento de diabetes (medida con hemoglobina glucosilada < 7 mg/dl) en población bajo control en el programa público de salud cardiovascular fue de 37%: en hombres, 36% y en mujeres, 38%. El control de la diabetes se incrementó con la edad. Se encontró un 35% en el grupo de 20 a 34 años y un 38% en el grupo de 55 a 59 años. Los hombres jóvenes son el grupo con peor control (30%). Por edad y sexo, se observó sólo en hombres la tendencia a incrementar el control con la edad; en mujeres se mantuvo en valores de 38%. Las regiones de Antofagasta y Los Lagos tuvieron un peor control (31 y 32%, respectivamente). El mejor control se dio en la región de Arica y Parinacota, con 49%. Al ajustar los datos por la población estimada que tendría diabetes y no se ha controlado, podríamos obtener como máximo valores de 26% de cobertura efectiva para población del sector público.

Gráfica 46. Cobertura efectiva de tratamiento de diabetes mellitus entre población del sector público, según regiones. Chile, 2008.

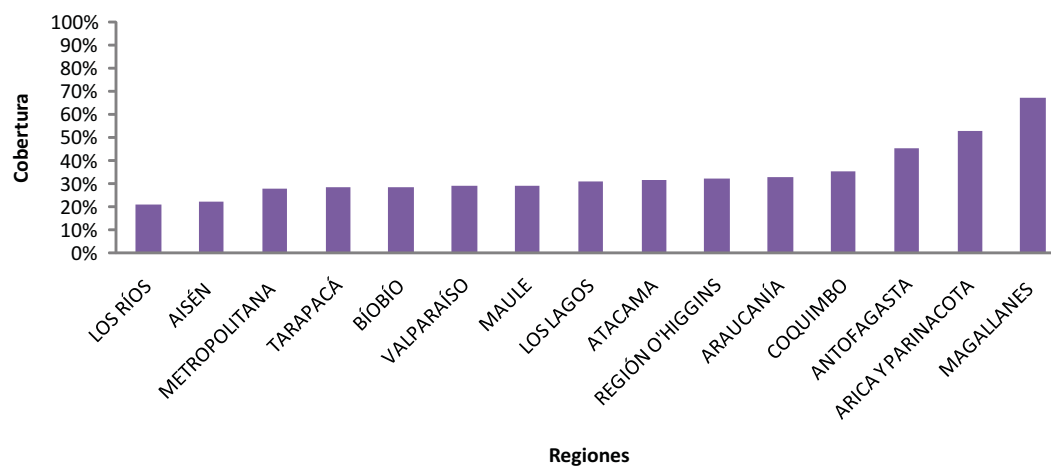


Cobertura efectiva de tratamiento para dislipidemias

La cobertura de tratamiento de dislipidemias para el total de la población del país se obtiene de los datos de la ENS 2003. La cobertura fue del 38%; es mayor en el grupo urbano de personas entre 50 y 69 años, y menor en hombres jóvenes.

Gráfica 47. Cobertura de tratamiento por dislipidemias. Chile, 2003.

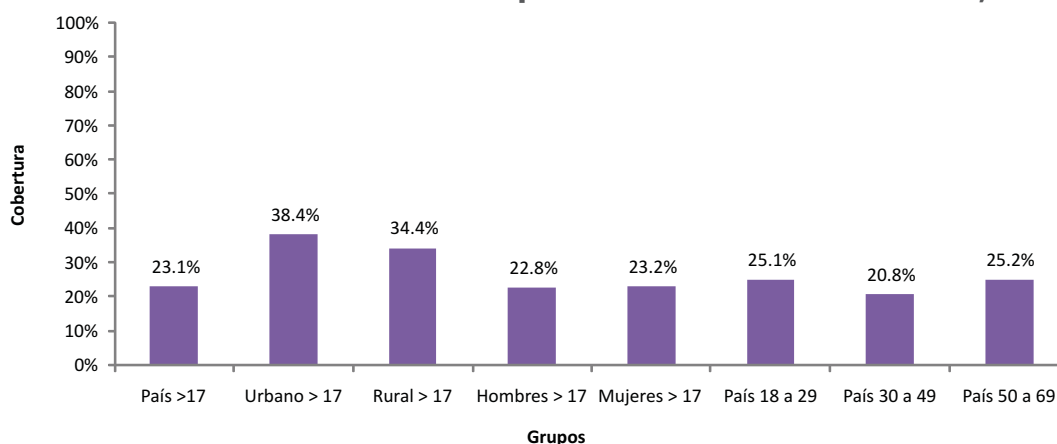
La cobertura efectiva del tratamiento para dislipidemias fue de 30% para el grupo que permanece bajo control en el programa (los criterios de control son fijados por normas clínicas para cada tipo de patología). Se distribuye por sexo en 33% para hombres y 28% para mujeres. Por grupos de edad, la cobertura estuvo entre 30 y 32%. Similar situación se observó por sexo y edad. En hombres se fue incrementando la cobertura efectiva con la edad, hasta alcanzar en el grupo de 50 a 69 años la mayor cobertura, con 35%. En mujeres la situación fue inversa: la cobertura efectiva fue mejor en el grupo de 18 a 29 años (32%) que en el grupo de 50 a 69 años (27%). En la cobertura por regiones, la mejor cobertura efectiva se dio en Magallanes (67%) y la peor en la región de los Ríos (21%).

Gráfica 48. Cobertura efectiva de tratamiento para dislipidemias entre población del sector público, según regiones. Chile, 2008.

Cobertura de tratamiento por obesidad en adultos

En Chile se dispone de información nacional sobre tratamiento de obesidad en personas obesas adultas, con base en la ENS 2003. Dado que no hay un programa específico para esta patología en el sector público, no hay información que permita estimar la cobertura efectiva, entendiendo como efectividad la reducción del peso con respecto al ingreso en el programa. La cobertura en el país fue del 23% y fue mayor en zonas urbanas. No se dispuso de información regional.

Gráfica 49. Cobertura de tratamiento por obesidad mórbida. Chile, 2003.



Discusión

La información disponible permite razonablemente calcular la cobertura de servicios de salud y, en algunos casos, la cobertura efectiva. En el área de la salud de la mujer se presentan las mayores dificultades para definir las intervenciones seleccionadas. Se espera que con la nueva ENS 2009, las estimaciones para los adultos, incluidos los tamizajes para los cánceres de la mujer, van a ser mejores. Del mismo modo, tendremos mejores estimaciones para el área materno-infantil con la instalación del sistema de información del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial del Sistema de Protección a la Infancia (Chile Crece Contigo).

Con los indicadores seleccionados en este trabajo, el desempeño del sistema de salud chileno fue superior al 90% en el área materno-infantil, con excepción del control de salud con respecto al estado nutricional en los menores de 2 años, ubicado en 60%, causado fundamentalmente por malnutrición por exceso.

En el ámbito de salud del adulto, los resultados son bastante menos que regulares. Los resultados en el estado nutricional y en enfermedades crónicas de los adultos señalan de nuevo la prioridad sanitaria en esta área, lo que implica la necesidad de mejorar el acceso (pesquisa y cobertura), así como la efectividad terapéutica.

Es importante destacar que, en el caso de Chile, el sistema de información disponible en el Ministerio de Salud es considerado de buena calidad. El Departamento de Estadística e Información del Ministerio participa en la determinación de las estadísticas vitales en conjunto con el Instituto Nacional de Estadísticas, de manera que la calidad del registro de mortalidad y de nacimientos es de muy buena calidad. Esto fue evaluado también a raíz del Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, realizado en 2006. Dicho estudio evaluó la calidad de las estadísticas de mortalidad. Sólo encontró problemas en la mortalidad perinatal y en causas no específicas para los adultos mayores, en edades extremas (mayores de 80 años).

En relación con la información disponible de registros habituales de producción de servicios, la calidad de esta información no ha sido auditada, como para certificar su calidad. La información se recolecta en el punto de provisión del servicio (atención primaria, de especialidades u hospitalaria, según corresponda). Algunos registros se incentivan, pues según su resultado por establecimiento de salud, se valoran las metas acordadas con la autoridad sanitaria. Por ejemplo, el registro de la cobertura de hipertensión arterial en el sector público se estimula, pues forma parte de los compromisos de gestión (con metas precisas) establecidas para cada establecimiento y servicio de salud. Recientemente se han incorporado algunos indicadores sistemáticos para atención primaria, los cuales posibilitan el cálculo de la cobertura efectiva para las enfermedades crónicas del adulto.

Estos antecedentes sustentan la afirmación de que Chile cuenta con información sobre cobertura para el subsector de salud pública. Las encuestas de salud en población general permiten determinar la cobertura en la población total (sectores público y privado).

Con la incorporación de garantías explícitas en salud para toda la población, el sector privado está mejorando sus sistemas de registro, lo que permitirá contar con información sistemática sobre cobertura para el 20-30% de la población y propender por la medición de cobertura efectiva. Sin embargo, estimamos que es fundamental contar con un sistema de monitoreo y evaluación de la calidad para el caso de los registros rutinarios de producción y efectividad de los servicios.

Costa Rica

Gerardo Solano, Marlén Roselló, Ronald Evans, Jaqueline Peraza

Costa Rica tiene una extensión territorial de 51.100 km². Su división territorial comprende siete provincias, subdivididas en 81 cantones y estos, a su vez, en 463 distritos. El último censo realizado registró 4.509.290 habitantes, con 87.1 hab/km² de densidad poblacional.^{1/}

El siguiente cuadro presenta algunos indicadores generales, económicos y demográficos del país.

Cuadro 16. Indicadores generales, económicos y demográficos. Costa Rica, 2008.

Capital	San José
Gobierno	República presidencialista
Moneda	Colón
Lengua oficial	Español
Extensión territorial	51.100 km ²
Densidad poblacional	87,1 hab/km ²
Población total	4.509.290 habitantes
Población económicamente activa	1,96 millones (2006)
Tasa global de fecundidad (2008)	1,97 nacimientos por 1000 habitantes
Esperanza de vida al nacer (2007)	79,3 años
Tasa bruta de mortalidad (2008)	4,05 por 1000 habitantes
Tasa de mortalidad infantil (dic. 2008)	8,95 por 1000 nacidos vivos
Cobertura de la PEA por seguro de salud	62%
Tasa neta de escolaridad	Primaria 100% Secundaria 67,6%
Tasa de desempleo abierto	4,6%
Inversión social real per cápita (constantes, 2000)	220,7 miles de colones
Inflación (IPC 2006 = 100) (%)	10,8 (2007)
Fuente: INEC, 2009.	

Descripción del Sistema de Salud de Costa Rica

El sector de la salud en Costa Rica se encuentra formado por:

- El Ministerio de Salud (MS), que vigila el desempeño de las funciones esenciales de salud pública y efectúa la rectoría sectorial.
- La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que proporciona el seguro de salud (el cual incluye atención integral en salud), prestaciones en dinero y prestaciones sociales.

- El Instituto Nacional de Seguros (INS), que cubre los riesgos laborales y de tránsito.
- El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (A y A), que regula la provisión de agua de consumo humano y la eliminación de aguas residuales.
- La Universidad de Costa Rica y los municipios.

Durante los años noventa, el MS transfirió a la CCSS los programas preventivo-promocionales, lo que ha permitido que esta institución efectúe la readecuación de su modelo de atención, integrando las acciones de promoción y prevención con las de curación y rehabilitación.

Por su parte, la CCSS es el único organismo público que cubre el seguro de enfermedad y maternidad de toda la población del país. Para ello cuenta con una red de servicios de primero, segundo y tercer niveles de atención. El primer nivel proporciona servicios de cinco programas de atención integral, a través de una red de 93 áreas de salud con 783 Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) y algunas clínicas periféricas y clínicas desconcentradas. El segundo nivel suministra servicios de urgencias, apoyo al diagnóstico, consulta externa especializada y tratamientos quirúrgicos sencillos, a través de una red de clínicas mayores, hospitales periféricos y hospitales regionales. El tercer nivel cuenta con servicios de internamiento y servicios médico-quirúrgicos de alta complejidad tecnológica, los cuales se proporcionan en tres hospitales nacionales de concentración y cinco especializados. El 90% de los habitantes está incorporado a este seguro de salud; el restante 10% puede recurrir a sus servicios en una situación de urgencia.

El financiamiento del seguro público de salud proviene de tres fuentes: el patrón aporta el 9.25% del monto de las planillas de pago, el trabajador el 5.5% de su salario y el Estado el 0.25% de la nómina nacional (en total, el financiamiento equivale al 15% del sueldo de los trabajadores). Los estudios actuariales muestran que el seguro de salud tiene una sostenibilidad financiera de 10 años como mínimo. La CCSS ha empezado a tomar previsiones, mejorando su sistema de recaudo, desarrollando un nuevo modelo de asignación de recursos mediante compromisos de gestión con los proveedores y exigiendo a estos la rendición de cuentas con base en metas de resultados.

Existe un subsector privado de servicios de salud en creciente expansión, el cual cuenta con una red propia de establecimientos. La demanda directa de estos servicios por los usuarios, su compra por instituciones públicas, como la CCSS y el INS, la insuficiente oferta de servicios públicos y la aparición de empresas aseguradoras privadas, con la modalidad de medicina prepagada, han estimulado las inversiones en el subsector privado de salud.*

Metodología

Los datos correspondientes a las vacunas fueron suministrados por el Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, según región. Los datos de lactancia materna exclusiva, provenientes de la Encuesta de Hogares y propósitos múltiples, realizada en 2006, fueron suministrados por personal de la CCSS.

* Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Perfil_Sistema_Salud-Costa_Rica.htm

Los demás indicadores de salud del niño, salud de la mujer y enfermedades crónicas provienen del Sistema de Estadísticas de los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, específicamente del Informe de Evaluación de los Compromisos de Gestión, 2007, en el cual se destaca el resultado de la labor de la red de servicios de salud de la institución.

Es importante recalcar que los compromisos de gestión no abarcan la totalidad de la oferta de servicios. Además, debe considerarse que los resultados presentados son de ámbito institucional. Por lo tanto, los datos corresponden únicamente a coberturas institucionales. Para estas coberturas, el denominador contempla toda la población del país, pero su numerador solo incorpora las personas atendidas en el Seguro Social.

Se utiliza como fuente primaria los datos obtenidos en las evaluaciones de los compromisos de gestión. Adicionalmente, se incorporan otras fuentes secundarias de datos, con el objeto de ampliar y asociar la información.

Cuadro 17. Características del esquema de vacunación, Costa Rica.

VACUNA	PROTEGE CONTRA	VACUNACIÓN BÁSICA	REFUERZOS
B.C.G.- Antituberculosa	Tuberculosis meníngea y miliar	<ul style="list-style-type: none"> Recién nacido (a) 	Ninguno
Hepatitis B	Hepatitis B	<ul style="list-style-type: none"> Recién nacido (a) 2 meses 6 meses 	Ninguno
Hib <i>Haemophilus influenzae</i> Tipo b	Meningitis, neumonía y otras infecciones por <i>H. influenzae</i>	<ul style="list-style-type: none"> 2 meses 4 meses 6 meses 	15 meses
V.O.P. Anti polio oral	Poliomielitis	<ul style="list-style-type: none"> 2 meses 4 meses 6 meses 	4 años
D.P.T. Difteria Pertusis Tetánica	Difteria Tos ferina Tétanos	<ul style="list-style-type: none"> 2 meses 4 meses 6 meses 	15 meses 4 año

VACUNA	PROTEGE CONTRA	VACUNACIÓN BÁSICA	REFUERZOS
S.R.P Sarampión Rubeola Paperas	Sarampión, rubeola y paperas	<ul style="list-style-type: none"> 1 año y tres meses 	Al ingresar a la escuela o a los 6 años
Varicela	Varicela	<ul style="list-style-type: none"> 1 año y tres meses 	Ninguno
DT Difteria Tetánica	Difteria y Tétanos	<ul style="list-style-type: none"> Mayor de 6 años a quien no se le aplicó DPT: 2 dosis, con intervalo de 2 meses, y un refuerzo 6 meses después de la segunda dosis 	A los 10 años, y cada 10 años por toda la vida
Neumocócica	Meningitis, neumonía y otras enfermedades producidas por neumococo	<ul style="list-style-type: none"> 2 meses 4 meses 6 meses 	1 año y tres meses
Vacuna de influenza (virus inactivo)	Influenza o gripe	<ul style="list-style-type: none"> 6 meses – 4 años Mayores de 65 años (con enfermedades crónicas) Niños sin vacuna previa, aplicar 2 dosis, con intervalo mínimo de 4 semanas 	Cada año

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica, 2009.

Resultados

A continuación se presentan los resultados por área: salud infantil, salud de la mujer y enfermedades crónicas.

Cobertura de intervenciones del niño

El sistema de salud de Costa Rica ofrece un esquema de vacunación amplio, técnicamente diseñado, basado en evidencia y apoyado en literatura y recomendaciones internacionales.

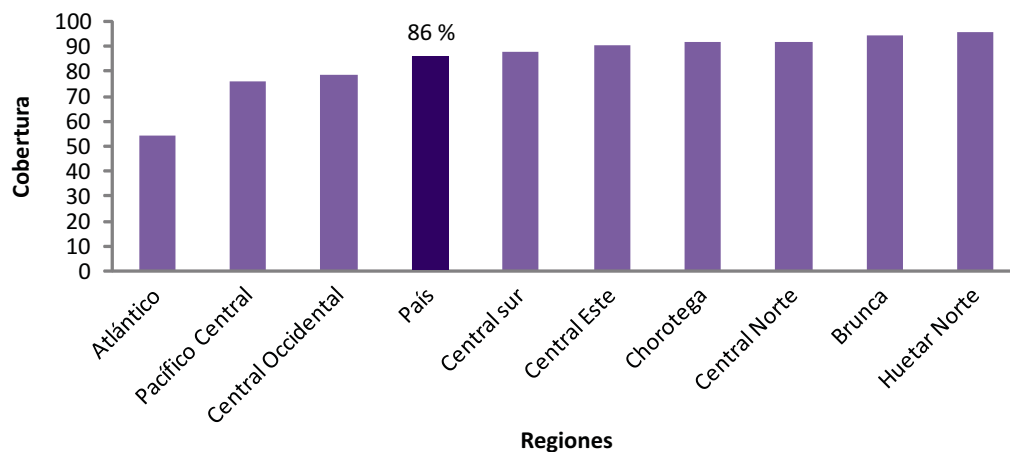
Vacunación

Oportunidad

BCG en recién nacidos

La vacunación por BCG en recién nacidos se realiza al alta de las maternidades (entre el segundo y quinto día de vida). Por regiones, fluctuó la cobertura de 56% a 96%.

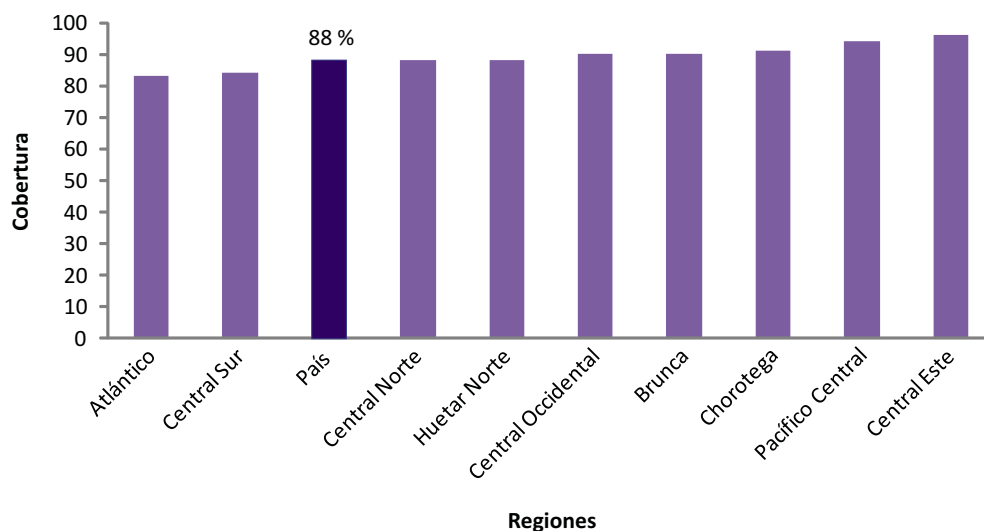
Gráfica 50. Cobertura de BCG en recién nacidos menores de 30 días, según regiones. Costa Rica, 2008. (Porcentaje)



Cobertura pentavalente

La vacunación con pentavalente se realiza a los 2, 4 y 6 meses de edad. La cobertura de la vacuna pentavalente a los 6 meses de edad (tercera dosis del calendario oficial) fue de 88%. Por regiones, estuvo entre 83% y 96%.

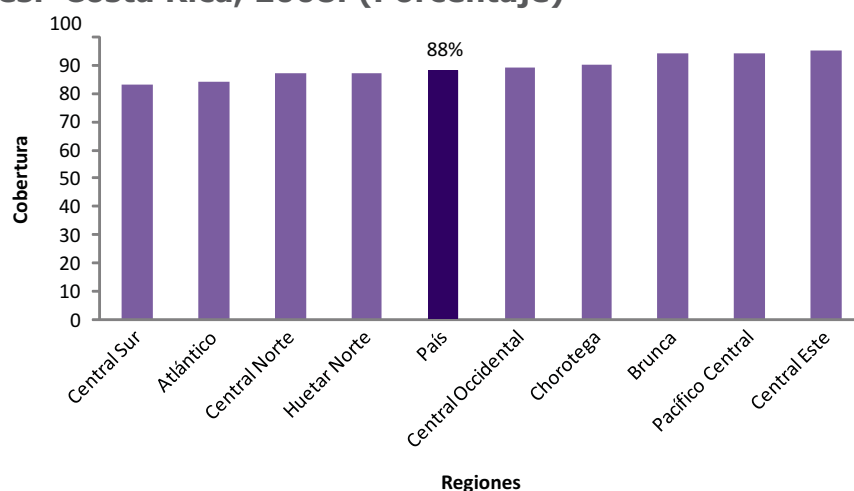
Gráfica 51. Cobertura de tercera dosis de DPT en niños a los seis meses de edad. Costa Rica, 2008. (Porcentaje)



VOP

La vacunación de polio en su tercera dosis se realiza a los seis meses de edad del niño. La cobertura fue de 88%. Por regiones se ubicó entre 83% –en la región Central Sur– y 95% –en la Región Central Este–.

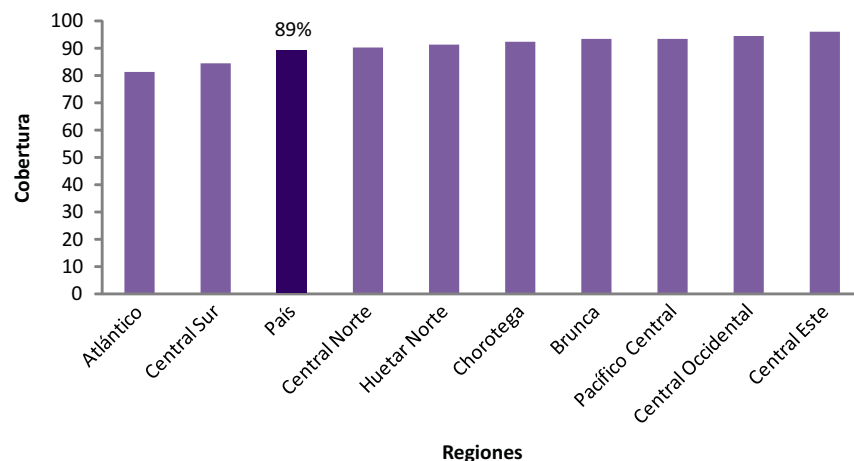
Gráfica 52. Cobertura de tercera dosis de VOP en niños a los seis meses de edad, según regiones. Costa Rica, 2008. (Porcentaje)



SRP

La vacunación por sarampión se realiza a los quince meses de edad del niño. La cobertura fue de 89%. Por región, los niveles se ubicaron entre 81% –en la región Atlántico– y 95% –en la región Central Este–.

Gráfica 53. Cobertura de vacuna contra sarampión en niños menores de 15 meses, según regiones. Costa Rica, 2008. (Porcentaje)



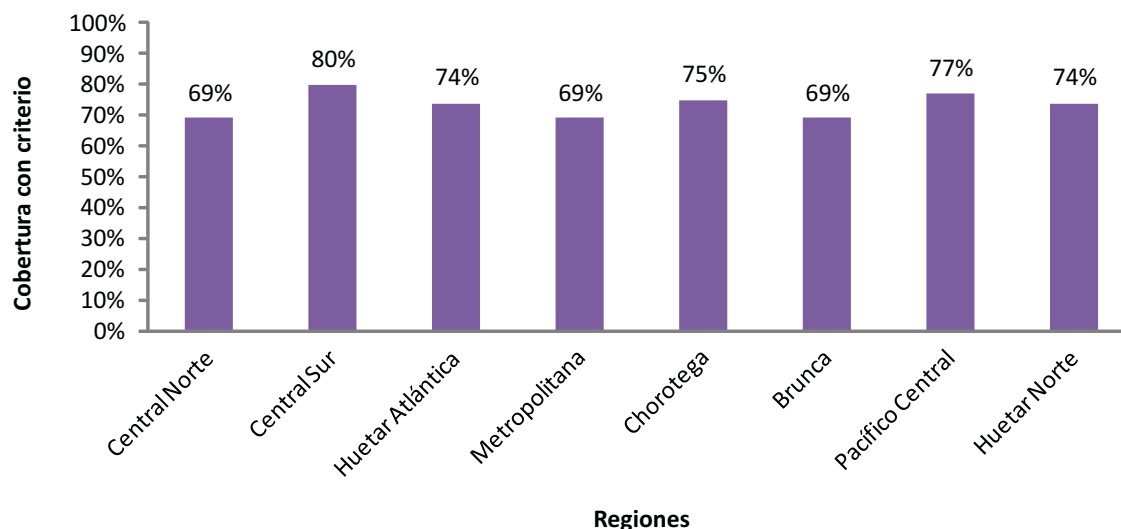
Cobertura de controles de crecimiento y desarrollo en niños menores de un año

En la atención de los menores de un año, el principal interés en la prestación de los servicios de salud es orientar y dar un seguimiento periódico, oportuno y de calidad que permita una detección temprana de diversas alteraciones en su crecimiento y desarrollo, que pueden ser modificables, así como brindar la orientación necesaria para un desarrollo óptimo y saludable.

Para efecto de la siguiente gráfica, se entiende como "cobertura con criterio", la atención del menor de un año, el cual recibe al menos 5 consultas, valoración e interpretación del estado nutricional, valoración del crecimiento y desarrollo, valoración del riesgo, prescripción de hierro profiláctico y detección temprana de anemia ferropriva. Por otro lado, se define como "cobertura sin criterio", cuando el niño es atendido, pero no se cumplen todos los criterios anteriores. Finalmente, "cobertura institucional" comprende la suma de ambas.

La cobertura institucional fue del 89% en 2007, considerando que hubo una disminución de la población objetivo, en comparación con 2002. En cuanto a la cobertura con criterio a nivel institucional, fue de 74%. Existen regiones que concentran un volumen importante de población y que tienen coberturas por debajo del promedio institucional.

Gráfica 54. Cobertura de menores de un año, según región. Costa Rica, 2007.

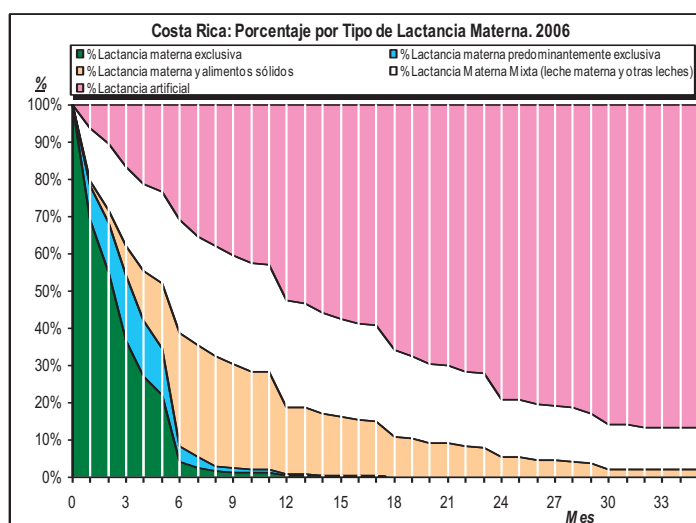


Según resultados de 2007, aproximadamente la mitad de los niños atendidos se captaron a los 8 días o menos, y el 89% en los primeros 28 días. Queda el 11% de los niños atendidos, captados sobre los 29 días, con un promedio institucional de 17 días.

Lactancia materna exclusiva a los 6 meses

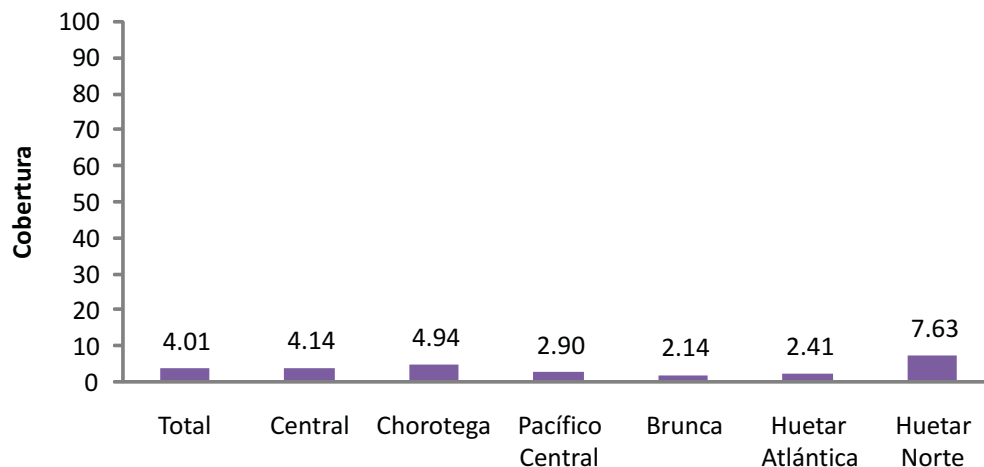
De la Encuesta de Hogares de propósitos múltiples se obtuvo información sobre lactancia materna exclusiva al mes, a los 2, 4 y 6 meses de edad. Del mismo modo, fue posible obtener información sobre lactancia materna exclusiva hasta los 12 meses de edad.

Gráfica 55. Porcentaje de lactancia materna por tipo de lactancia. Costa Rica, 2006.



En la gráfica siguiente puede observarse que el 4.01% de los niños de Costa Rica, en 2006, fue alimentado al menos hasta los seis meses con lactancia materna exclusiva, valor que fluctuó entre 7.6% en la región Huetar Norte y 2.14% en la región Brunca

Gráfica 56. Cobertura de lactancia materna exclusiva. Costa Rica, 2006.(Porcentaje)



Cobertura de intervenciones en la mujer

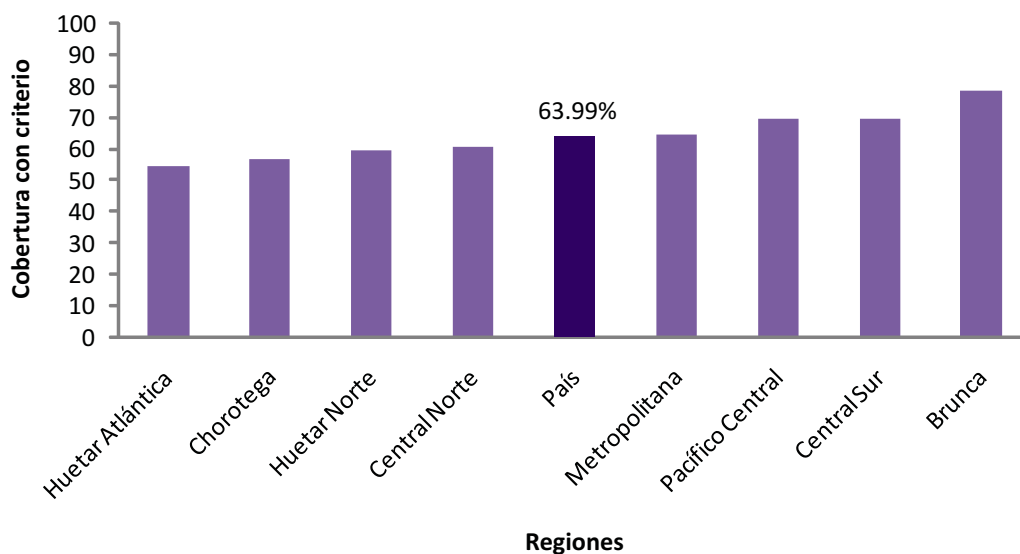
Cobertura de atención prenatal

En Costa Rica, al igual que en gran parte de los países latinoamericanos, se ha dado prioridad a la atención materna e infantil. Las principales intervenciones definidas en este período de la vida son la atención prenatal y de posparto. La atención prenatal consiste en un conjunto de actividades que se realizan por parte de los servicios de salud y tiene como propósito identificar condiciones de riesgo, tanto en las madres como en sus hijos.

El denominador de la cobertura del primer nivel de atención son los embarazos esperados. Para efecto de la siguiente gráfica, se entiende como "cobertura con criterio" la captación temprana en el primer trimestre de gestación, así como al menos dos consultas en el segundo trimestre y dos en el tercer trimestre; historia clínica perinatal en cada consulta, abordaje de riesgo en cada consulta, indicación, interpretación y abordaje general de orina en cada consulta, verificación y/o prescripción de hierro y ácido fólico en cada consulta, e indicación, interpretación y abordaje de pruebas de laboratorio: VDRL, hemograma y glicemia en ayunas. La "cobertura sin criterio" se determina cuando la mujer es atendida, pero no se cumplen todos los criterios anteriores. "Cobertura institucional" es la suma de ambas.

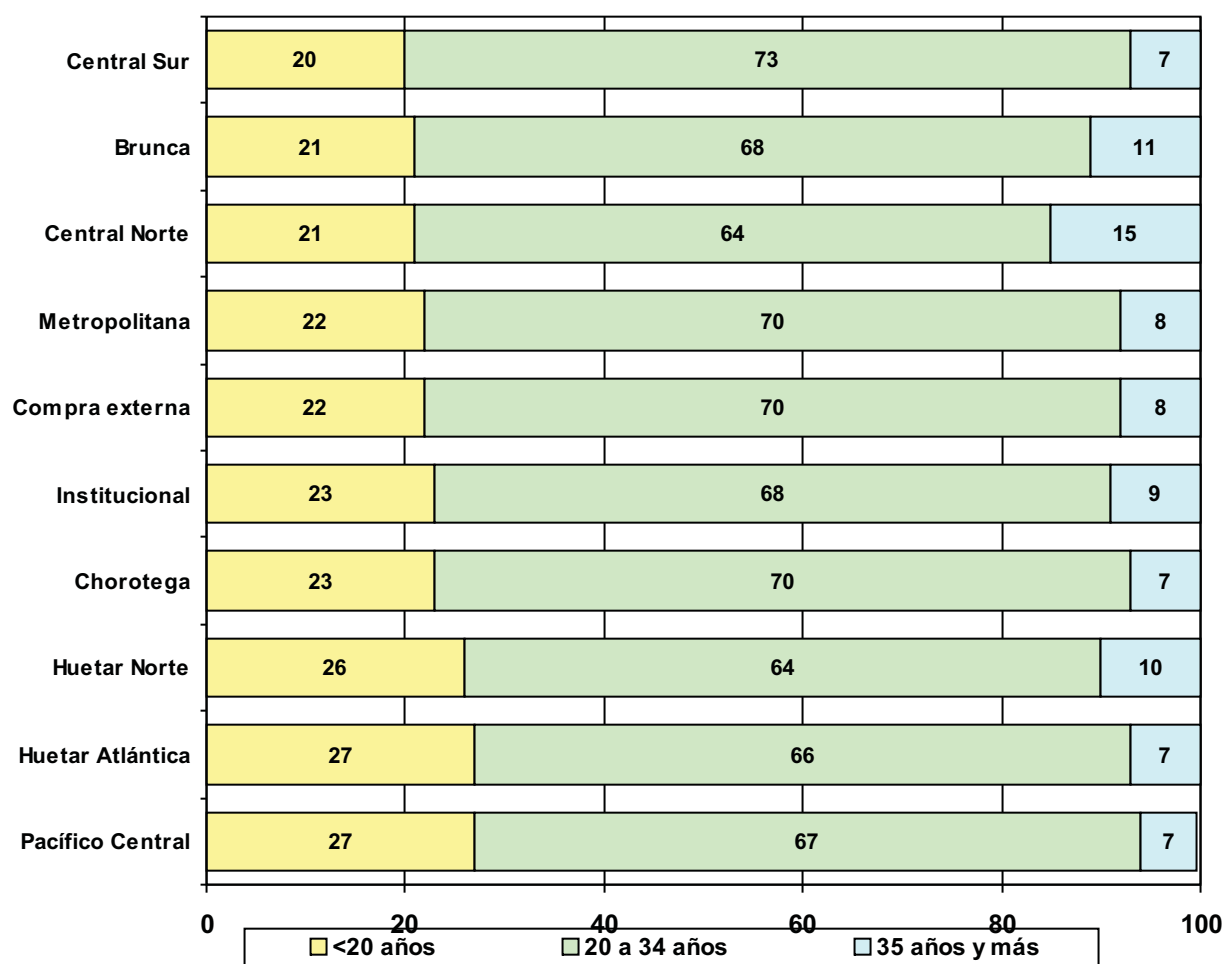
La cobertura institucional en 2007 fue de 82%, la cual osciló entre 77% y 91% en las diferentes regiones; en cambio, la cobertura con criterio varió de 57% en la región Chorotega a 79% en la región Brunca.

Gráfica 57. Cobertura de la atención prenatal con criterios, según región. Costa Rica, 2007. (Porcentaje)



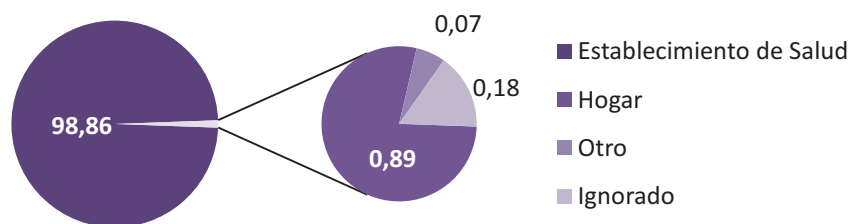
A partir de los datos recolectados también se logró obtener la distribución por edad de las personas atendidas, donde la concentración fue de 4.6 consultas por persona. Es importante señalar que aproximadamente una de cada cuatro personas era adolescente. En el otro extremo, el porcentaje de mayores de 35 años atendido fue de 9%, con variaciones por región.

Gráfica 58. Distribución de las personas atendidas en atención prenatal. Costa Rica, 2007. (Porcentaje)



Cobertura atención profesional del parto

En 2008, 74,330 de los nacimientos (98.9%) ocurrió en establecimientos de salud. Por lo tanto, la cobertura en Costa Rica de la atención profesional del parto fue muy alta.

Gráfica 59. Porcentaje de nacimientos por lugar de ocurrencia. Costa Rica, 2008.

Fuente: INEC, 2008

Cobertura de citología

El propósito de la detección oportuna es identificar la enfermedad en un estadio temprano, cuando tiene un alto potencial para la curación. La intervención disponible en cáncer de cuello uterino es la toma de citología cervicovaginal, que permite la detección temprana para un tratamiento oportuno de los casos. En 2007, la cobertura de las citologías fue de 22%, con una variación de los porcentajes entre regiones: la región Metropolitana presentó el valor de cobertura más bajo (17%), comparado con el de la región Brunca, que fue el doble: 34%.

Cuadro 18. Población blanco y cobertura de personas con citología, atendida en el primer nivel de atención según región. Costa Rica, 2007.

Región	Población blanco		Cobertura institucional (porcentaje)	
	< 35 años	> 35 años	< 35 años	> 35 años
Total	764.521	959.060	16	22
Central Norte	165.764	170.450	12	20
Compra externa	132.274	139.617	16	21
Central Sur	129.409	131.054	16	24
Metropolitana	94.722	98.442	12	17
Huetar Atlántica	70.882	237.418	18	21
Chorotega	51.310	59.165	23	25
Brunca	48.638	50.471	25	34
Pacífico Central	38.095	41.406	22	27
Huetar Norte	33.427	31.037	21	25

En cuanto a oportunidad de la atención, se establece que las citologías vaginales con diagnóstico de lesión intraepitelial de bajo y alto grado deberán ser notificadas y referidas al segundo y tercer niveles para su abordaje en un tiempo no mayor de 15 días.

Cobertura de mamografía

Con respecto a la cobertura de las mamografías, se dispuso de la cantidad realizada por año y por región, pero no se contó con el dato desagregado por grupo de edad. Por ello, no fue posible estimar la cobertura y la cobertura efectiva.

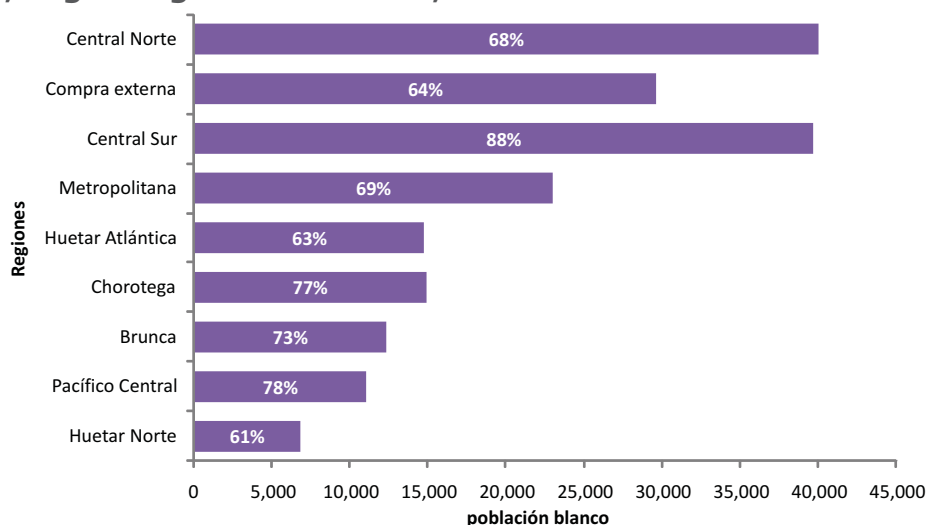
Cobertura efectiva de las enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) representan el 78% de todas las muertes en el continente americano. En la CCSS, la enfermedad isquémica, la cerebrovascular y la hipertensiva representan un impacto creciente en los servicios. Actualmente, por estas causas se brinda el 7% de las consultas médicas (75% de estas por hipertensión).

Cobertura efectiva de tratamiento médico de hipertensión arterial en el adulto

La prevalencia de hipertensión en la población costarricense es desconocida. La concentración en el primer nivel de atención para las personas con hipertensión, fue de 3.4 consultas por persona atendida. Si bien es cierto, la cobertura de las regiones fue casi del 100%, la cobertura con criterio varió de 61% en la región Huetar Norte a 88% en la región Central Sur. El promedio institucional fue de 74%. Se define la "cobertura con criterio" aquella que incluye en el primer nivel de atención la clasificación de los niveles de presión arterial, una toma de presión arterial por consulta, la valoración e interpretación del estado nutricional (índice de masa corporal) por consulta, un electrocardiograma anual, un fondo de ojo anual, la indicación e interpretación de pruebas de laboratorio anuales –examen general de orina, creatinina plasmática, glicemia en ayunas y perfil de lípidos–.

Gráfica 60. Cobertura de personas con hipertensión atendidas en el primer nivel de atención, según región. Costa Rica, 2007.

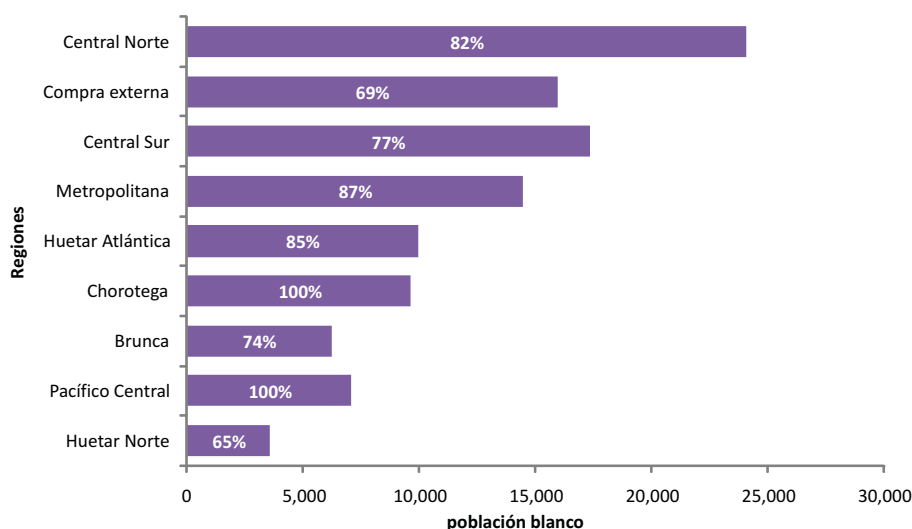


Cobertura efectiva de diabetes en el adulto

La diabetes mellitus tipo dos constituye un problema creciente. En la CCSS, en 2002, el 3.6% de las consultas médicas se brindó a personas con diabetes. La cobertura con criterio para la diabetes desde el 2004 depende del cumplimiento del criterio de hemoglobina glicosilada (HbA1c), que es la prueba que refleja el control glicérico del paciente diabético. Esta prueba ayuda a intensificar oportunamente el control de la DM (control glicérico), así como identificar los casos que requieren atención especial (enfoque de riesgo).

La siguiente gráfica muestra la cobertura de las personas con diabetes en el primer nivel de atención, según región. A nivel institucional, la cobertura fue de 81%, con variaciones en las regiones: 69% en Compra externa y 100% en la región Chorotega.

Gráfica 61. Cobertura de personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en el primer nivel de atención, según región. Costa Rica, 2007.



Cobertura efectiva de tratamiento para dislipidemias

En Costa Rica existen encuestas específicas que miden el perfil lipídico de adultos. No obstante, no se cuenta con información que permita conocer el porcentaje de personas diagnosticadas con dislipidemias y, menos aún, si se encuentran en tratamiento farmacológico.

Discusión

Cobertura de vacunación

Las estrategias aplicadas para la prevención y control de las enfermedades inmunoprevenibles han mostrado su impacto al eliminar enfermedades como la difteria y el tétanos neonatal. En 1994, se certificó la erradicación de la poliomielitis. Actualmente, el país está en proceso de certificar la eliminación del sarampión y la rubeola.

Pese a estos logros, se observan coberturas de vacunación por debajo del 95% en algunas regiones. Al analizar los datos reportados por el Ministerio de Salud, nos damos cuenta de que si bien es cierto que la mayoría de las zonas del país tiene buena cobertura, aún existen regiones donde ésta no alcanza cifras ideales. Tal es el caso de las regiones Huetar Atlántica y Central Sur. Es necesario reforzar las acciones de vigilancia de las coberturas, sobre todo en los grupos poblacionales rezagados en la vacunación y en la población inmigrante.

Cobertura de controles de crecimiento y desarrollo en niños menores de un año

Como antes se comentó, los compromisos de gestión de la Caja Costarricense del Seguro Social no abarcan la totalidad de la oferta de servicios y sus indicadores solo se refieren a la población cubierta por el Seguro Social. Pese a esto, dan una aproximación de la situación real, pues el seguro social cubre al 88.8% de la población de Costa Rica.

En la atención a niños menores de un año, el cambio más significativo en este grupo corresponde a la forma de brindar la atención. La cobertura institucional con cumplimiento de criterios ha aumentado en forma importante, pasando de 58% en 2002 a 74% en 2007, lo que tiene como consecuencia una disminución del porcentaje de oportunidades perdidas. En el nivel regional existen variaciones en el cumplimiento, como en las que no cumplen los criterios. Como se puede colegir, hay regiones que concentran un volumen importante de población, que tienen coberturas por debajo del promedio institucional y un porcentaje importante de oportunidades perdidas. Estas regiones deberían ser analizadas en forma prioritaria, por el peso que representan en el total de nacimientos del país.

Lactancia materna exclusiva a los 6 meses

En cuanto a lactancia materna, entre el nacimiento y los 6 meses, en 2006 era patente un incremento del porcentaje de niños y niñas alimentados exclusivamente con fórmula. Esto se correlaciona de manera inversa con el descenso de la alimentación con lactancia materna exclusiva (4.01%). Estos datos evidencian que existen variables sociodemográficas que influyen en las condiciones de las madres, los motivos del destete precoz y las intervenciones en este sentido para favorecer el mantenimiento de la lactancia materna. A pesar de que existe una Política Pública de Lactancia Materna, que tiene como objetivo maximizar la salud integral de las madres, niñas y niños, jóvenes, familias y población en general, todavía hacen falta esfuerzos de promoción de la lactancia materna exclusiva.

Cobertura de atención prenatal

La atención prenatal muestra que la cobertura total, medida en 2007, se mantiene constante porcentualmente en comparación con 2002 –en 82%–, disminuyendo en 3% el volumen de población atendida. Un aspecto destacable que muestran los datos de 2007 es la importante mejoría en brindar una atención apropiada con respecto a 2002 (de 30% a 64%). En el ámbito regional existe variabilidad en la cobertura con cumplimiento de criterios alcanzada, que será necesario analizar, priorizando en aquellas que atienden un volumen importante de población, por incidir en mayor forma en elevar las oportunidades perdidas.

Cobertura atención profesional del parto

El alto porcentaje de nacimientos ocurridos en los establecimientos de salud (98.9%), hace que la madre tenga acceso a los servicios prenatales y atención profesional del parto, lo cual es un factor que contribuye a mantener bajas tasas de mortalidad infantil.

Cobertura de citología

Las coberturas de toma de citología cervicovaginal en el primer nivel de atención han presentado una disminución en el último quinquenio. Esta disminución puede observarse, en la práctica, en todas las regiones de salud del país y es más relevante en el grupo de mayor riesgo, el de ≥ 35 años. Claramente, es prioritario revisar y reorientar estrategias que permitan mejorar el acceso de las usuarias al servicio de detección temprana y abordaje oportuno. En la actualidad, mucha población es captada por el sector privado, por lo que se hace necesario contar con este dato y establecer el porcentaje real de cobertura de la toma de citología cervicovaginal.

Cobertura efectiva de tratamiento médico de hipertensión arterial en el adulto

La prevalencia de hipertensión en la población costarricense es desconocida. Un estudio de prevalencia, realizado en el área metropolitana, encontró una prevalencia del 25,2% (25,4% de prehipertensión). En 2007, se realizó el estudio CRELES (Costa Rica: estudio de longevidad y envejecimiento saludable). Allí se encontró que el 59% de los adultos mayores del país sufre de hipertensión arterial, de los cuales un 27% de hipertensos ignoran que lo son. El esfuerzo realizado por el primer y segundo niveles de atención ambulatoria no hospitalaria –en la atención a las personas con hipertensión arterial– se concreta en el alto cumplimiento de criterios seleccionados en las guías de atención institucionales.

Cobertura efectiva de diabetes en el adulto

La cobertura de personas con diabetes en el primer nivel de atención ha aumentado en los últimos cinco años en todas las regiones de salud. Los aumentos proporcionalmente mayores se lograron en las regiones Brunca, Chorotega y Metropolitana. Los mayores aumentos absolutos se dieron en las regiones Central Norte, Sur y Metropolitana, ya que estas regiones cuentan con casi el 56% de la población blanco del país. Del total de personas con diabetes atendidas en el primer nivel de atención, un 34% no contaba, en su expediente clínico, con al menos un resultado de HbA1c en 2004. En 2007, esta cifra disminuyó ostensiblemente al 12%, lo que evidencia la buena disponibilidad de la prueba y el uso por parte de los servicios.

En general, los informes de evaluación, tanto del Ministerio de Salud como de la Caja Costarricense del Seguro Social, muestran mejoría en la mayoría de las coberturas totales y en el cumplimiento de los criterios fijados, cuando se analiza la información disponible entre 2002 y 2007. No obstante, se emite criterio en el sentido de mejorar y producir cambios para continuar avanzado en la optimización de la gestión de la atención de los tres niveles más importantes. También se requiere mejorar la atención en términos de disminuir las oportunidades perdidas, lo cual puede hacerse a través del incremento de la normativa institucional y el aprovechamiento de la atención integral.

Si bien es cierto que se ha avanzado mucho en disminuir la desigualdad social con respecto a la salud, en especial en cuanto concierne a la prestación de servicios de salud en las diferentes regiones, áreas y niveles de atención, todavía quedan rezagos que es imperativo continuar combatiendo.

También se destaca en los informes de evaluación de los organismos oficiales la necesidad de verificar la calidad de los registros de la atención brindada. En algunos casos se han encontrado situaciones que generan dudas sobre la calidad de los datos. Existe la convicción de que se debe insistir en el mejoramiento de los mismos para suministrar información cada día más confiable.

Otra área que requiere correctivos incesantes es la del suministro de información veraz, oportuna y completa para alimentar los sistemas de monitoreo de situación de salud del país y, principalmente, para conocer la prevalencia de los factores de riesgo. Costa Rica requiere la realización de una verdadera encuesta nacional de salud para completar su perfil epidemiológico.

Se menciona, igualmente, prestar atención especial a los dos grupos de población con menor cobertura –los niños de uno a seis años y los adolescentes–, sin dejar tampoco de vigilar los problemas de los adultos mayores.

Haití

Sandra Martínez

El sistema de salud de Haití se divide en cuatro subsectores: a) el sector público (Ministerio de Salud y Población y Ministerio de Asuntos Sociales); b) el sector privado lucrativo (todos los profesionales de la salud en práctica privada); c) el sector mixto no lucrativo (organizaciones no gubernamentales (ONG) u organizaciones religiosas, y d) el sector privado no lucrativo, que comprende ONG, fundaciones y asociaciones.

Todas las instituciones del sistema de salud están bajo el Ministerio de Salud, responsable de garantizar la salud de la población, la prestación de servicios, el aseguramiento, la formulación de políticas y la gestión del presupuesto en salud. Dentro de este subsector, la mayoría de las instituciones funciona con autonomía extrema, sin control del Estado y sin visión de red de servicios. Los servicios de salud llegan a un 60% de la población. Se estima que 40% de mismo depende de la medicina tradicional, principalmente en las zonas rurales.¹

Metodología

Con el fin de presentar los resultados de los indicadores para el estudio de la cobertura efectiva de la Red, se tuvo como referencia la base de datos de la *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-IV*.² Como primera medida se realizó una revisión de las preguntas de la encuesta, con el fin de identificar cada una de las variables necesarias para la construcción de los indicadores. Una vez identificadas las variables se procedió al respectivo cálculo.

El grupo de indicadores fue definido de común acuerdo entre cada uno de los países miembros de la Red de Cobertura Efectiva. Así se consideraron, para salud infantil, vacunación para BCG, DPT, VOP y SRP, en términos de oportunidad de la vacunación; lactancia materna –en términos de desarrollo de enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda– y control de crecimiento y desarrollo en menores de 1 año (que no fue posible calcular porque estas variables no se encuentran dentro del cuestionario); para salud de la mujer, atención prenatal del último nacido vivo en los últimos cinco años y atención del parto (quién y en dónde). No se calcularon indicadores para citología y mamografía porque no están contenidos en el cuestionario.

El análisis se realizó a partir de los archivos de EMMUS-IV 2005-2006: “Children's data” para los indicadores relacionados con salud infantil, es decir, vacunación y lactancia. Para el análisis de la información relacionada con salud de la mujer se utilizó el archivo “Individual recode” para los indicadores de control prenatal y atención del parto. El análisis estadístico fue realizado en el programa STATA 9.0.

Resultados

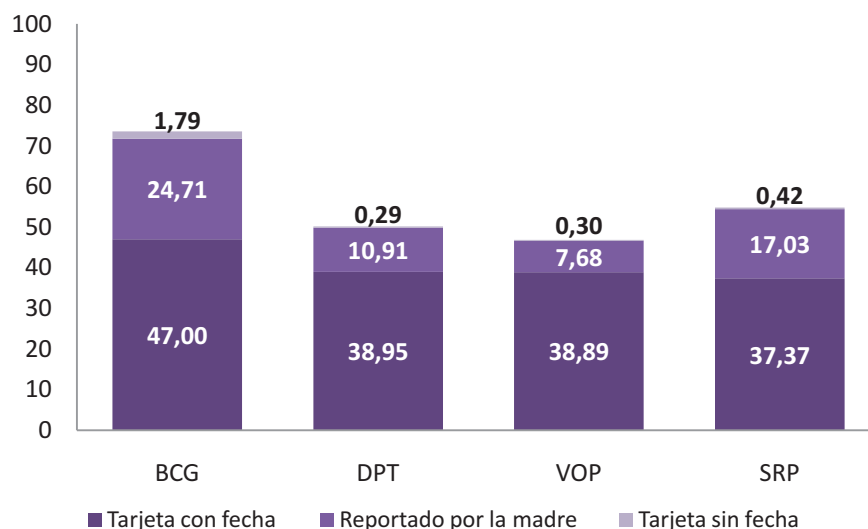
Salud Infantil

Los indicadores calculados para este grupo fueron vacunación y lactancia materna.

Vacunación

Los resultados generales de vacunación, según tarjeta y reporte de la madre, independientemente de la fecha de la vacunación, revelaron que el 73.5% de los menores de 59 meses estaba vacunado con BCG, el 50.1% se encontraba vacunado con tercera dosis de DPT, el 46.9% contra VOP y para SRP, el 54.8%.

Gráfica 62. Proporción de niños vacunados según tarjeta de vacunación y reporte de la madre. Haití, 2005-2006.



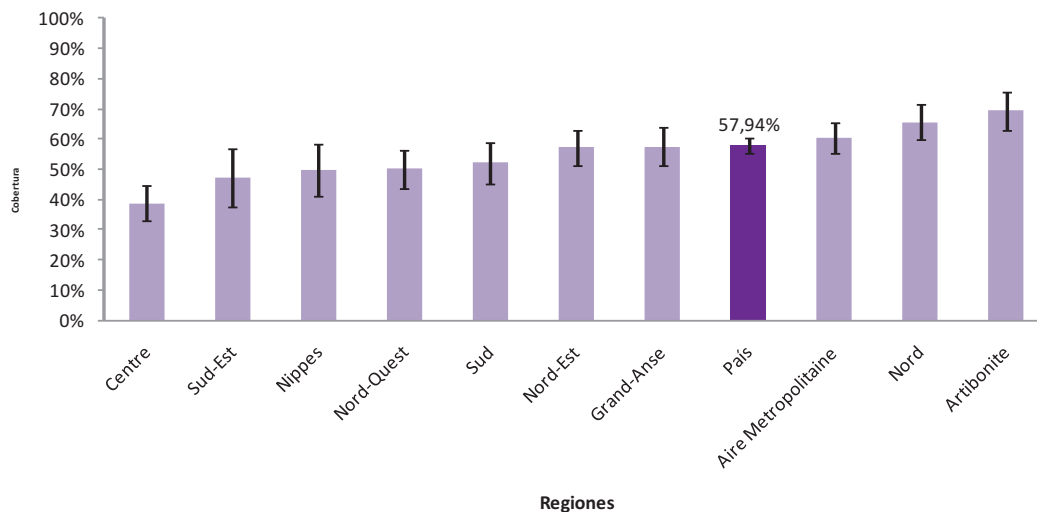
Oportunidad

Los cálculos se realizaron para niños vacunados según fecha de aplicación de la vacuna (tarjeta de vacunación), con el fin de presentar los resultados en términos de oportunidad de la vacunación. En el caso puntual para DPT y VOP se efectuaron los cálculos de acuerdo con la fecha de la tercera dosis, según la tarjeta de vacunación.

BCG

Los resultados de la EMMUS-IV mostraron que en Haití el 57.9% de los menores de 30 días estaba vacunado contra BCG. La región Centre obtuvo el porcentaje más bajo –38.7%– y la Artibonite, el mayor porcentaje –69.4%–.

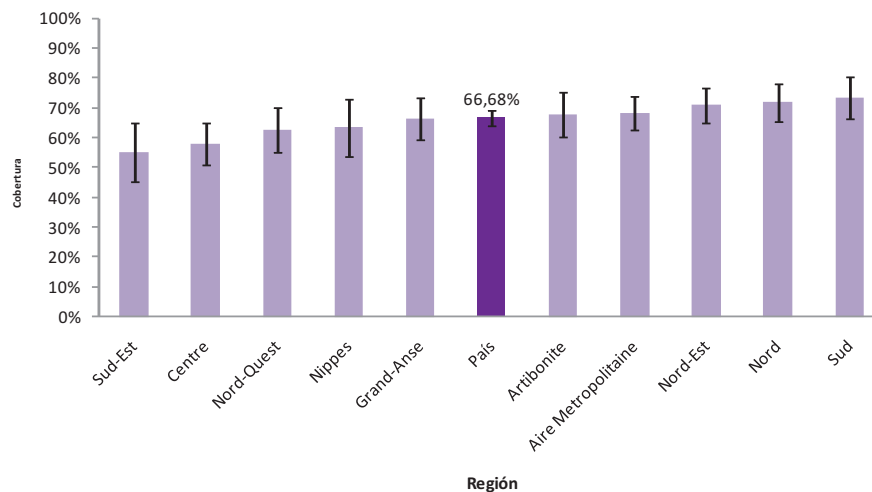
Gráfica 63. Proporción de niños vacunados a los 30 días o menos con BCG, según fecha de tarjeta de vacunación. Haití, 2005-2006.



DPT

La vacunación para tercera dosis de DPT fue baja, especialmente para las regiones Sud-Est, Centre, Nord Ouest y Nippes. La región con mejor oportunidad en la vacunación fue Sud, con 73.4%.

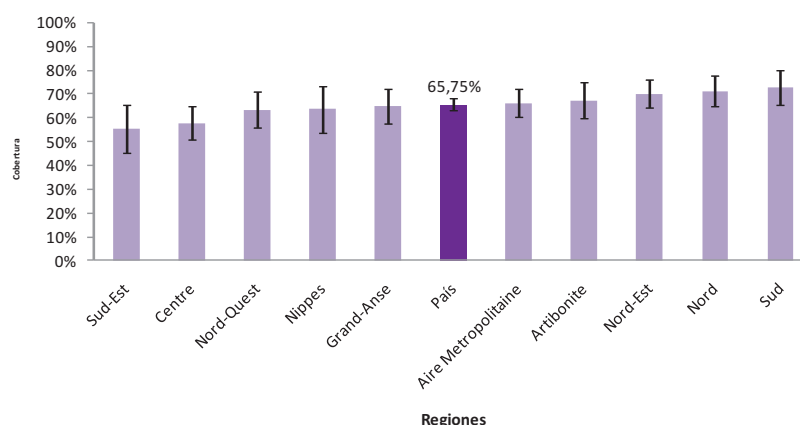
Gráfica 64. Proporción de niños menores de ocho meses vacunados con tercera dosis de DPT, según fecha de tarjeta de vacunación. Haití, 2005-2006.



VOP

La información sobre la oportunidad de la vacunación para VOP fue similar a lo observado en DPT. La oportunidad fue mejor en regiones como Sud, donde alcanzó un 72.5%. Las coberturas para las regiones fluctuaron entre 55.3% y 72.5%.

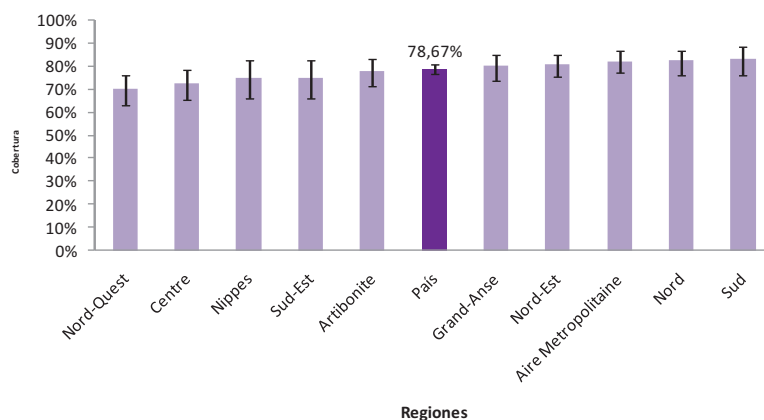
Gráfica 65. Proporción de niños menores de ocho meses vacunados con tercera dosis de VOP, según fecha de tarjeta de vacunación. Haití, 2005-2006.



SRP

Similar a lo observado en otros países, la cobertura para sarampión fue mayor con respecto a las demás vacunas. En general, no se observaron grandes diferencias entre regiones. Las coberturas oscilaron entre 69.9% y 83.2%.

Gráfica 66. Proporción de niños menores de 15 meses vacunados con SRP, según fecha de tarjeta de vacunación. Haití, 2005-2006.



Lactancia materna

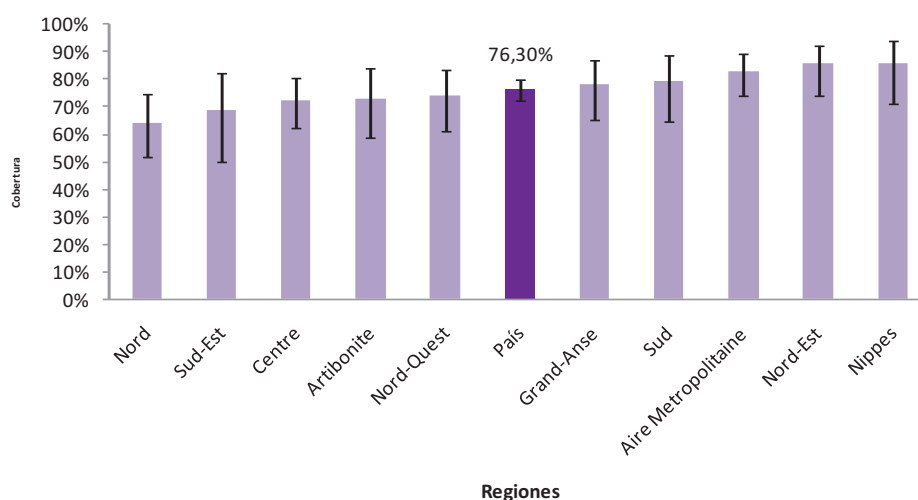
Para el cálculo del indicador de lactancia materna se tuvieron en cuenta los niños menores seis meses que estaban lactando en el momento de la encuesta. Es importante aclarar que esto no representa lactancia exclusiva. Se realizaron los cálculos teniendo en cuenta si en las últimas dos semanas habían presentado enfermedad diarreica aguda (EDA) o síntomas e infección respiratoria aguda (IRA). Sólo el 19.58 % de los menores de seis meses se encontraba lactando en el momento de la encuesta. De acuerdo con los resultados, el 76.3% de los menores de seis meses que se hallaba lactando en el momento de la encuesta no había presentado EDA en las últimas dos semanas. El 87.02% de los menores de seis meses que estaba lactando tampoco había desarrollado IRA en las últimas dos semanas.

Lactancia materna – EDA

Utilización: menores de seis meses que se encontraban lactando en el momento de la encuesta y que no presentaron (EDA) en las últimas dos semanas.

Necesidad: menores de seis meses.

Gráfica 67. Menores de seis meses que estaban lactando en el momento de la encuesta y que no habían presentado EDA durante las últimas dos semanas. Haití, 2005-2006.

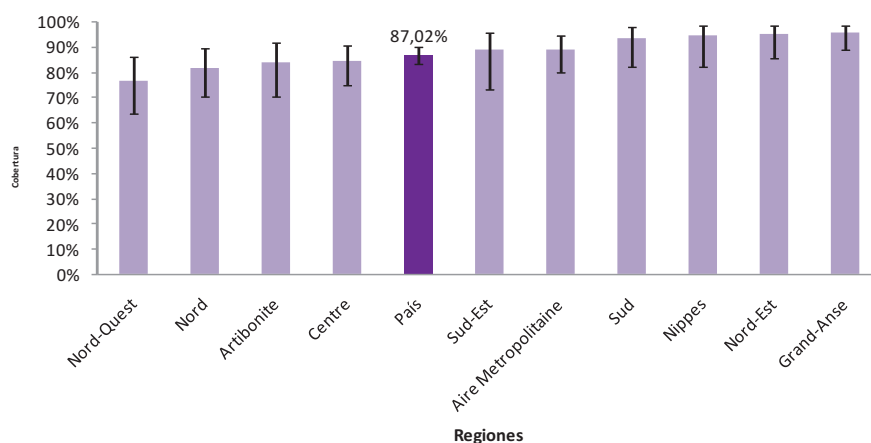


Lactancia materna – IRA

Utilización: menores de seis meses que en el momento de la encuesta se hallaban lactando y que no habían presentado IRA en las últimas dos semanas.

Necesidad: menores de seis meses.

Gráfica 68. Menores de seis meses que estaban lactando en el momento de la encuesta y que no habían presentado IRA durante las últimas dos semanas. Haití, 2005-2006.



Salud de la mujer

En este grupo se calcularon indicadores de cobertura para control prenatal y atención del parto. Se observó que sólo el 43% de las mujeres entre 15 y 19 años tuvo, al menos, 4 controles prenatales de calidad; en las mujeres de 20 a 49 años el porcentaje fue 54%. Con respecto a la atención del parto por personal calificado, el 55% de las mujeres entre 15 y 19 años fue atendido por personal calificado; en mujeres entre 20 y 49 años fue el 56%.

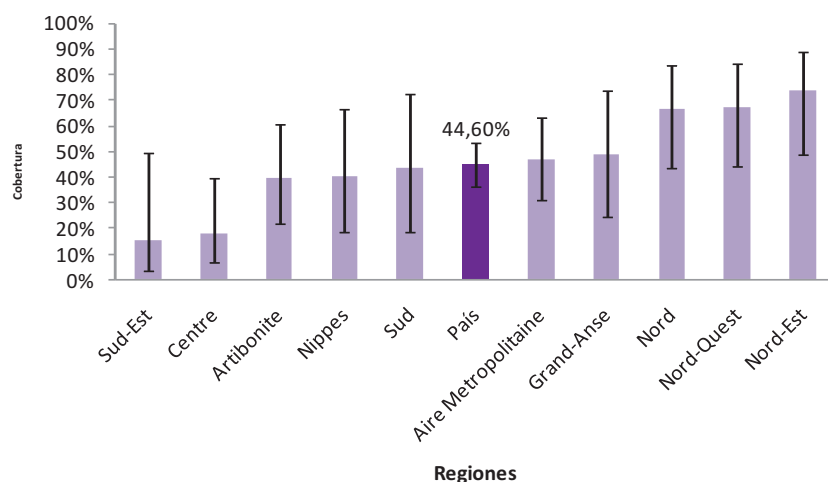
Control prenatal en mujeres entre 15 y 19 años y entre 20 y 49 años

Utilización: mujeres entre 15 y 19 años que durante el embarazo del último nacido vivo en los últimos cinco años se realizaron al menos 4 controles prenatales, en los cuales al menos una vez les tomaron la tensión, las pesaron, les realizaron examen de sangre y de orina, les midieron altura uterina o les tomaron fetocardia.

Necesidad: mujeres entre 15 y 19 años que durante su último embarazo tuvieron 4 o más controles prenatales.

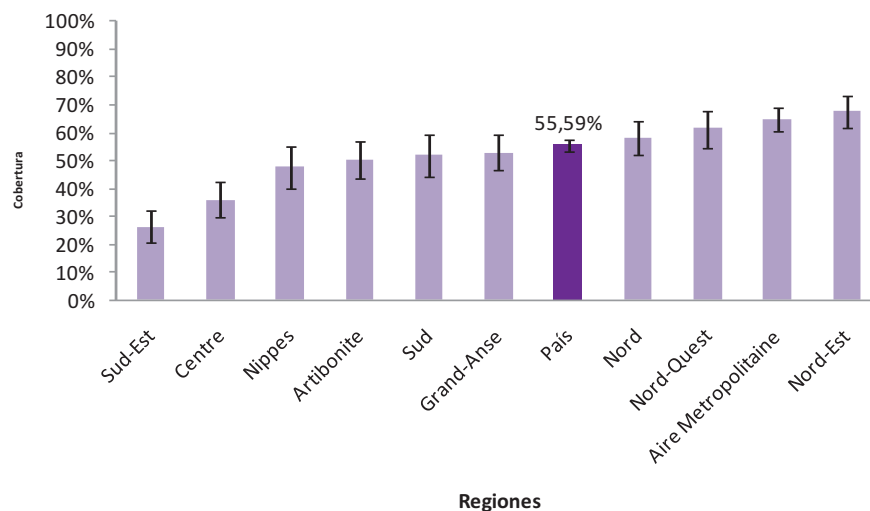
Las regiones más afectadas con coberturas que no alcanzaron el 40% fueron la región Sud Est y Centre. La región Nord Est alcanzó el 73% de cobertura entre las adolescentes. Por otra parte, en mujeres entre 20 y 49 años la cobertura para el país se encontró en 55.5%, oscilando entre 26% y 67%.

Gráfica 69. Mujeres entre 15 y 19 años que tuvieron al menos cuatro controles prenatales con calidad. Haití, 2005-2006.



Control prenatal en mujeres entre 20 y 49 años

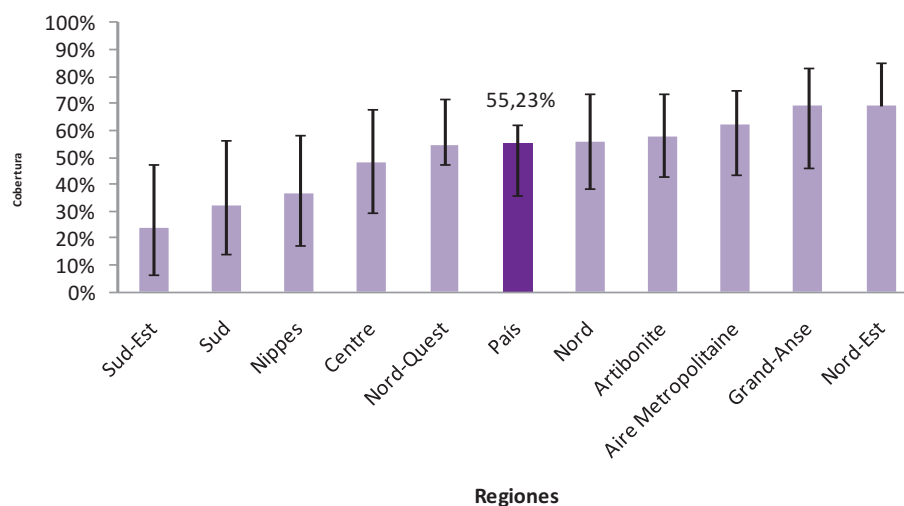
Gráfica 70. Mujeres entre 20 y 49 años que tuvieron al menos cuatro controles con calidad. Haití, 2005-2006.



Atención del parto

Para este indicador no se obtuvo información sobre complicaciones durante el embarazo, parto o posparto, dado que la encuesta no contenía estas variables. Se consideró como personal calificado al médico, enfermera, auxiliar de enfermería, otro profesional de salud y partera entrenada. El 55% de las mujeres entre 15 y 19 años que tuvo un parto en los últimos cinco años fue atendido por personal calificado. En las mujeres de 20 a 49 años, el 56% fue atendido durante el último parto por personal calificado. En cuanto al sitio de la atención del parto, el 31% de los partos en mujeres entre 15 y 19 años fue atendido en instituciones hospitalarias, al igual que el 27% de las mujeres entre 29 y 49 años.

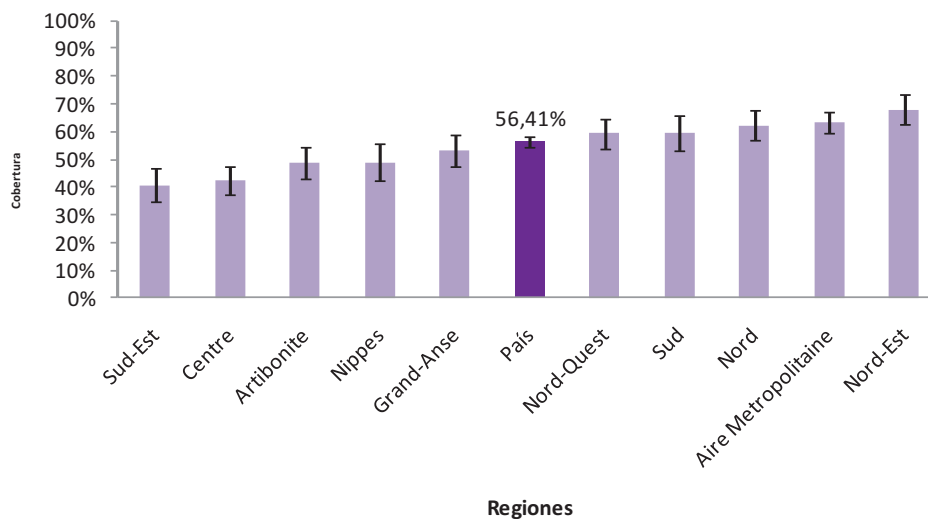
Gráfica 71. Mujeres entre 15 y 19 años que durante el último parto fueron atendidas por personal calificado. Haití, 2005-2006.



Atención del parto por personal calificado en mujeres entre 20 y 49 años

En mujeres entre 20 y 49 años, la cobertura de la atención del parto por personal calificado alcanzó valores máximos de 68.1%, en la región Nord Est. En este grupo de edad se observó un aumento de la cobertura con respecto a las adolescentes en regiones como Sud Est y Sud.

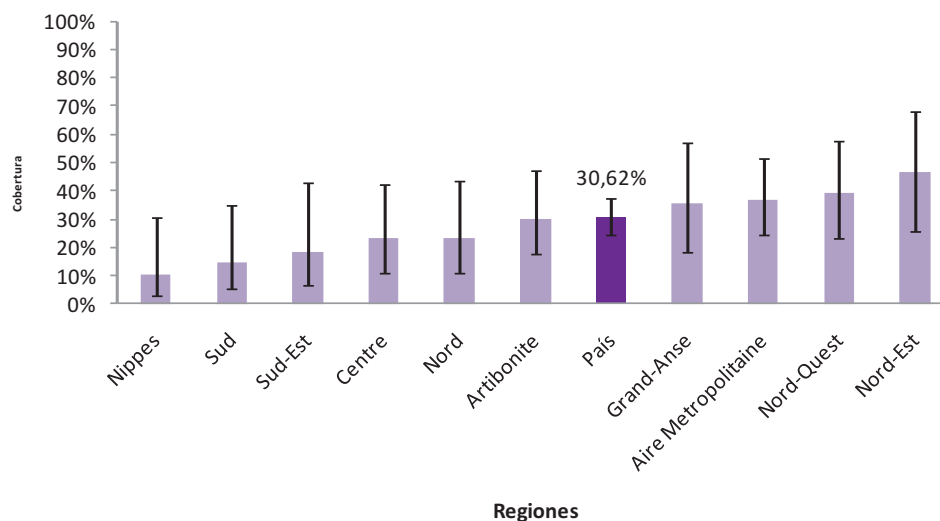
Gráfica 72. Mujeres entre 20 y 49 años que durante el último parto fueron atendidas por personal calificado. Haití, 2005-2006.



Partos institucionales en mujeres entre 15 y 19 años

En la siguiente gráfica pueden apreciarse las grandes diferencias entre las regiones del país, las cuales fluctúan entre 10.4% –en regiones como Nippes– hasta la mayor cobertura, en Nord Est: 46.4%.

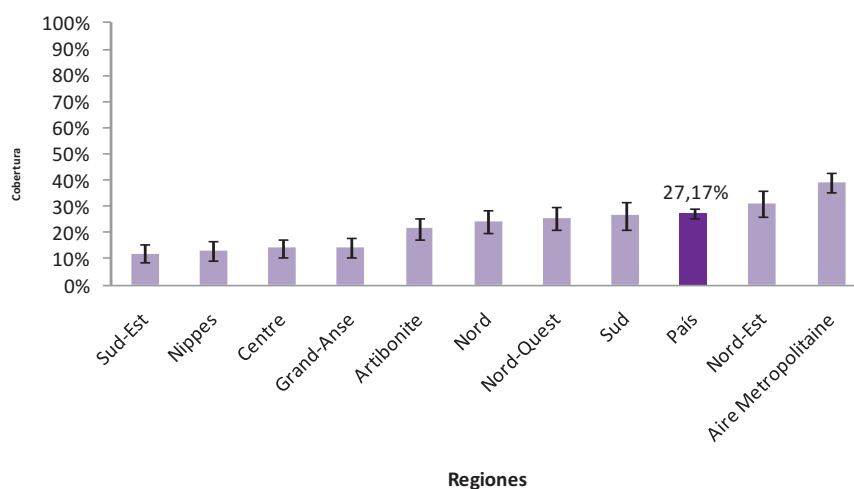
Gráfica 73. Partos institucionales en mujeres entre 15 y 19 años. Haití, 2005-2006.



Partos institucionales en mujeres entre 20 y 49 años

Similar a lo presentado en adolescentes, la proporción de partos atendida institucionalmente en mujeres entre 20 y 49 años siguió la misma tendencia, mostrando coberturas muy bajas en las regiones de Sud Est, Nippes y Centre, y las mejores en la región metropolitana (39.4%).

Gráfica 74. Partos institucionales en mujeres entre 20 y 49 años. Haití, 2005-2006.



Discusión

En Haití, más del 70% de la población vive por debajo del nivel de pobreza extrema, especialmente en las regiones rurales.¹ Se estima que la tasa de alfabetismo es del 61% (53.8% en mujeres y 63.8% en hombres), cifra que es mucho más elevada en las zonas urbanas (80.5%) que en las rurales (47.1%), según el Censo de Población y Vivienda del 2003.² El índice de desarrollo humano se ubicó en la posición 149 (0.532) entre 182 países en 2008.³ Todos estos factores impactan de forma directa la salud de la población de Haití.

Nuestros resultados en términos de oportunidad de la vacunación mostraron que existen grandes problemas al respecto: 57.9% para BCG, 66.6% para DPT, 65.7% para VOP y 78.6% para SRP. Sin embargo al revisar la cobertura de vacunación en cualquier momento en menores de 5 años, los resultados son aún más desalentadores: 75.3% para BCG, 50.5% para DPT, 46.8% VOP y 54.8% para SRP.

Según el informe del perfil de salud realizado por la OPS en el año 2000, la cobertura del plan ampliado de inmunizaciones no superaba el 40% como promedio nacional.¹ Una publicación más reciente informa que las coberturas de vacunación son menores en las zonas apartadas donde la

población no tiene acceso a los servicios de salud.⁴ En Haití, los servicios de salud son limitados; existen problemas de infraestructura que no garantizan la cadena de frío además de otras circunstancias, como la falta de planificación y la ausencia de sistemas efectivos de notificación de enfermedades.⁴ A pesar de no contar con un indicador que cuantifique los anticuerpos desarrollados para la protección de enfermedades inmunoprevenibles, la medición de la oportunidad puede ser un indicio de cómo podría estar funcionando el sistema de salud.

De acuerdo con nuestros resultados en lo que respecta al control prenatal y la atención del parto, encontramos que la cobertura de la atención prenatal es baja en todas las edades de las mujeres y peor aún en adolescentes –43.4%–, situación que puede empeorar dependiendo de la región (Sud Est –14.6%–, Centre –26.4%–, Artibonite –29.5%– y Nippes –35.3%–). De acuerdo con el informe de salud de la OPS 2000, la cobertura de control prenatal en este país es baja y se estima que más del 70% de los partos son domiciliarios⁴. Factores como la educación de la madre, convivir con la pareja y vivir en zonas urbanas pueden influir positivamente en la asistencia a los controles prenatales.⁵ Con respecto a estos últimos, los resultados son consistentes con nuestros hallazgos de cobertura en el control prenatal, dado que la atención del parto institucional apenas alcanza una cobertura del 30%. Al estimar la cobertura del personal que atendió el parto, sólo el 56% de las mujeres entre 20 y 49 años fue atendido durante su último parto por personal calificado. Con respecto a las complicaciones durante el parto no fue posible realizar estimaciones, pues en el cuestionario no había pregunta alguna que relacionara las complicaciones durante o después del parto.

Con respecto a la salud materna cabe resaltar que en Haití se estima que 96.000 mujeres mayores de 15 años viven con VIH.⁶ Por este motivo, es urgente que el control prenatal y la atención del parto se conviertan en herramientas para prevenir la transmisión perinatal del VIH y, en general, para proteger la salud materna y del recién nacido.

En cuanto a otros indicadores –como mamografía, citología y enfermedades crónicas– no fue posible calcular las coberturas, dado que no hicieron parte de las preguntas de la encuesta. Sin embargo, según el informe Salud de las Américas 2007, la segunda causa de muerte en adultos en este país fueron las enfermedades cardiovasculares. En mayores de 65 años predominaron las neoplasias, la diabetes mellitus y las enfermedades pulmonares. Desafortunadamente, no existen programas de atención en salud para adultos mayores.²

Honduras

Sandra Martínez

El sistema de salud de Honduras está constituido por el sector público, compuesto por la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguros Sociales (IHSS), y el sector privado, con y sin fines de lucro. La Secretaría de Salud es la entidad rectora; “sin embargo, la falta de separación de las funciones de rectoría y de provisión de servicios de ésta ha permitido que el sistema de salud se encuentre fraccionado, débilmente regulado y, como consecuencia, presente alto riesgo de subsidio cruzado, duplicidad de esfuerzos, acciones y gastos”.¹

El Instituto Nacional de Estadística (INE) estimaba que en 2005 la población sería de 7.028.389 habitantes. De esta población, se calculó que la red de servicios de la Secretaría de Salud cubría el 60%, el IHSS un 18%, el sector privado un 5% y el restante 17%, es decir, 1.194.826 habitantes, no tenía acceso a ningún servicio de salud. Datos más recientes de la OPS mostraron que el 9% de la población se hallaba afiliado al IHSS, el 2.7% estaba cubierto por un seguro privado y el 88.3% lo amparaba la Secretaría de Salud.²

El financiamiento del sector salud es de carácter público y privado. “La Secretaría de Salud obtiene fondos del Tesoro Nacional (76%), de créditos externos (11%), de donaciones (9%) y recientemente de alivio de la deuda (4%). El IHSS es una institución descentralizada y administrada por una Junta Directiva, cuyo financiamiento proviene de cotizaciones de tres sectores contribuyentes: los empleadores (7.2%), los trabajadores (3.5%) y el Estado (1%), para totalizar un aporte equivalente al 11.7% del salario del trabajador.

De este 11.7% aportado por cada afiliado, el 8% se asigna al régimen de maternidad – enfermedad, o seguro de salud; el 3.5%, al régimen de Invalidez – Vejez – Muerte, o seguro de pensiones, y el restante 0.2% al régimen de Riesgos Profesionales”.¹

Metodología

Con el propósito de presentar los resultados de los indicadores para el estudio de la Red de Cobertura Efectiva, se utilizó como referencia la base de datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA 2005-2006), la cual se obtuvo de la página www.measuredhs.com. Como primera medida, se llevó a cabo una revisión de las preguntas de la encuesta, con el fin de identificar cada una de las variables necesarias para construir los indicadores. Una vez identificadas las variables se procedió al cálculo de estas, de acuerdo con la información disponible. El grupo de indicadores se definió de común acuerdo con cada uno de los países miembros de la Red de Cobertura Efectiva, por grupo poblacional así: salud infantil, vacunación para BCG, DPT, VOP y SRP, en términos de oportunidad de la vacunación; lactancia materna, en relación con el desarrollo de enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda; control de crecimiento y desarrollo en menores de un año; salud de la mujer: atención prenatal circunscrita a bajo peso al nacer del último nacido vivo en los últimos cinco años, atención del parto (quién y en dónde), en términos de complicaciones durante el parto; citología y mamografía, según el tiempo en que se realizó el examen.

El análisis se realizó de los siguientes archivos de la ENDESA 2005-2006: "Children's data", para los indicadores relacionados con salud infantil, es decir, vacunación, lactancia, control de crecimiento y desarrollo. Para el análisis de la información relacionada con salud de la mujer se utilizó el archivo "Individual recode", para citología, mamografía, control prenatal y atención del parto. Dado que la encuesta no permite realizar mediciones sobre la calidad de las intervenciones, se planteó realizar una aproximación a la calidad mediante la medición de otros indicadores; por ejemplo, para la atención del parto, la calidad puede aproximarse mediante la medición del número de complicaciones durante este. La información fue procesada en el paquete estadístico STATA 9.0.

Resultados

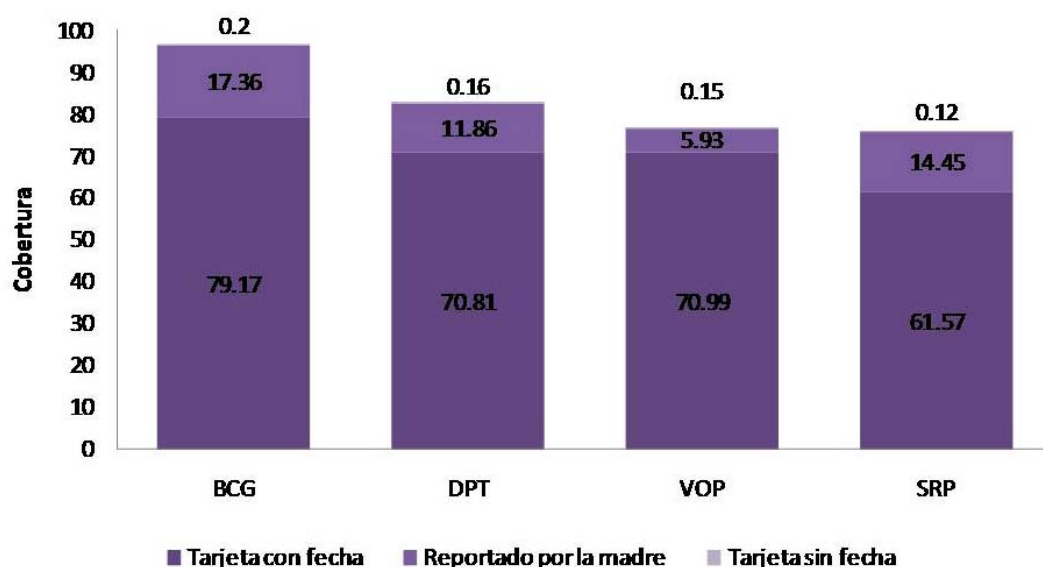
Salud infantil

Los indicadores definidos para este grupo fueron vacunación, lactancia materna y control de crecimiento y desarrollo.

Vacunación

Los resultados de vacunación a partir de datos tomados de la tarjeta y el reporte de la madre, independientemente de la fecha, indicaron que el 96.7% de los menores de 5 años estaba vacunado con BCG, el 82.8% fue vacunado con tercera dosis de DPT, el 77% con la tercera dosis de VOP y el 76% fue vacunado contra SRP.

Gráfica 75. Proporción de niños vacunados según tarjeta y reporte de la madre. Honduras, 2005-2006.



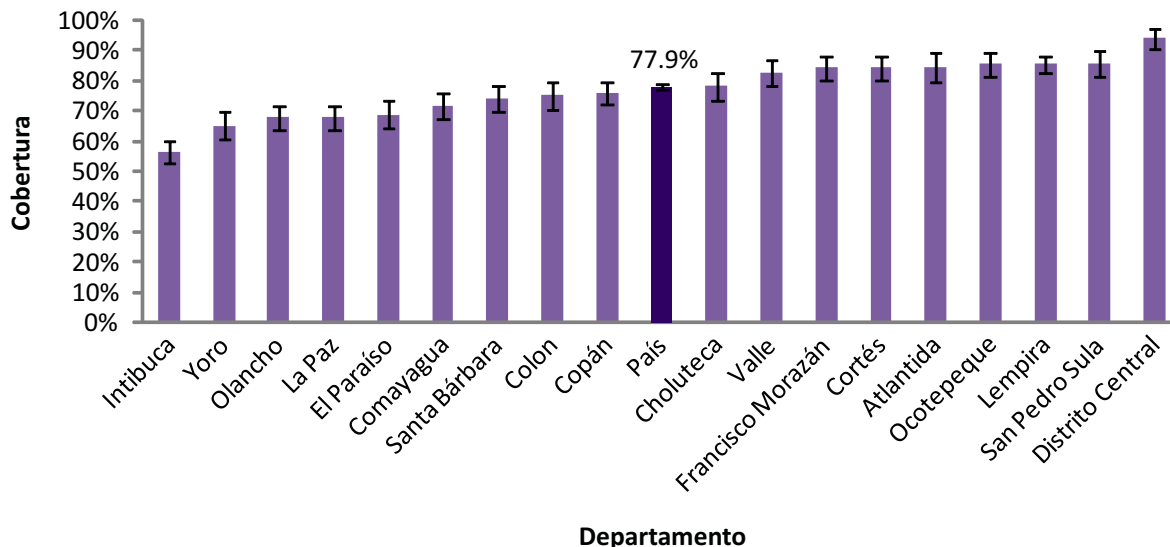
Oportunidad

Los cálculos se realizaron para niños vacunados según fecha de aplicación de la vacuna (tomada de la tarjeta de vacunación), con el fin de poder presentar los resultados en términos de oportunidad. Los resultados de la ENDESA 2005-2006 mostraron que en Honduras el 78% de los niños fue vacunado con BCG antes de los 30 primeros días de vida. Intibuca fue el departamento con el porcentaje más bajo –56,3%–, mientras el Distrito Central presentó el mayor porcentaje: 93.7%. Con respecto a la tercera dosis de DPT y VOP (según la tarjeta de vacunación), la cobertura fue de 83% en niños vacunados antes de los 8 meses de vida y el 89.8% de los niños había sido vacunado contra sarampión antes de los 15 meses de vida, respectivamente.

BCG

La oportunidad de vacunación BCG en los departamentos de Honduras se ubicó entre 56.3% –en Intibuca– y 93.7% en el Distrito Central, con un promedio para el país de 77.8%.

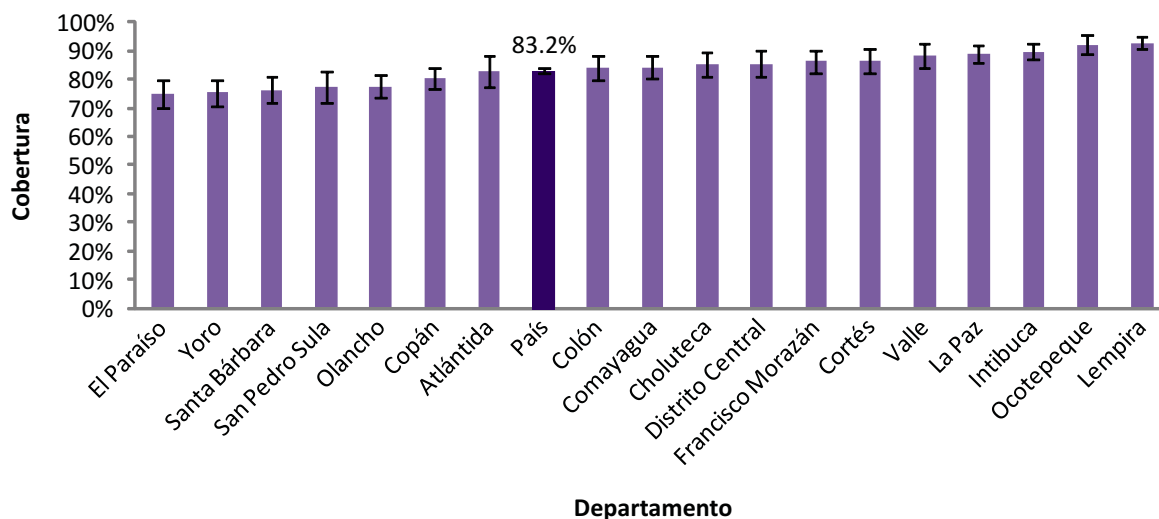
Gráfica 76. Proporción de niños vacunados a los 30 o menos días con BCG, según fecha de tarjeta de vacunación. Honduras, 2005-2006.



DPT

Para DPT, tercera dosis, los resultados indican una mejor oportunidad en comparación con BCG. Para esta vacuna no se encontraron grandes diferencias entre departamentos, a pesar de que la cobertura de oportunidad se ubicó entre 75% en El Paraíso y 93% en Lempira.

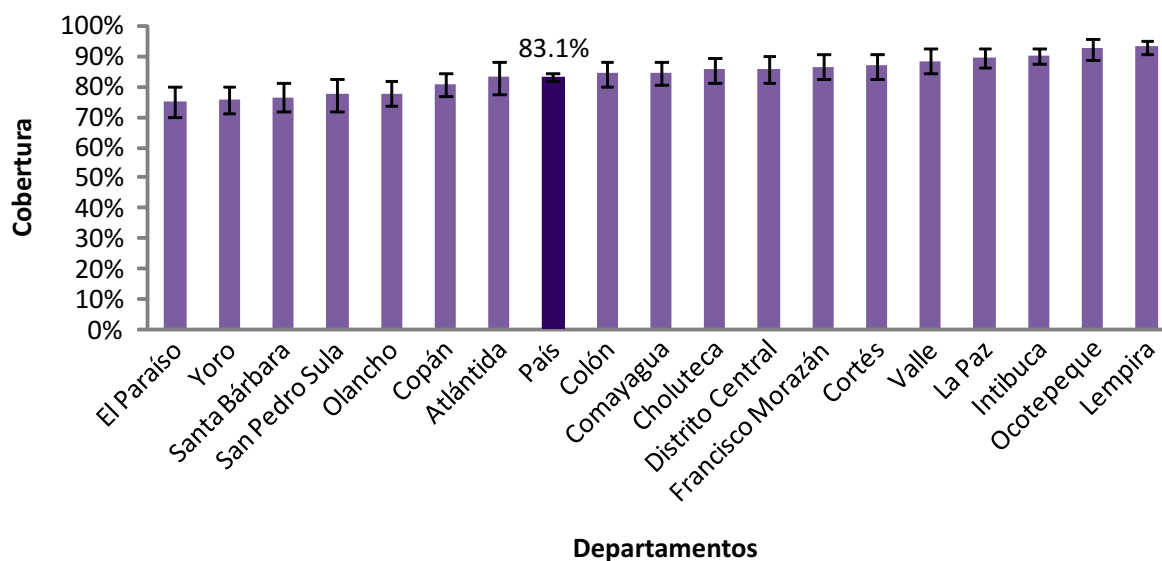
Gráfica 77. Proporción de niños menores de ocho meses vacunados con tercera dosis de DPT, según fecha de tarjeta de vacunación. Honduras, 2005-2006.



VOP

Los resultados de la oportunidad para VOP fueron similares a los encontrados para DPT. El Paraíso presentó el menor porcentaje de oportunidad (74.9%) y Lempira, el mayor (93%).

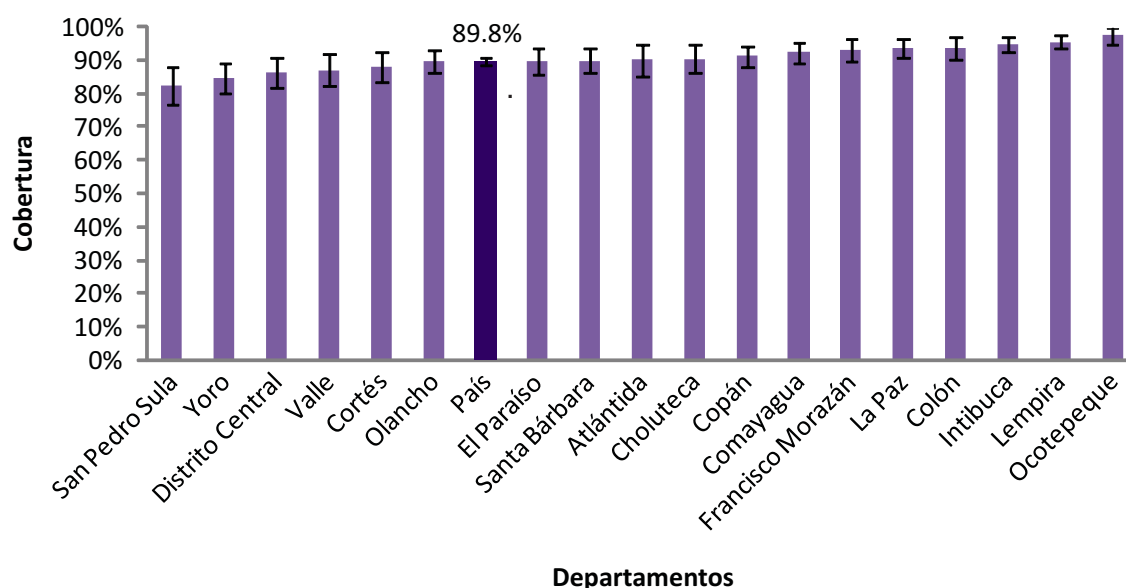
Gráfica 78. Proporción de niños menores de ocho meses vacunados con tercera dosis de VOP, según fecha de tarjeta de vacunación. Honduras, 2005-2006.



SRP

Para la vacuna contra el sarampión la oportunidad superó el 80% en todos los departamentos. Llama la atención que el Distrito Central se encontraba entre los departamentos con menor oportunidad.

Gráfica 79. Proporción de niños menores de 15 meses vacunados contra sarampión, según fecha de tarjeta de vacunación. Honduras, 2005-2006.



Lactancia materna

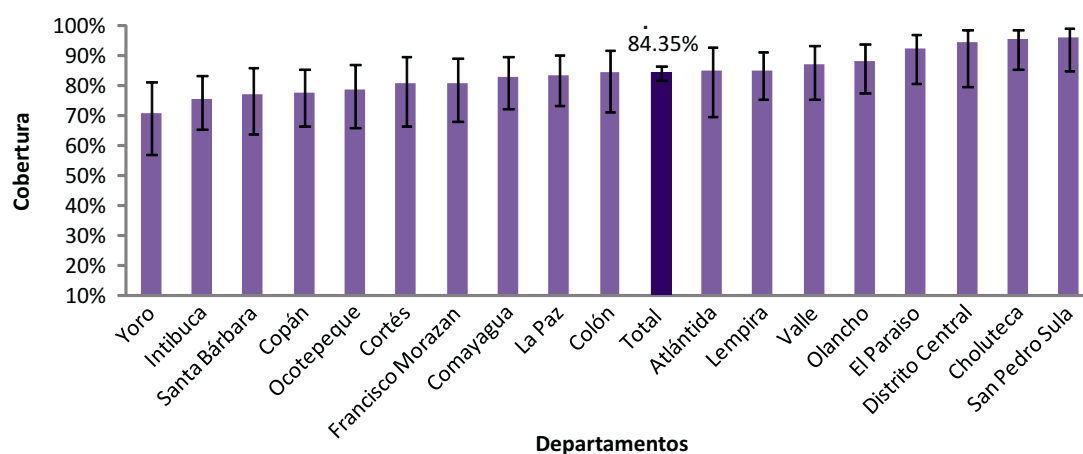
El cálculo del indicador de lactancia materna se hizo con base en los niños menores de seis meses que se encontraban lactando en el momento de la encuesta (no lactancia exclusiva). Se realizaron los cálculos teniendo en cuenta si en las últimas dos semanas habían presentado enfermedad diarreica aguda (EDA) o síntomas de infección respiratoria aguda (IRA). De acuerdo con los resultados, el 89.4% de los menores de seis meses estaba lactando. De este porcentaje, el 84.35% no había presentado EDA en las últimas dos semanas. De la misma forma, el 91.76% de los menores de seis meses que se hallaba lactando no desarrolló síntomas de IRA en las últimas dos semanas.

Lactancia materna – EDA

Utilización: menores de seis meses que estaban lactando en el momento de la encuesta y que no presentaron EDA en las últimas dos semanas.

Necesidad: menores de seis meses.

Gráfica 80. Menores de seis meses que estaban lactando en el momento de la encuesta y que no habían presentado EDA en las últimas dos semanas. Honduras, 2005-2006.

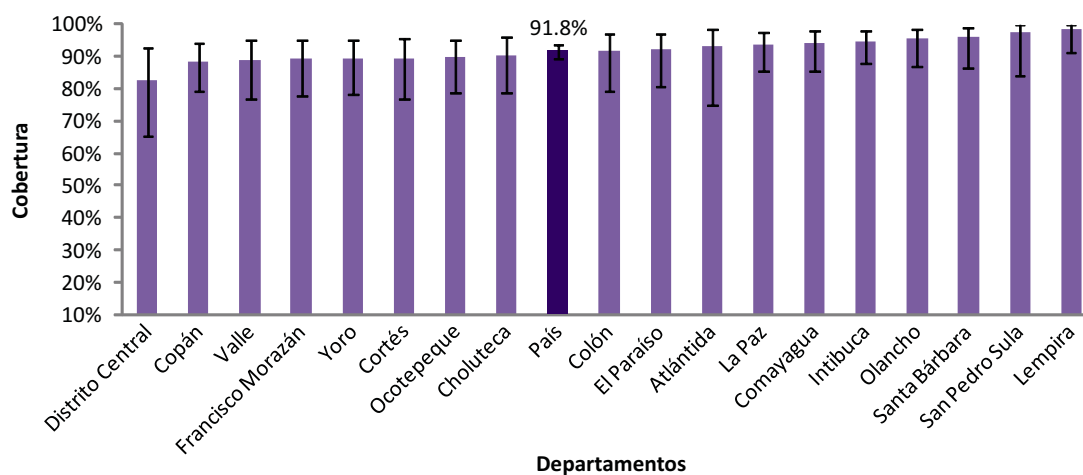


Lactancia materna – IRA

Utilización: menores de seis meses que en el momento de la encuesta estaban lactando y no habían presentado síntomas de IRA en las últimas dos semanas.

Necesidad: menores de seis meses

Gráfica 81. Menores de seis meses que estaban lactando en el momento de la encuesta y que no habían presentado síntomas de IRA en las últimas dos semanas. Honduras, 2005-2006.



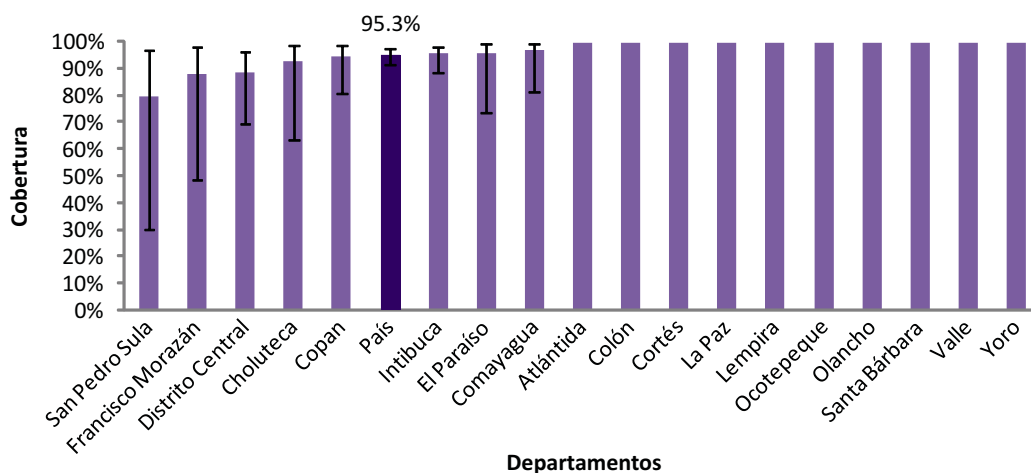
Control del niño sano

El 95% de los menores de un año fue llevado a control de crecimiento y desarrollo cada mes o cada dos meses.

Utilización: menores de 1 año llevados a control de peso mensualmente o cada dos meses.

Necesidad: menores de 1 año llevados a control de peso.

Gráfica 82. Menores de un año llevados a control de peso, mensual o bimensualmente. Honduras, 2005-2006.



Para este indicador se tuvo en cuenta los menores que fueron llevados mensual o bimensualmente a control de desarrollo. En general, las coberturas superaron el 80% en todo el país.

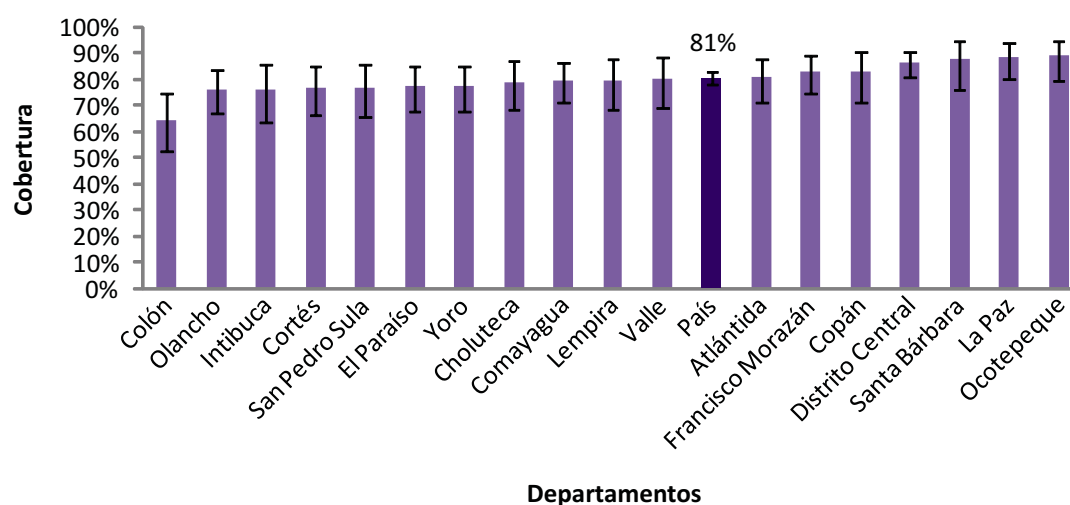
Salud de la mujer

En este grupo se calcularon indicadores de cobertura para citología, mamografía, control prenatal y atención del parto. En citología y mamografía se obtuvieron coberturas crudas, pues no se contaba con información sobre tratamiento para obtener cobertura efectiva. Los resultados mostraron que el 81% de las mujeres entre 15 y 24 años se había realizado la citología durante el último año, mientras las mujeres de 20 a 49 años lo había hecho en un 70%. En el caso de la mamografía, el 19% de las mujeres entre 40 y 49 años se había realizado este examen alguna vez. En lo que respecta a la atención prenatal y la atención del parto se observó que el 88% de las mujeres entre 15 y 19 años tuvo, al menos, 4 controles prenatales de calidad y dio a luz hijos con peso mayor o igual a 2500 gramos. En las mujeres de 20 a 49 años el porcentaje fue de 89%. Con respecto a la atención del parto por personal calificado, el 58% de las mujeres entre 15 y 19 años no presentó complicaciones durante el embarazo, parto o postparto, mientras que en las mujeres entre 20 y 49 años el 57% no presentó complicaciones durante el embarazo, parto o postparto.

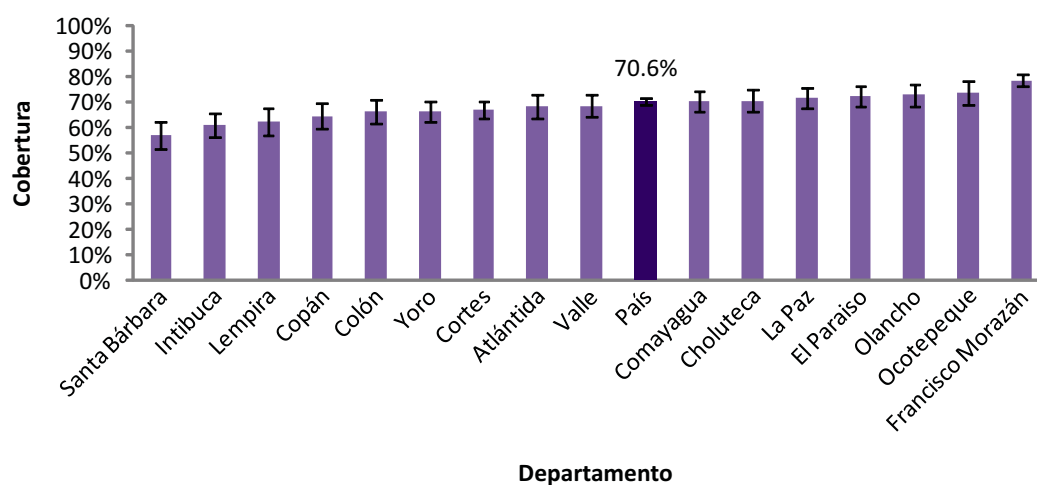
Citología

El 52.7% de las mujeres encuestadas entre 15 y 49 años se ha realizado una citología alguna vez en su vida. De este porcentaje, el 81% se ha efectuado este examen en el último año.

Gráfica 83. Proporción de mujeres menores de 25 años que se han realizado la citología hace un año o menos. Honduras, 2005-2006.



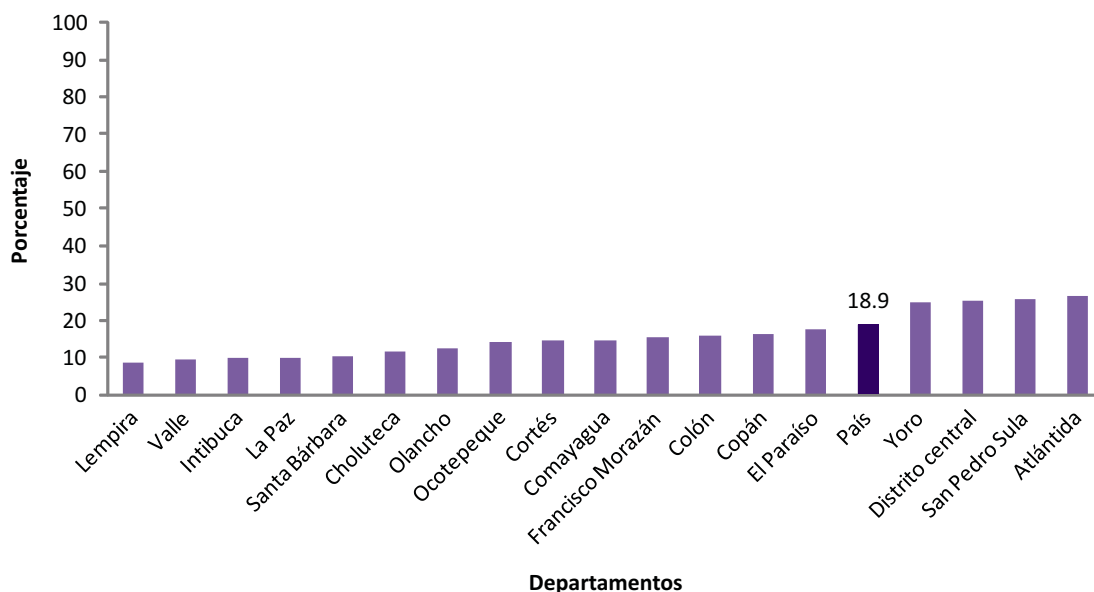
Gráfica 84. Proporción de mujeres entre 25 y 49 años que se han realizado la citología hace un año o menos. Honduras, 2005-2006



Mamografía

Mientras que los datos muestran una alta cobertura para la detección del cáncer de cuello uterino, la cobertura para la detección del cáncer de mama es bastante baja y llega a la cifra de 26% en Atlántida. Es importante tener en cuenta que la pregunta de la encuesta sólo indaga "si alguna vez se ha realizado una mamografía" y no pregunta cuándo fue realizada.

Gráfica 85. Proporción de mujeres que alguna vez se han realizado una mamografía. Honduras, 2005-2006.



Control prenatal en mujeres entre 15-19 años y 20-49

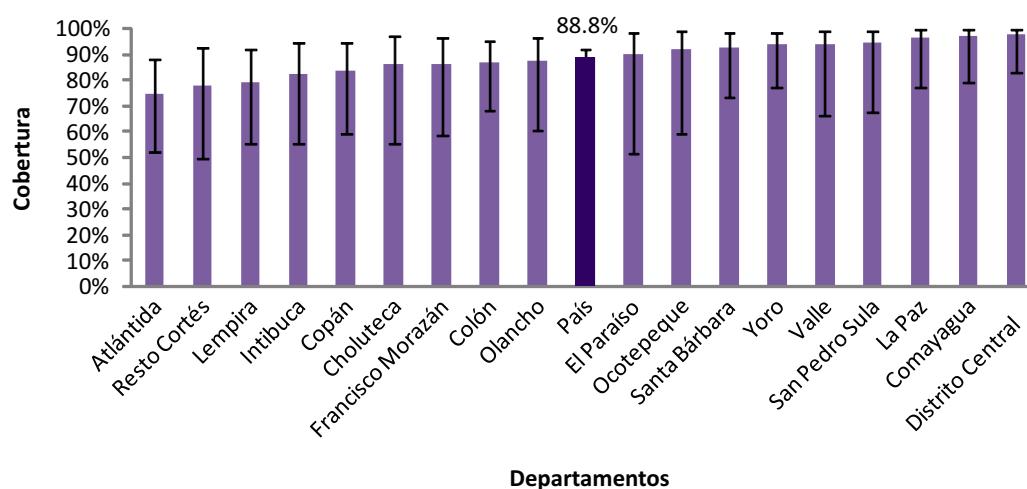
Necesidad: mujeres entre 15 y 19 años o de 20 a 49 que durante los últimos 5 años tuvieron un embarazo (último embarazo).

Utilización: mujeres que durante su último embarazo asistieron al menos cuatro veces a control prenatal de calidad.

Calidad: medida en términos de peso al nacer. Se consideró un peso normal si este era mayor o igual a 2500 gramos.

Las adolescentes tuvieron una cobertura de control prenatal con calidad superior al 80%, medida en términos del peso al nacer. En Distrito Central y Comayagua las coberturas fueron superiores al 95%.

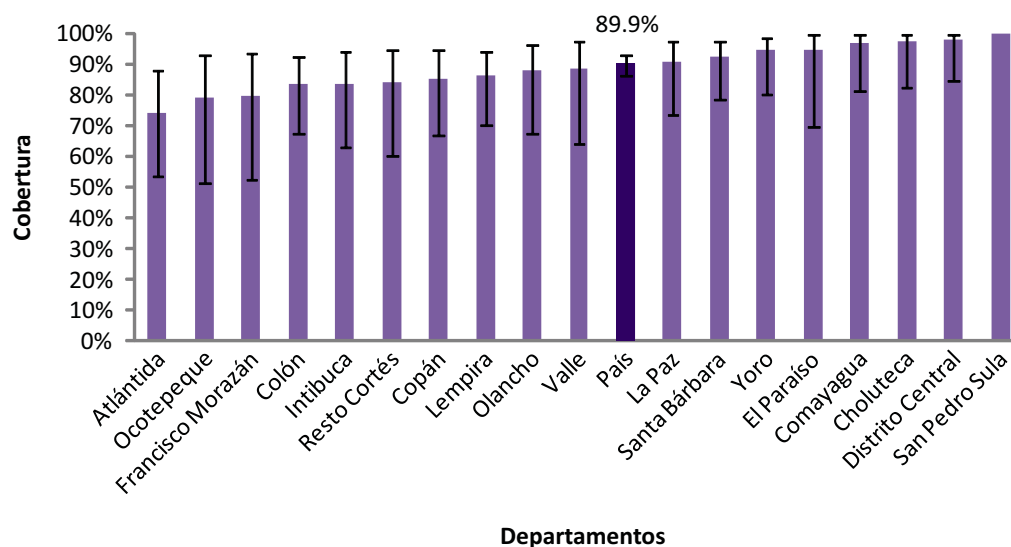
Gráfica 86. Mujeres entre 15 y 19 años que tuvieron al menos cuatro controles prenatales con calidad y que tuvieron hijos con peso igual o mayor a 2500 gramos. Honduras, 2005-2006.



Control prenatal en mujeres entre 20 y 49 años

A diferencia de la gráfica anterior, se observaron resultados diferentes entre los departamentos. Por ejemplo, el Distrito Central no fue el de mejor cobertura; en cambio, San Pedro Sula ocupó esta posición, con 100%.

Gráfica 87. Mujeres entre 20 y 49 años que tuvieron al menos cuatro controles prenatales con calidad y que tuvieron hijos con peso igual o mayor a 2500 gramos. Honduras, 2005-2006.



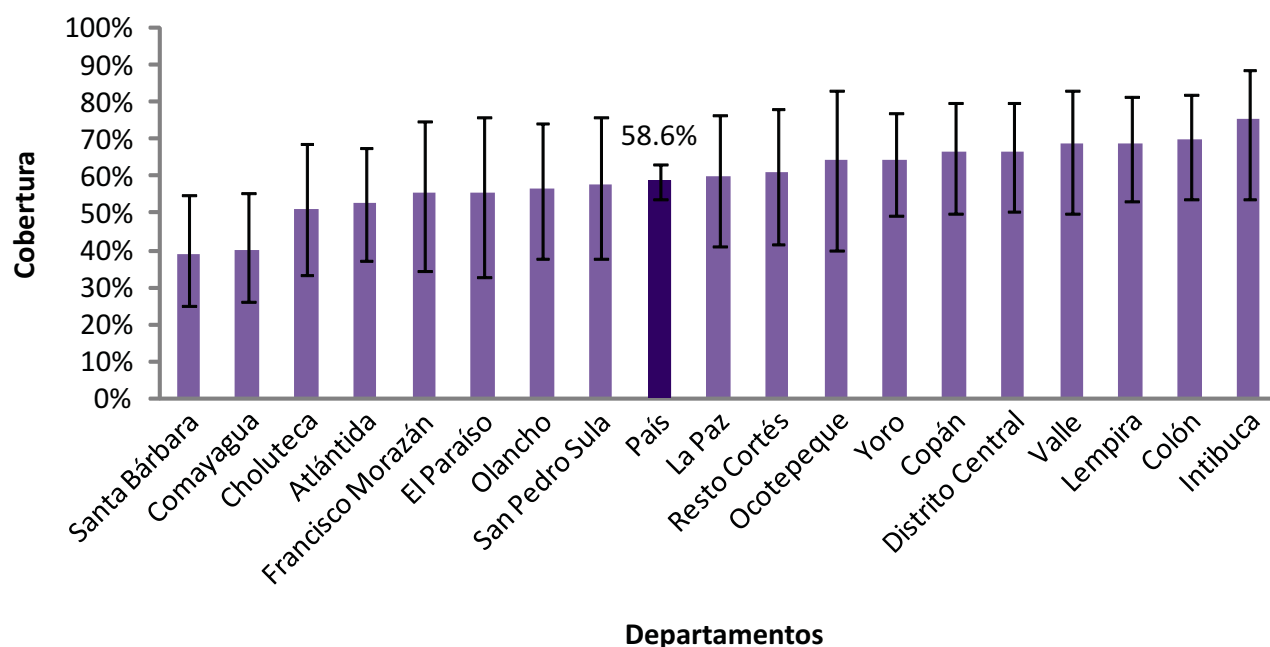
Atención del parto

Necesidad: mujeres que en los últimos cinco años tuvieron un parto (último parto).

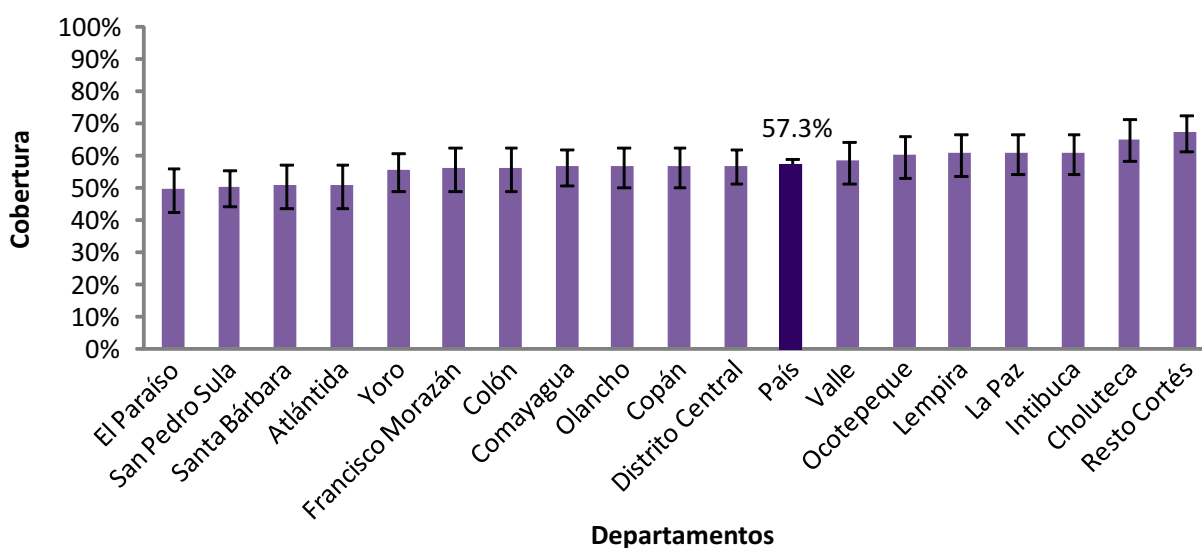
Utilización: mujeres entre 15 y 49 años que durante el último parto fueron atendidas por personal calificado.

Calidad: para este indicador se tuvo en cuenta si la mujer presentó complicaciones durante el embarazo, parto o posparto (hemorragias, hipertensión, infección, trabajo de parto prolongado u otra complicación).

Gráfica 88. Mujeres adolescentes (15-19 años) que durante el último parto fueron atendidas por personal calificado y que no presentaron complicaciones durante el embarazo, parto o postparto. Honduras, 2005-2006.



Gráfica 89. Mujeres entre 20 y 49 años que durante el último parto fueron atendidas por personal calificado y que no presentaron complicaciones durante el embarazo, parto o postparto. Honduras, 2005-2006.



Al considerar las mujeres que presentaron alguna complicación durante el parto, se observó que aunque la cobertura es similar en adolescentes y mujeres adultas, en esta medición existen diferencias entre los departamentos.

Discusión

Mejorar el estado de salud de las familias y las comunidades es el objetivo del Plan Nacional de Salud de Honduras 2021, formulado en el año 2005. Dentro de este plan se contemplan varias estrategias. Entre ellas, la implementación de políticas e intervenciones que conlleven a la reducción de las enfermedades infecciosas, como EDA e IRA, y de la desnutrición en niños; promoción de la atención integral de la mujer, con énfasis en salud sexual y reproductiva; promoción de hábitos saludables; prestación de servicios de salud integrales y ampliación del acceso a agua segura, entre otras.¹

Dentro de las estrategias específicas para la salud materno-infantil, el Plan Nacional propuso como meta para 2010 que el 98% de los niños menores de 5 años contaran con el esquema completo de vacunación para su edad.¹ Honduras ha tenido avances con respecto a las enfermedades inmunoprevenibles, como la erradicación de la circulación del polio virus salvaje (1989), la eliminación del virus del sarampión (1997), la rubeola (2002) y el control de difteria, tétanos neonatal y no neonatal, meningitis por *Haemophilus* tipo B y *Mycobacterium tuberculosis*. En los últimos quince años ha alcanzado coberturas de vacunación superiores al 90%.²

Datos de la ENDESA 2001 muestran que en los niños entre 12 y 23 meses que recibieron la BCG hubo estabilidad (de 98.2% a 98.4% en 2005-2006). En pentavalente (tres dosis) se pasó de 90.6% en 2001 a 92.8% en 2005-2006. Sin embargo, la vacunación de VOP (tres dosis) pasó en 2001 de 91.1% a 87.7% en 2005-2006.³

Nuestros resultados de cobertura, medidos en niños menores de 59 meses, reportaron coberturas para BCG de 96.73%, para DPT (tres dosis) de 82.83%, para VOP (tres dosis) de 77.1% y para SRP de 76.2%. No obstante, al medir la oportunidad de la vacunación, de acuerdo con los tiempos definidos en la metodología (niños con fecha de vacunación completa en la tarjeta), encontramos que para BCG la oportunidad se hallaba en 77.8% para el país y mostraba coberturas que oscilaban entre 56.3% –en Intibuca– y 93.7% –en el Distrito Central–. Para el caso de la DPT (tres dosis), la oportunidad para el país se ubicó en 50,8%, con departamentos cuya oportunidad era muy baja, como el caso de Cortés (35.8%). Para VOP (tres dosis), la oportunidad fue más alta que en la DPT. En el total nacional la oportunidad era de 83.1% y oscilaba entre 74.9% en El Paraíso y 92.9% en Lempira. Para SRP, la oportunidad se encontraba mejor que en las vacunas anteriores: mostraba para el país una cobertura de 89.8%. San Pedro Sula presentaba las oportunidades más bajas (82.4%) y Ocotepeque, las mayores: 97.5%.

Estos resultados sugieren que la métrica de cobertura efectiva es muy importante, debido a que muestra hasta dónde están llegando las intervenciones de los sistemas de salud. En este caso la cobertura de vacunación, en términos de oportunidad, fue menor a la encontrada cuando no se tuvo en cuenta la oportunidad. Igualmente, estos resultados sugieren que es necesario mejorar las estrategias para el diligenciamiento de las tarjetas de vacunación por el personal de salud encargado, dado que la oportunidad solo pudo medirse en aquellos niños que tenían la tarjeta de vacunación completa y, por tanto, se excluyeron los reportados por la madre.

Con respecto a lactancia materna y al desarrollo de EDA e IRA no fue posible analizar los resultados en lactantes exclusivos, puesto que la encuesta no contenía preguntas enfocadas a su medición. Sin embargo, se analizó el desarrollo de estas patologías en los niños menores de 6 meses que estaban lactando en el momento de la encuesta. Encontramos que el 84.35% no había desarrollado EDA en las últimas dos semanas. Yoro era el departamento con porcentajes más bajos –69.6%–, mientras que San Pedro Sula obtuvo el mayor porcentaje: 88.8%. Para el caso de IRA, los resultados indican que el 91.8% de los niños lactantes menores de 6 meses no presentó síntomas de esta patología en las últimas dos semanas, la cual osciló entre 82.35% en el Distrito Central y 98.7% en Lempira. Vale la pena anotar que estas dos enfermedades son las principales causas de muerte en menores de cinco años en Honduras.⁴

En cuanto al control de crecimiento y desarrollo, se encontró que el 95.3% de los menores de un año fue llevado al menos 5 veces a controles de crecimiento. Honduras cuenta con programas prioritarios para reducir el riesgo de muerte en los niños por causas relacionadas con enfermedades prevalentes

en la niñez y muestra resultados como una disminución en las tasas de mortalidad infantil, las cuales han disminuido de 36 muertes por cada mil nacidos vivos –en el periodo 1991-1995– a 25 muertes en el periodo 2001-2005. Sin embargo, todavía hay diferencias importantes entre las regiones urbanas y rurales. En estas últimas es mayor, especialmente cuando las madres tienen bajo nivel educativo.²

En Honduras, los tumores malignos alcanzan una tasa de mortalidad de 12.4 por 100.000 habitantes. Los más frecuentes son el cervicouterino y el de mama.² Encontramos que el 81% de las mujeres menores de 25 años se realizó citología en el último año, mientras que entre las de 25 y 49 años la cobertura fue de 70.6%. Con respecto a la mamografía, las coberturas son muy bajas: el total nacional es de 19%. Es importante aclarar que dentro del cuestionario sólo se preguntó “si alguna vez se ha hecho este examen”, razón por la cual no fue posible medir los resultados de la mamografía en términos de tiempo. Estos resultados sugieren que debe enfatizarse el tamizaje de estas patologías, con el fin de evitar la muerte por esas neoplasias. Dentro del componente de vigilancia, la política de salud materno-infantil de Honduras ha definido, como una de las prioridades, detectar en forma temprana los problemas neoplásicos que inciden en la mortalidad femenina (cáncer cervicouterino y de mama).⁴

En lo referente a la cobertura de control prenatal (al menos 4 controles) esta fue superior a 85%, tanto en adolescentes como en mujeres adultas. De acuerdo con la normatividad de Honduras, se recomienda que las mujeres gestantes asistan al menos a 5 controles prenatales. No obstante, todavía se presentan deficiencias en las actividades de promoción de la atención prenatal, de parto y puerperio.¹ En relación con la atención del parto, hallamos que entre adolescentes (15-19 años) la cobertura de la atención del parto por personal calificado fue de 58.6%, mientras que en mujeres entre 20 y 49 años fue de 57.3%. En Honduras, la atención del parto por personal calificado ha venido aumentando durante los últimos años: ha pasado de 53.8% en 1990-1994 a 66.9% en 2005-2006. Empero, sigue siendo preocupante que las mujeres continúen teniendo partos domiciliarios, situación que puede evidenciar problemas de acceso a los servicios de salud, especialmente en áreas rurales.² Las condiciones de pobreza y educación impactan en la cobertura de parto institucional, que fue baja en mujeres con poca educación y de áreas rurales pobres. Esta inequidad también se repite en los niveles de control puerperal, donde sólo un 38% de las mujeres que tuvo un parto en 2001 asistió a control. De éstas, la gran mayoría fue de mujeres del área urbana y con mayor educación. La mortalidad por causas prevenibles se debe al deficiente acceso a los métodos de planificación familiar y al espaciamiento de embarazos, a la baja cobertura de la atención calificada del parto y a la baja calidad en la atención de las emergencias obstétricas.¹

En conclusión, la medición de cobertura efectiva permite que los sistemas de salud conozcan hasta dónde pueden estar llegando las intervenciones para mitigar los riesgos en salud de la población. En el caso de Honduras es evidente que se requiere un mayor esfuerzo por parte de las autoridades sanitarias con el fin de mejorar las coberturas de vacunación, atención prenatal, parto y, en especial, lo relacionado con el tamizaje de neoplasias, como el cáncer de mama. Desafortunadamente no fue posible conocer la cobertura efectiva de algunas enfermedades crónicas como hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes, dado que en la ENDESA no era posible determinar estos indicadores.

México

Héctor Gómez Dantés, Rafael Lozano, María Victoria Castro, Oscar Méndez

En México el sistema de salud está compuesto por dos grandes sectores: el público y el privado. El primero comprende a las instituciones de seguridad social y a las instituciones y programas que atienden a la población sin protección social; el segundo, abarca a las compañías aseguradoras y a los prestadores de servicios que trabajan en los consultorios, las clínicas y los hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.¹

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 planteó cinco objetivos para atender los retos de la transición epidemiológica en el que predominan las enfermedades no transmisibles y las lesiones: i) mejorar las condiciones de salud de la población; ii) reducir las desigualdades en salud, mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas; iii) prestar servicios de salud con calidad y seguridad; iv) evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y, v) garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo del país.

Según el marco conceptual establecido en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, las funciones sustantivas del sistema de salud son:

- La rectoría efectiva.
- El financiamiento equitativo y sostenible.
- La generación de recursos suficientes y oportunos.

Para cada una de estas funciones se definió un total de 10 estrategias encaminadas a cumplir con los objetivos de dicho programa.²

En 2008, la población del país alcanzó 106.7 millones. De ellos, 52.5 eran hombres y 54.2 mujeres. La estimación de nacimientos fue de 1.96 millones de individuos (15.5% de los nacimientos fueron por embarazos en mujeres entre 15 y 19 años) y 518,000 fallecieron, lo que significó un incremento natural de 1.35 por cada 100 habitantes, mientras que la tasa global de fecundidad fue de 2.1 hijos por mujer. La tasa de natalidad fue de 18.3 nacimientos por cada 1000 habitantes y la tasa de mortalidad se ubicó en 4.9 defunciones por cada 1000 habitantes. Para ese año, la esperanza de vida estimada de los mexicanos fue de 75.1 años (72.7 en hombres y 77.5 en mujeres).³

La mortalidad infantil por cada 1000 nacidos fue de 15.2 y la mortalidad materna fue de 57.³

Según estimaciones de la Secretaría de Salud la población con y sin seguridad social fue de 48.4 y 58.3 millones, respectivamente.⁴

Cobertura efectiva de los servicios de salud

La evaluación del desempeño de los servicios de salud públicos se realiza año con año, tomando como base los objetivos del Programa Nacional de Salud y los Objetivos del Desarrollo del Milenio. En estas evaluaciones se comparan los indicadores de desempeño de las diversas instituciones de salud y se analizan los recursos, la mortalidad por causas específicas, los indicadores de calidad de la atención y la satisfacción del paciente.

El primer estudio de cobertura efectiva realizado en México sobre el Sistema Nacional de Salud se hizo con datos de 2000 a 2003 y fue publicado en 2006.⁵ Durante los años 2005 y 2006 se realizó otro estudio con desagregación por entidad federativa.⁶

Metodología

Definiciones de las intervenciones

Para cada una de las intervenciones se consideró el grupo poblacional, las medidas de la normatividad respectiva en el país –que establecen las distintas poblaciones– y parámetros para definir y atender un problema de salud.

Cuadro 19. Definición de intervenciones, México.

Intervención	Definición
SALUD INFANTIL	
VACUNACIÓN	
BCG	Porcentaje de niños menores de 5 años que han sido vacunados contra BCG.
DPT	Porcentaje de niños entre 12 y 59 meses de edad que han sido vacunados con 3 dosis de DPT o pentavalente.
Polio	Porcentaje de niños entre 12 y 59 meses de edad que han sido vacunados con contra poliomelitis.
Sarampión	Porcentaje de niños entre 18 y 59 meses de edad que han sido vacunados contra sarampión.
CONTROL CRECIMIENTO	Número de visitas (al menos 5) de control de crecimiento en menores de un año.
LACTANCIA MATERNA	Niños menores de 1 año que lactaban.

Intervención	Definición
SALUD INFANTIL	
Lactancia materna y presencia de EDAS	Proporción de niños que estaban lactando y que no presentaron enfermedades diarreicas en los últimos 15 días.
Lactancia materna y presencia de IRA	Proporción de niños que estaban lactando y que no presentaron enfermedades infecciosas respiratorias en los últimos 15 días.
SALUD DE LA MUJER	
Atención prenatal	Porcentaje de mujeres que tuvieron 4 o más consultas de atención prenatal y a quienes se les practicó examen sanguíneo y de orina.
Atención del parto por personal calificado de salud	Porcentaje de mujeres que fueron atendidas en un hospital en su último parto.
Citología para cáncer cervicouterino	Porcentaje de mujeres entre 18 y 69 años de edad que se han realizado estudio citológico (Papanicolau) en los últimos 12 meses.
Citología para cáncer de mama	Porcentaje de mujeres entre 40 y 69 años de edad que se han realizado mastografía en los últimos 12 meses.
SALUD DEL ADULTO	
Tratamiento de hipertensión arterial	Relación de reducción real de la presión arterial sistólica, gracias al tratamiento de la hipertensión respecto a la reducción potencial de presión sanguínea.
Tratamiento para hipercolesterolemia	Relación de la reducción real total de colesterol debida al tratamiento con respecto a la reducción total de colesterol potencial.
Nota: Para todas las intervenciones se utilizó como fuente de información la Encuesta Nacional de Salud, ENSANUT 2005. Secretaría de Salud, México, 2006.	

Al mismo tiempo se estimaron tres elementos para cada intervención: la necesidad, utilización y calidad de los servicios. (ver Anexo 1, Información considerada para la construcción de indicadores de cobertura efectiva). Este último rubro es más difícil de estimar debido a que no existen fuentes de información disponibles que midan el efecto real sobre la salud de las intervenciones seleccionadas. Por ello, en algunas intervenciones se estimó únicamente la cobertura cruda.

Resultados

En México, tradicionalmente se han utilizado tres fuentes de información para realizar los cálculos de cobertura efectiva: las encuestas nacionales, los registros de estadísticas vitales y los registros de egresos hospitalarios. Para este ejercicio se utilizó la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2005-2006) ⁷ que tiene, además, representatividad estatal. Los datos que se presentan a continuación están agrupados por área de intervención. Las definiciones de poblaciones blanco se estandarizaron de acuerdo con los parámetros fijados por los integrantes de la Red de Cobertura Efectiva y dependieron de la disponibilidad de información específica para cada grupo poblacional, con la finalidad de hacerlos comparables.

Para una mayor precisión de las fuentes utilizadas, se incluye el listado de las preguntas tal cual se captaron en el cuestionario de dicha encuesta (ver Anexo 2, Características de las preguntas utilizadas de la Encuesta Nacional de Salud).

Cobertura de intervenciones del niño

Las intervenciones de vacunación en nuestro país han ocupado un papel primordial, formalizando desde 1991 el Programa de Vacunación Universal, conformado por dos estrategias: la vacunación permanente y las acciones intensivas, a través de semanas nacionales de salud donde, entre otras acciones de atención primaria, se aplican las vacunas BCG, pentavalente, antisarampión, DPT y triple viral. La Cartilla Nacional de Vacunación, que es el documento de registro y control de las dosis de vacunas que reciben los niños, se implantó desde 1978 para todos los menores de 5 años. En 2005, año en que se realizó la encuesta, se estimó que el 85% de los niños contaba con dicho documento. Para el 15% restante -sin cartilla- se utilizó la historia referida por las mamás. Esta regla aplica para las cuatro coberturas de vacunación aquí seleccionadas.

Vacunación BCG

Se definió como la proporción de niños menores de cinco años de edad que han sido vacunados contra tuberculosis.

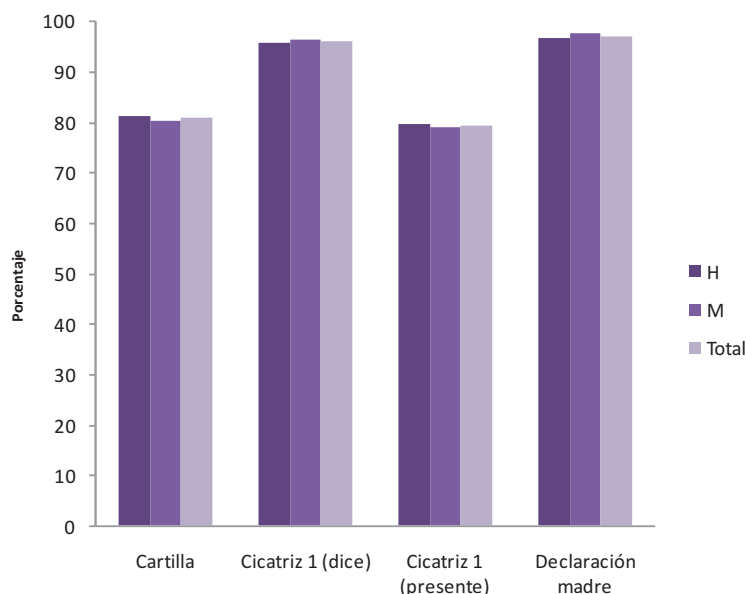
La aplicación de la vacuna BCG en el país corresponde a una dosis que se aplica a los recién nacidos. En el caso de la ENSANUT registra la historia de vacunación de niños menores de 5 años que viven en los hogares, mediante la cartilla nacional de vacunación para cada niño. En caso de no disponer de ella, se cuenta con la declaración de la madre (que en este caso comprendió a las mujeres de 20 a 49 años).

Cuando la cobertura se mide a través de la declaración materna, ya sea indicando que el niño cuenta con la cicatriz o que eso indica la cartilla, sin mostrarla, la cobertura supera el 90 por ciento. En cambio, cuando se hace a través de verificación, es decir, se mira lo que está inscrito en la cartilla o se

verifica si cuenta con la cicatriz, la cobertura alcanza el 80%, con porcentajes muy similares por sexo.

Para este indicador no fue posible medir la calidad en virtud de que la encuesta no captó datos que permitieran hacer esta valoración. Una posibilidad futura es que se incluya la prueba cutánea PPD, para detectar si hubo una respuesta celular en la infancia. Ello requeriría visitas repetidas a los hogares para hacer una lectura del tamaño de la induración de la PPD.

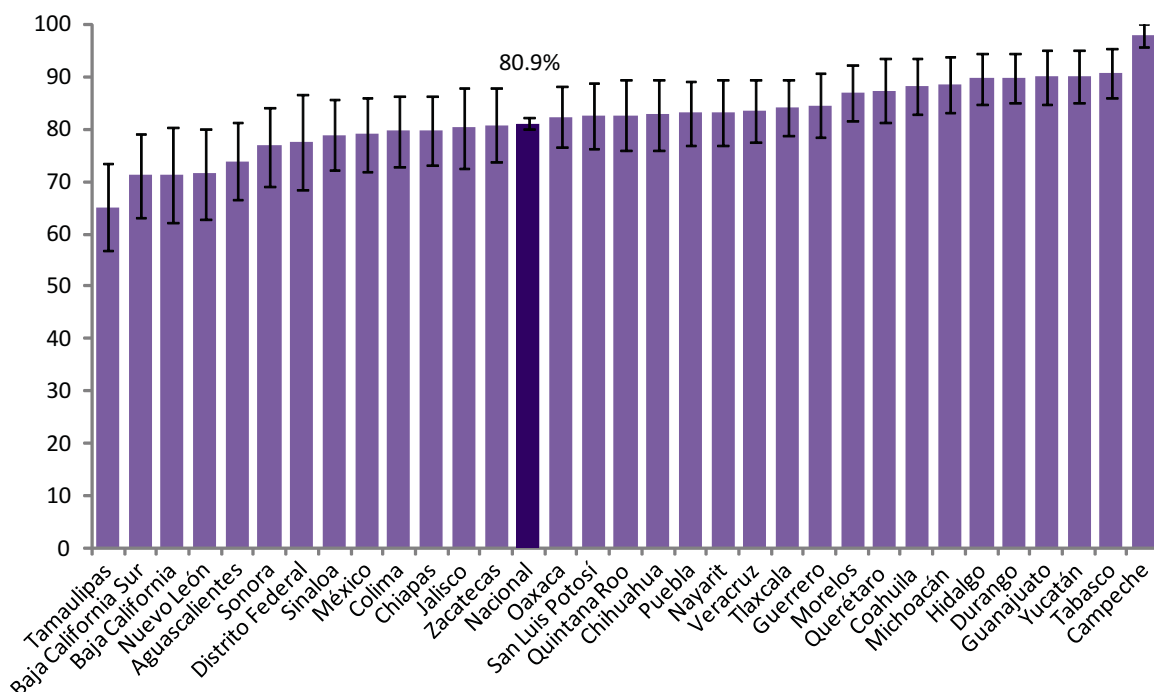
Gráfica 90. Porcentaje de cobertura de BCG en niños menores de cinco años. México, 2006.



Al revisar la cobertura por entidad federativa, seis estados tuvieron cerca del 90% de cobertura (tres del sureste y tres del centro del país). En contraparte, en cuatro entidades del norte del país, considerado tradicionalmente con mejores niveles de vida, sus coberturas apenas fueron de 70% o menos. El nivel nacional contó con una cobertura de 80%, que coincide con lo captado por la ENSANUT cuando la cobertura se verifica vía cartilla o presencia de la cicatriz.

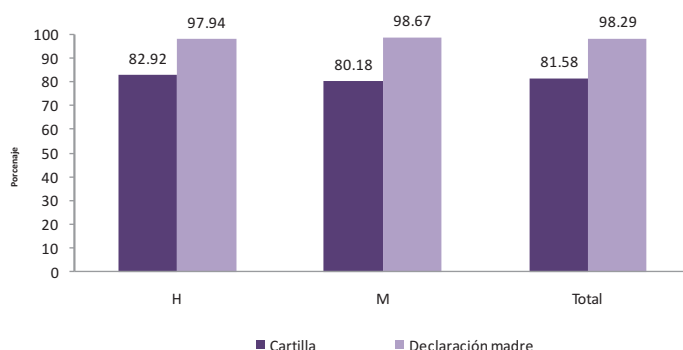
El estudio 2000-2003 mostró que Yucatán y Campeche eran entidades que presentaban mayores porcentajes de cobertura; además destacó que Baja California Sur y Tamaulipas mostraban mejores coberturas; situación que cambió en la encuestas de 2006 ya que se encontraron entre las entidades con menores porcentajes.

Gráfica 91. Porcentaje de cobertura de vacuna BCG (una dosis) por entidad federativa. México, 2006.



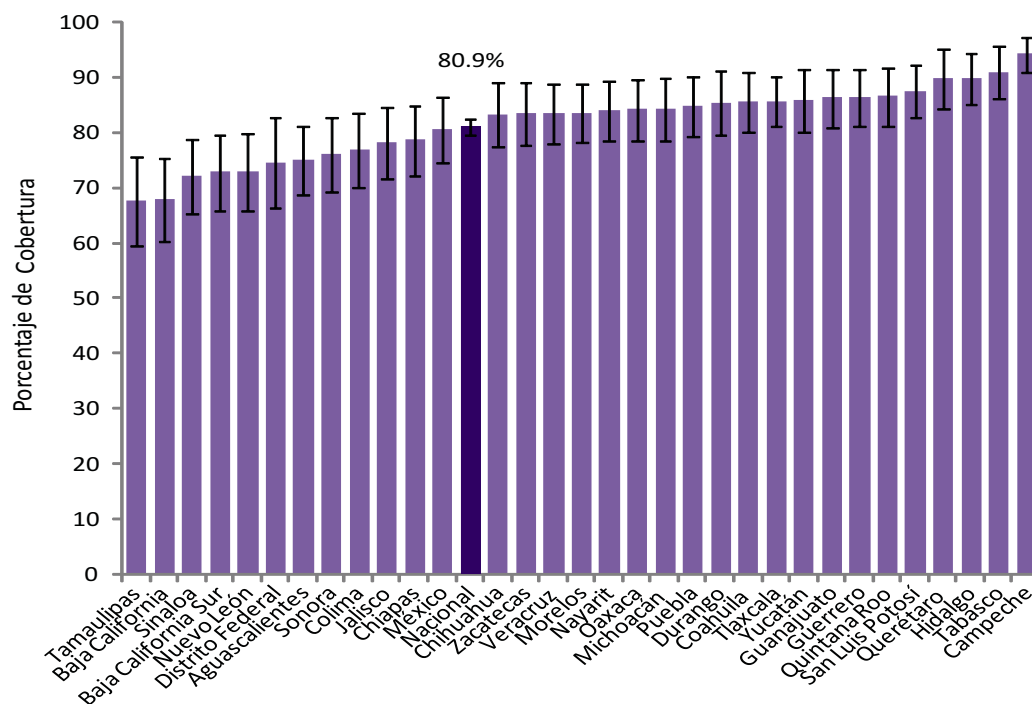
Vacunación DPT y/o Pentavalente

La vacuna DPT se aplica a niños menores de 5 años, con intervalo de dos meses entre cada dosis aplicada. Se define como cobertura de vacunación con DPT a la proporción de niños entre 12 y 59 meses de edad vacunados contra difteria, tos ferina y tétanos. La cobertura para esta vacuna fue de 98%, tanto en hombres como en mujeres, cuando los niños contaban con cartilla de vacunación, si se considera la declaración de la madre. En cambio, cuando se constata la vacunación directamente con lo plasmado en la cartilla, los porcentajes apenas alcanzan el 80%. En estos casos, la probabilidad de haber recibido las tres dosis disminuye.

Gráfica 92. Porcentaje de cobertura de vacuna DPT (13-59 meses). México, 2006.

Al igual que en la cobertura de vacuna BCG, los estados de Hidalgo, Tabasco y Campeche contaron con el mayor porcentaje de cobertura. Llama la atención que seis entidades del norte del país, consideradas con los mejores niveles económicos y con resultados positivos en lo que se refiere a la atención de la salud, se ubican por debajo del nivel nacional.

No fue posible calcular la cobertura efectiva de vacunación contra DPT, en virtud de que la encuesta no contempló la medición en sangre de anticuerpos de toxoide tetánico.

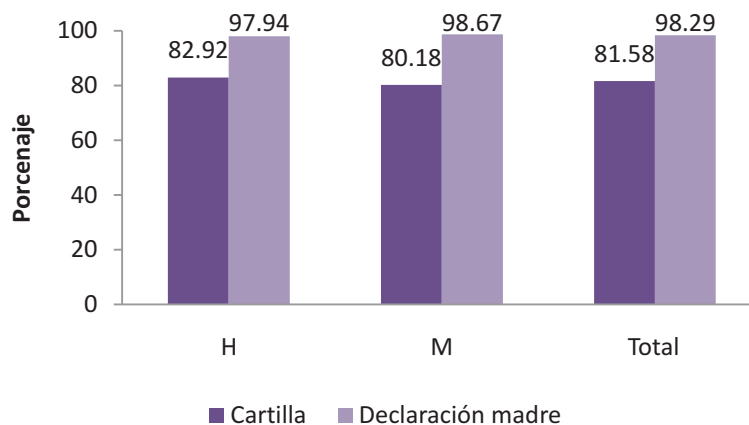
Gráfica 93. Porcentaje de cobertura de vacuna DPT (tres dosis) por entidad federativa. México, 2006.

Vacunación contra polio (VOP)

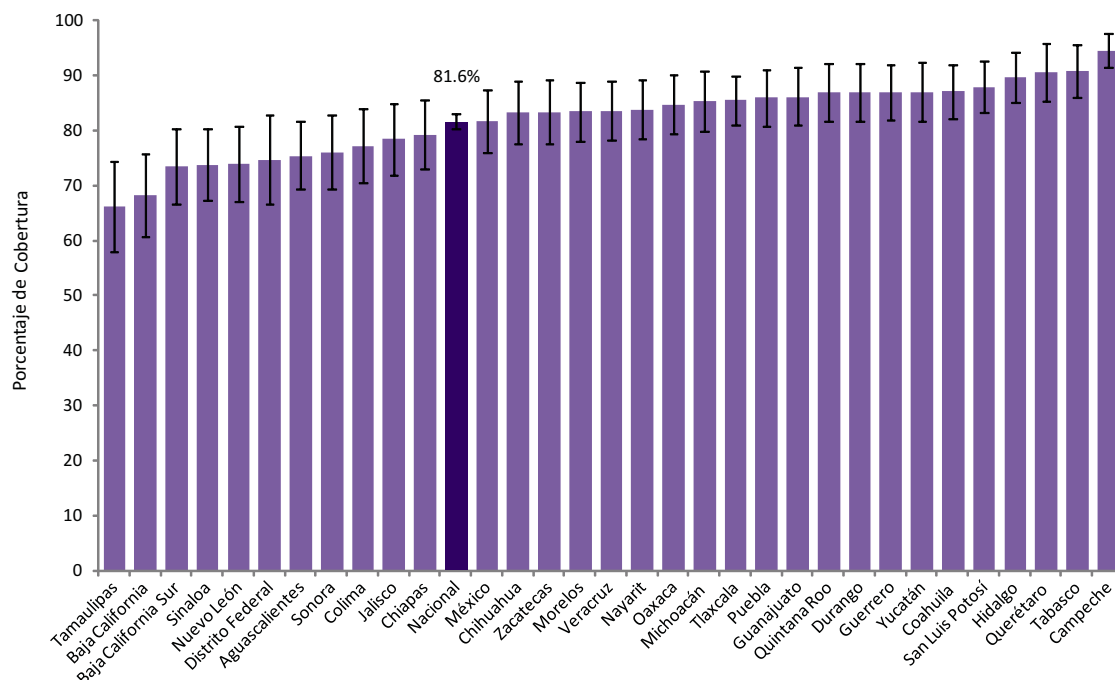
Se definió como la proporción de niños menores de 60 meses que han sido vacunados contra poliomielitis.

En México, según los reportes del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, el último caso de polio salvaje fue en 1990. De los datos de la ENSANUT, el porcentaje nacional de cobertura de vacunación contra la polio fue de 80%, con una diferencia de 15 puntos porcentuales entre las personas encuestadas que tenían la cartilla y las que no la tenían.

Gráfica 94. Porcentaje de cobertura de vacuna de polio (13-59 meses) - tres dosis. México, 2006.



Gráfica 95. Porcentaje de cobertura de vacuna polio (tres dosis) por entidad federativa. México, 2006.



Vacunación contra sarampión

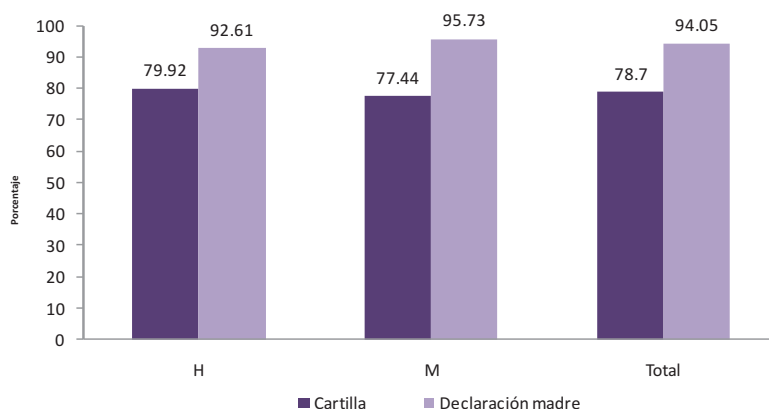
La cobertura de vacunación contra sarampión se definió como la proporción de niños de 18 a 59 meses de edad que cuenta con evidencia de historia de vacunación contra el sarampión, según declaración de la madre.

En este caso la necesidad de vacunación está establecida en la Norma Oficial Mexicana correspondiente. La ENSANUT, de la cual se tomaron los datos para el cálculo de cobertura, registra a los niños menores de 9 años. Sin embargo, todos aquellos fuera del rango de edad estipulado en la definición fueron excluidos del denominador.

La medición de la calidad de la intervención se fundamenta en el supuesto de que la cartilla o la declaración de la madre indican que el niño recibió una vacuna efectiva. Es de resaltar que a partir de la medición de cobertura a través de la cartilla y con datos de la Encuesta Nacional de Salud el porcentaje de cobertura nacional de vacuna contra el sarampión alcanzó el 80%.

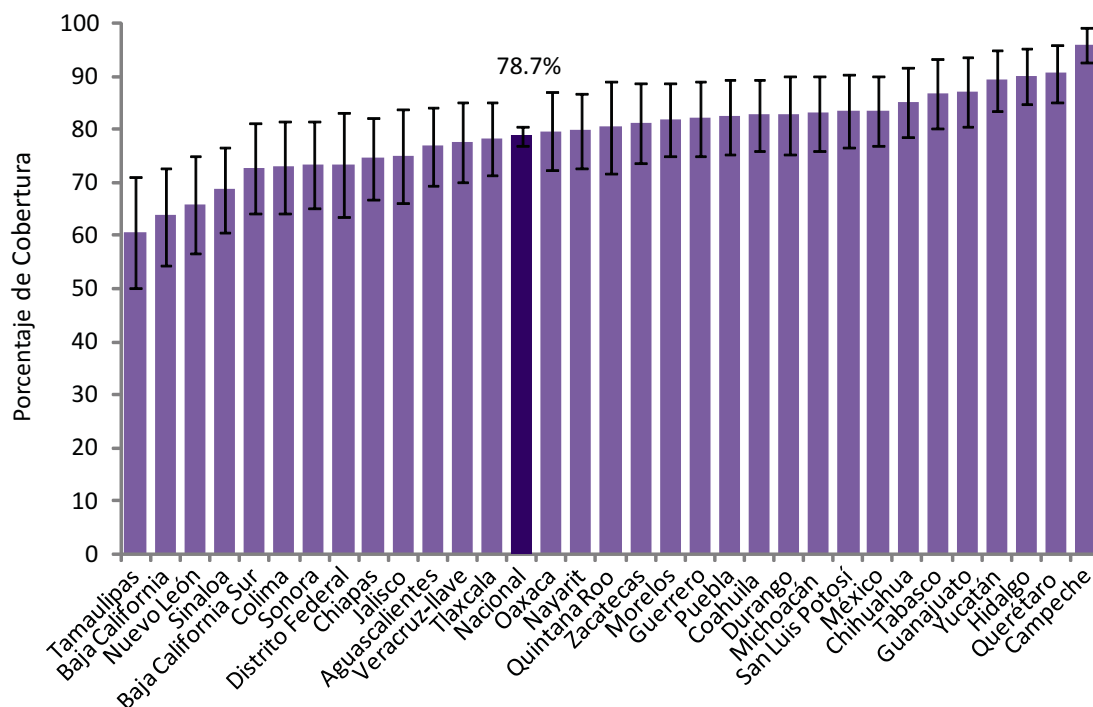
Cuando la madre declara la aplicación de esta vacuna, el porcentaje aumenta 10 puntos porcentuales, tanto en hombres como en mujeres.

Gráfica 96. Porcentaje de cobertura de vacuna contra sarampión (19-59 meses) - una dosis. México, 2006.



De las 32 entidades federativas, trece (40%) se ubican por debajo del porcentaje de cobertura nacional (80%). Este resultado contrasta con las coberturas estimadas en el año 2000, en donde todos los estados contaban con porcentajes mínimos de 94.5%.

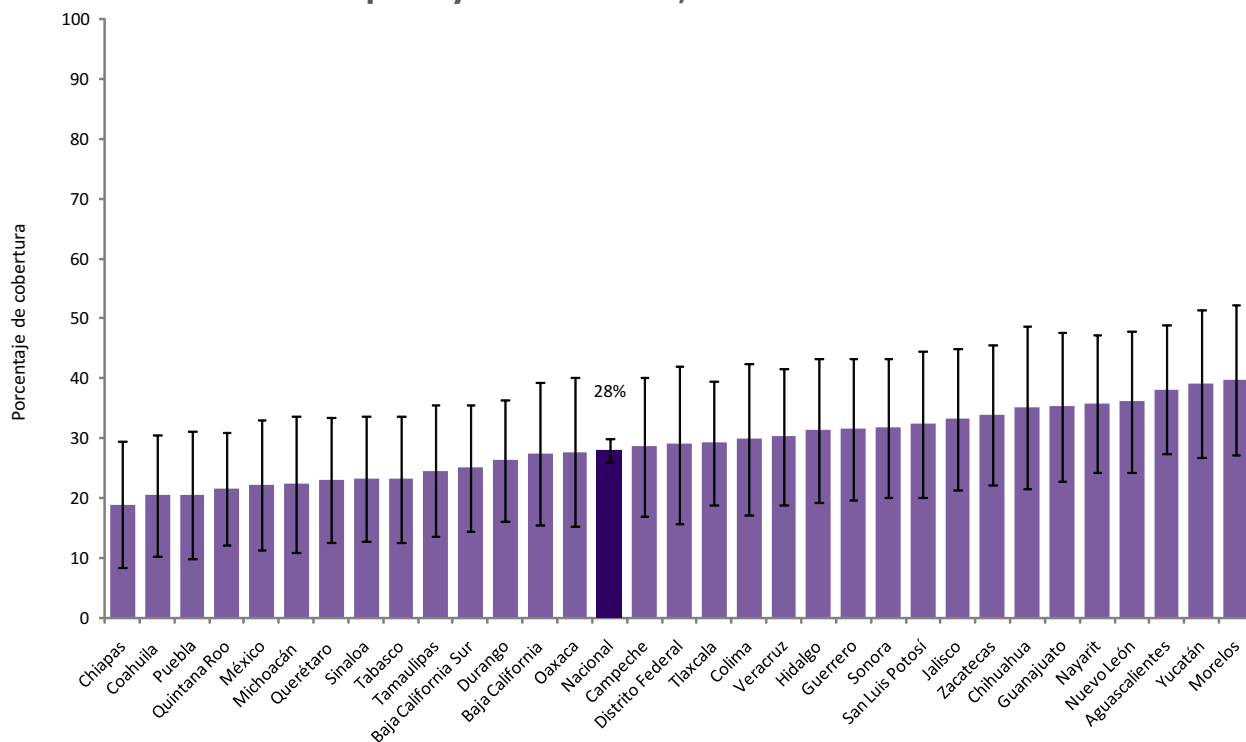
Gráfica 97. Porcentaje de cobertura de vacuna contra sarampión (una dosis) por entidad federativa. México, 2006.



Control de crecimiento

El indicador de crecimiento y desarrollo se analizó teniendo en cuenta el número de visitas de control de crecimiento en menores de un año que hubieran ido cinco veces a control de peso y talla. Se encontró una cobertura por debajo de 30%. En el desagregado estatal, la entidad que mayor porcentaje alcanzó fue Morelos, con 40%, mientras que once entidades apenas consiguieron una proporción de 25% de niños con control de peso y talla.

Gráfica 98. Proporción de niños menores de un año que han sido llevados al menos cinco veces a control de peso y talla. México, 2006.

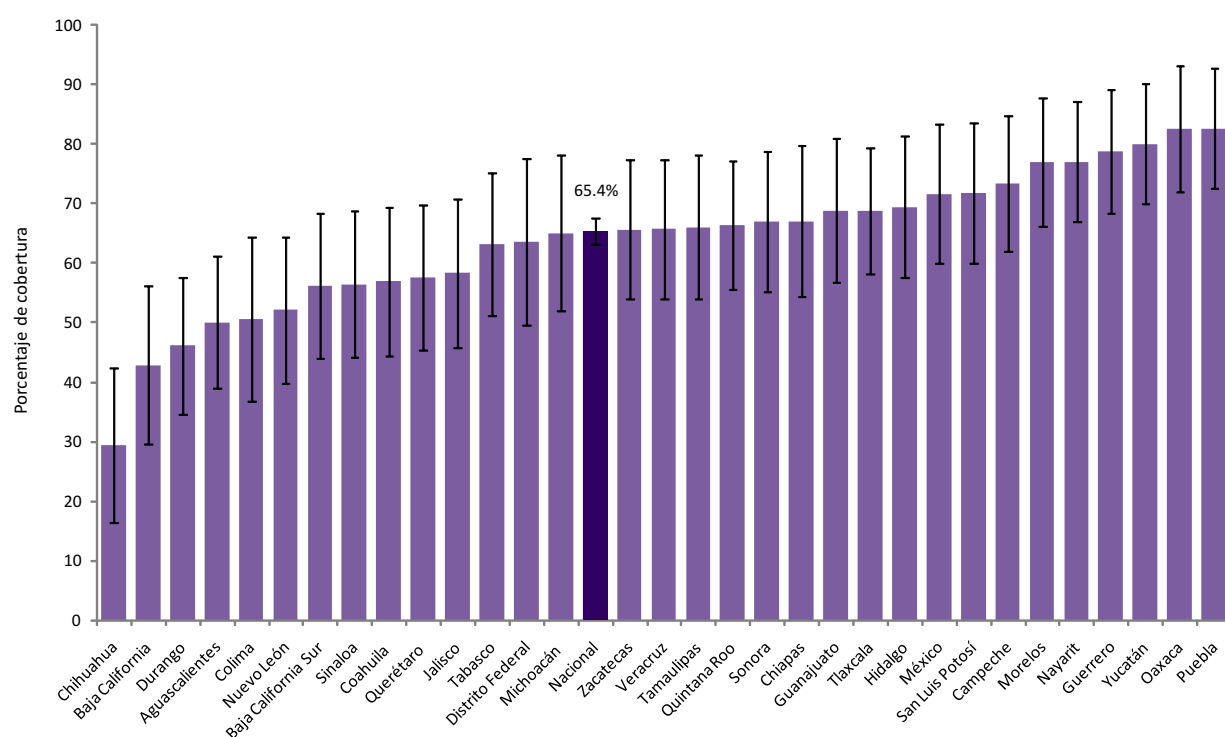


Lactancia materna

Los datos disponibles para lactancia materna provienen de la ENSANUT. No obstante, la estructura del cuestionario no permitió conformar la variable de lactancia materna exclusiva (entendida como alimentación al seno materno durante seis meses, sin otro tipo de alimentación). Así, la definición de lactancia considerada para este estudio proviene de la pregunta de si los niños menores de un año lactaban o no.

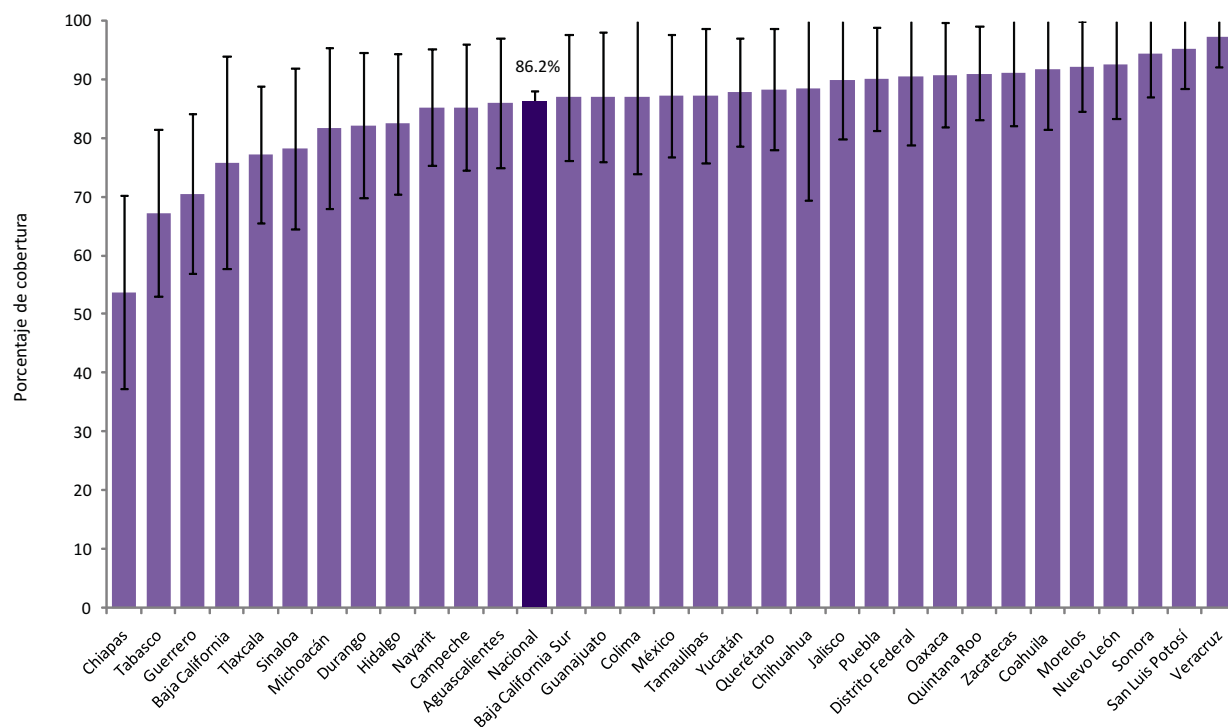
La cobertura de niños con lactancia materna nacional fue de 65.4%. El estado de Chihuahua fue la entidad con menor proporción de niños menores de un año que lactaban (30%); sólo tres entidades federativas rebasaron el 80% de niños con lactancia materna: Yucatán, Oaxaca y Puebla.

Gráfica 99. Proporción de niños menores de un año que estaban lactando. México, 2006.



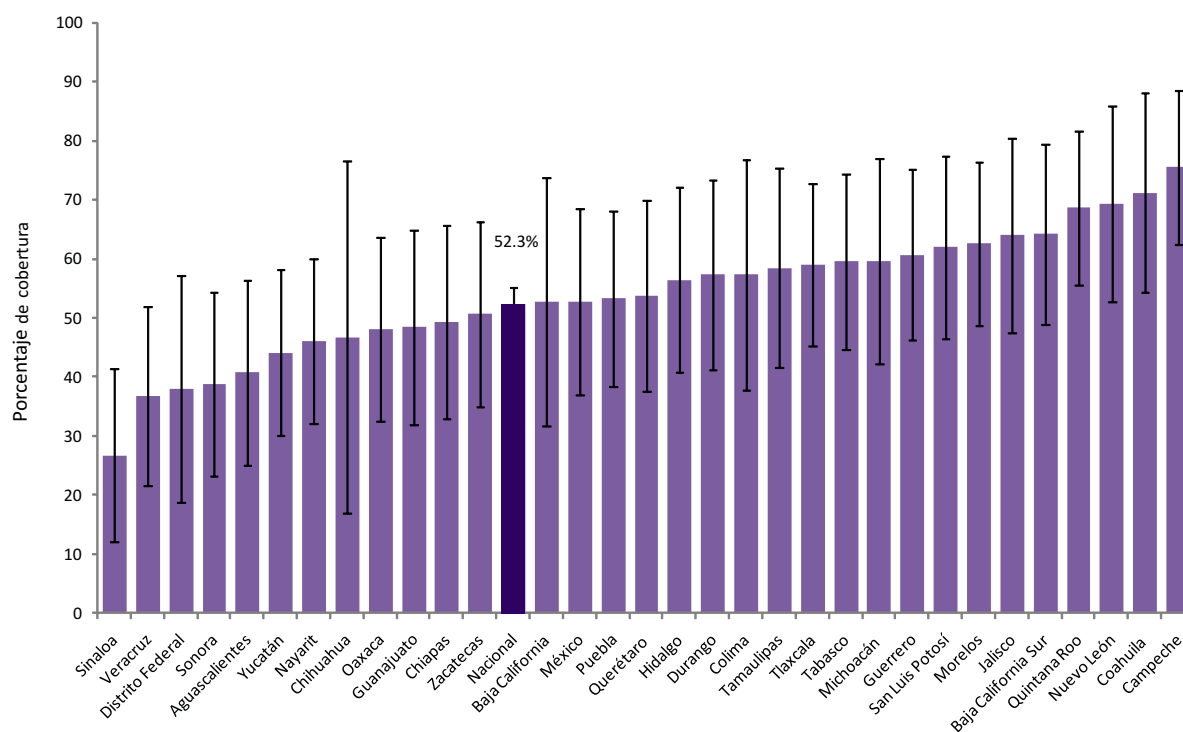
De ese 65% de niños con lactancia materna a nivel nacional, la proporción de niños que estaban lactando y que no presentaron enfermedades diarreicas en los últimos 15 días fue de 86.2% a nivel nacional; 20 entidades, que representaban el 66%, se situaron por encima de este porcentaje nacional. En contraste, Chiapas –entidad considerada con alta proporción de población en condiciones de rezago– tuvo apenas el 54% de niños que lactaban y que no presentaron diarreas, en cambio, entidades como San Luis Potosí y Veracruz tuvieron más del 90% de los niños que se encontraban lactando no presentaron enfermedades diarreicas en los últimos 15 días.

Gráfica 100. Proporción de niños que estaban lactando y no tuvieron enfermedades diarreicas en los últimos 15 días. México, 2006.



En la relación lactancia y la no presencia de enfermedades infecciosas respiratorias, la proporción nacional fue de 52.3%. En el estado de Sinaloa, 73% de niños que lactaban tuvieron enfermedades respiratorias en los últimos 15 días previos a la encuesta; en cambio, en los estados de Campeche y Colima los niños que lactaban y presentaron IRA fue de 25 y 29%, respectivamente.

Gráfica 101. Proporción de niños que estaban lactando y no tuvieron infecciones respiratorias agudas en los últimos 15 días. México, 2006.



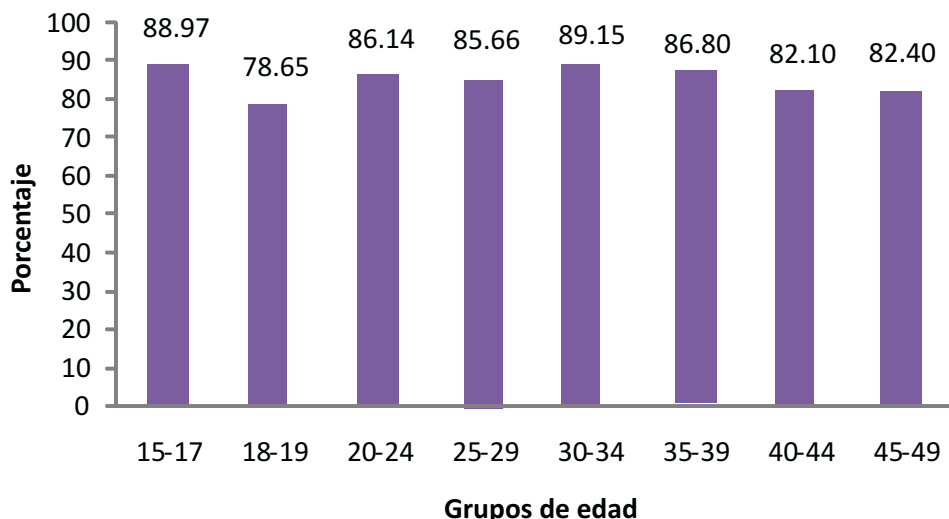
Cobertura de intervenciones en la mujer

La normatividad en México para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio establece que las mujeres embarazadas de bajo riesgo deben contar con al menos cinco consultas prenatales, considerando la revisión inicial durante las primeras 12 semanas de gestación. En el cuestionario de la ENSANUT las preguntas utilizadas para esta cobertura fueron: tipo de personal que atendió el parto; cuántas veces hubo revisiones prenatales y cuántos meses de embarazo tenía la madre cuando efectuó la primera visita prenatal. Además, se consideró como criterio de calidad si en dicha visita se realizaron tomas de presión arterial y muestras de sangre y orina.

Cobertura de atención prenatal

La definición de cobertura efectiva de la atención prenatal se estableció como la proporción de mujeres que tuvieron un parto entre 2004 y 2006, y que contaron con 4 o más consultas con personal capacitado, en las que se les midió la presión arterial y se les practicó un análisis de sangre. El objetivo de medir la cobertura efectiva de atención prenatal en los países participantes fue cubrir el grupo de mujeres de 18 a 49 años. No obstante, dado que en México la ENSANUT captó datos de adolescentes de 15 a 17 años, también se presentan los resultados para este grupo de edad.

Gráfica 102. Control prenatal (cuatro consultas o más) por grupos de edad. México, 2004-2006.

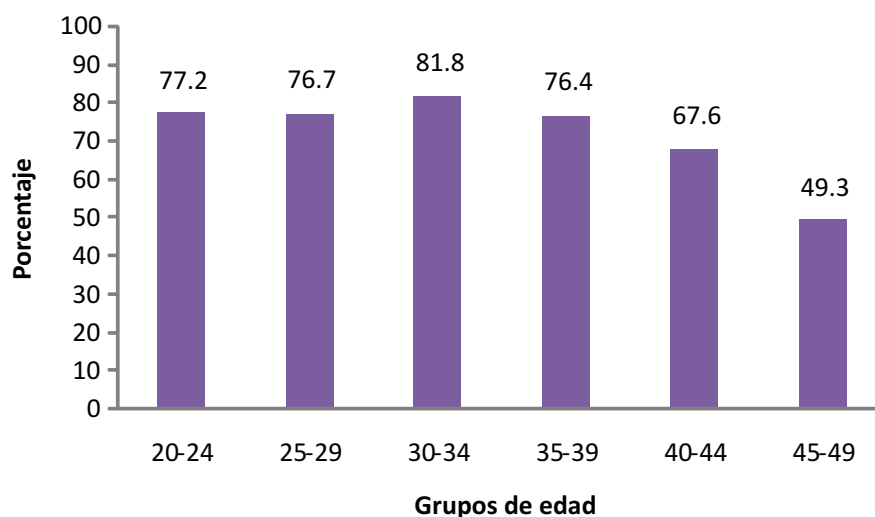


Para los rangos de edad considerados en este estudio (18 a 49 años) el menor porcentaje de cobertura de atención prenatal ocurrió en las mujeres entre 18 y 19 años (79%). A partir de los 20 años la cobertura fue superior a 80%. Sobresalió el alto porcentaje de cobertura en adolescentes de 15 a 17 años.

Aunque no se contó con una medición directa de ganancia en salud por atención prenatal, el cálculo se hizo de manera indirecta a partir de datos de la encuesta, considerando como atención prenatal efectiva a aquellas mujeres que reportaron haber sido sujetas a análisis sanguíneos, de orina y toma de presión arterial. Aunque se reconoce que esta medida es débil para medir la calidad, se consideró un *proxy* de cobertura efectiva.

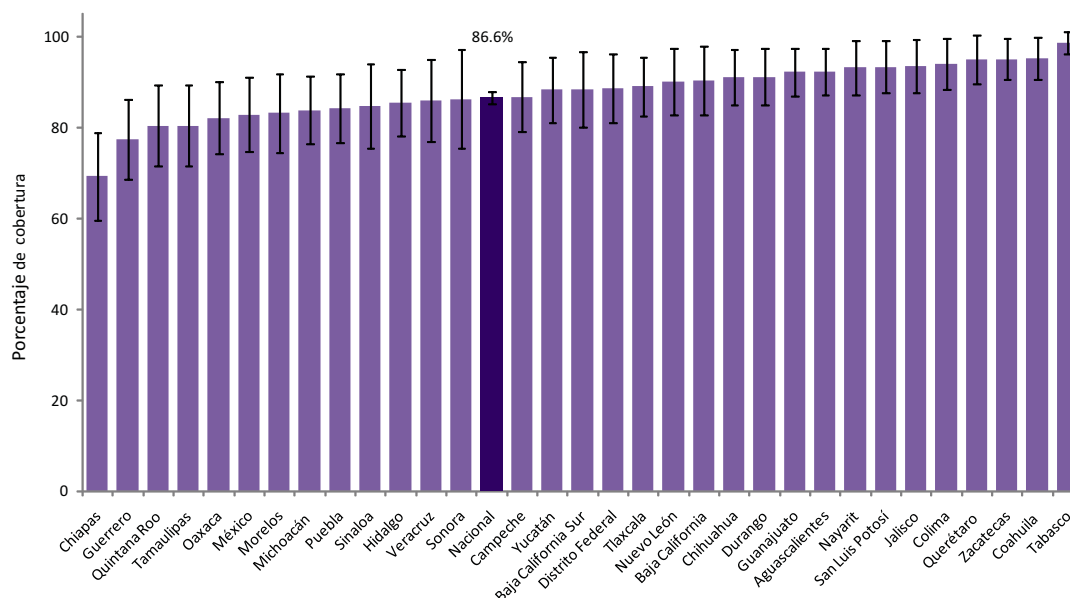
Los resultados nos muestran que en las mujeres jóvenes el control prenatal se realiza de manera más amplia que en las mujeres de mayor edad. Lo que puede sugerir que la información de los programas de atención prenatal tienen una repercusión en los grupos jóvenes de edad y que ésta es mayor que en aquellas mujeres mayores en las que esta atención no estaba incorporada a su dinámica de cuidado de la salud.

Gráfica 103. Cobertura efectiva de control prenatal (cuatro consultas o más) con exámenes de sangre y orina realizados). México, 2004-2006.



En la revisión de cobertura efectiva de atención prenatal según distribución geográfica, el 50% de las entidades federativas (16) tiene un porcentaje de cobertura superior a 90%. Entre las cinco entidades con menor cobertura están Chiapas, Guerrero y Oaxaca, consideradas las de mayor atraso socio-económico.

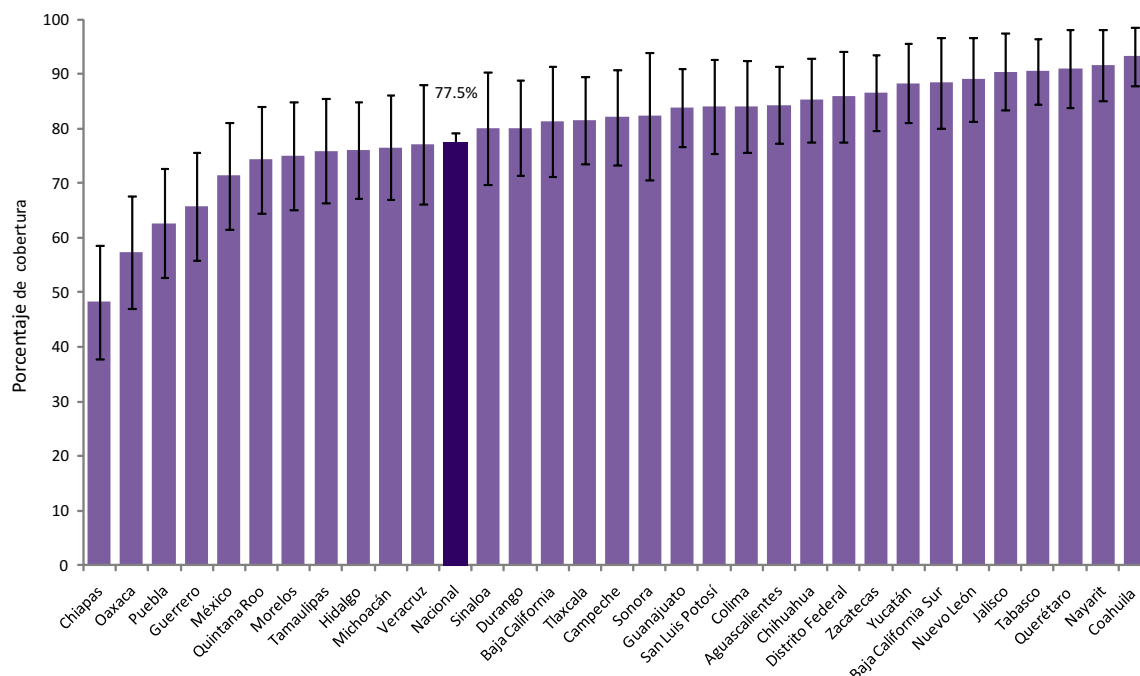
Gráfica 104. Cobertura de control prenatal (cuatro consultas o más) en mujeres de 20 a 49 años. México, 2004-2006.



Estas cifras representan un cambio importante con respecto a los resultados en estudios anteriores (cobertura efectiva SNS 2000-2003), en los cuales solo siete entidades (22%) alcanzaban o superaban el 80% de cobertura por atención prenatal, aunque en ese estudio el grupo de edad de las mujeres encuestadas correspondió al de 18 a 49 años.

A pesar de los altos porcentajes de cobertura efectiva de embarazos atendidos por personal capacitado en las entidades federativas, existe un rango de estos embarazos que no fue atendido adecuadamente. Así tenemos como ejemplo que en el estado de Chiapas menos del 50% de las atenciones prenatales, incluyeron toma de muestra de sangre y orina durante el embarazo.

Gráfica 105. Cobertura efectiva de control prenatal (cuatro o más consultas) con exámenes de sangre y orina en mujeres de 20 a 49 años. México, 2004-2006.



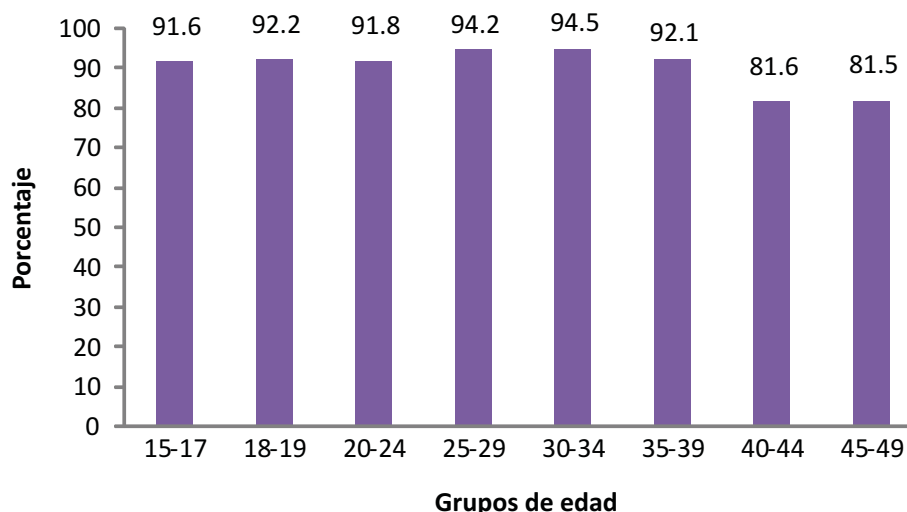
Cobertura de atención profesional del parto

La cobertura de atención profesional del parto se delimitó como la fracción de todas las mujeres que dieron a luz durante el periodo 2004-2006 y que recibieron atención hospitalaria en su último parto.

La ENSANUT proporciona datos de mujeres entre 12 a 49 años que tuvieron un parto y si este fue atendido por personal de salud. Para efectos de este trabajo sólo se seleccionó el grupo de edad de 15 a 49 años. En la encuesta también fue posible captar la atención del parto, independientemente de las características del nacido (vivo, muerto, aborto) o bien si fue por cesárea o si hubo complicaciones en el parto.

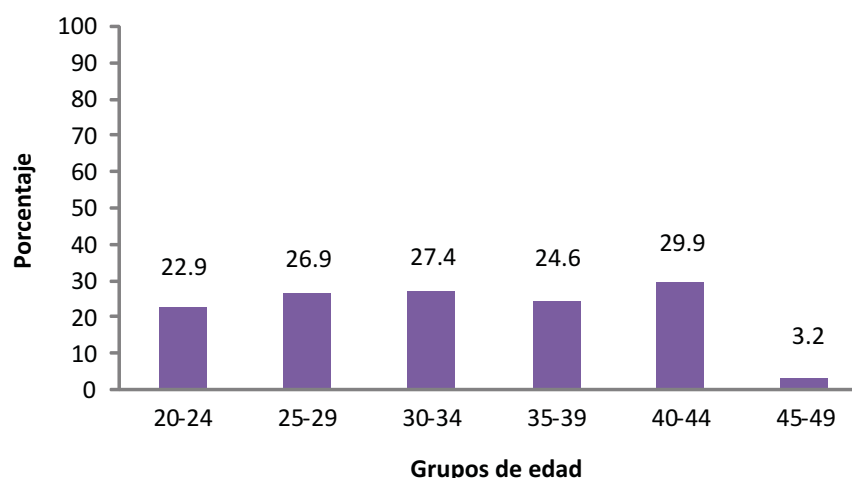
La cobertura de atención del parto nacional para el periodo 2004-2006 fue de 92.7% (en el grupo de 15 a 49 años), patrón que se refleja prácticamente en todos los grupos de edad, con excepción del grupo de 40 a 49 años, que obtuvo un nivel de cobertura de 80%.

Gráfica 106. Atención institucional del parto, por grupos de edad. México, 2004-2006.



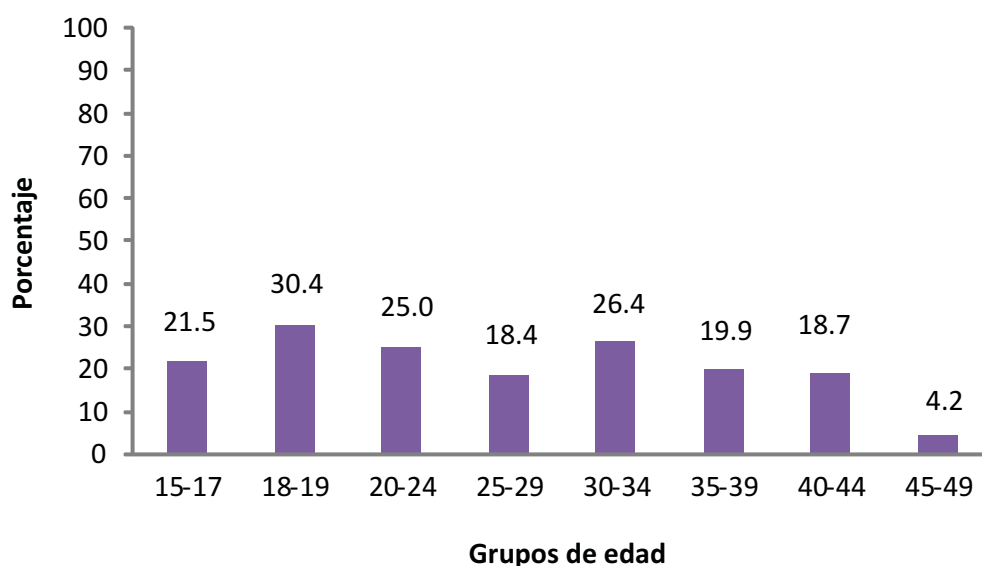
En virtud de que la ENSANUT captó además de la atención del parto, la presencia de complicaciones, la aproximación a la cobertura efectiva se realizó incorporando este indicador de atención y se restó del porcentaje de partos atendidos en unidades hospitalarias por personal calificado. Por ejemplo, si en el grupo de 20 a 24 años el 90% de los partos fue atendido por personal calificado y alrededor de un 20% de esos partos tuvo complicaciones, el indicador de cobertura efectiva sería 70%.

Gráfica 107. Porcentaje de partos complicados, por grupos de edad. México, 2004-2006.



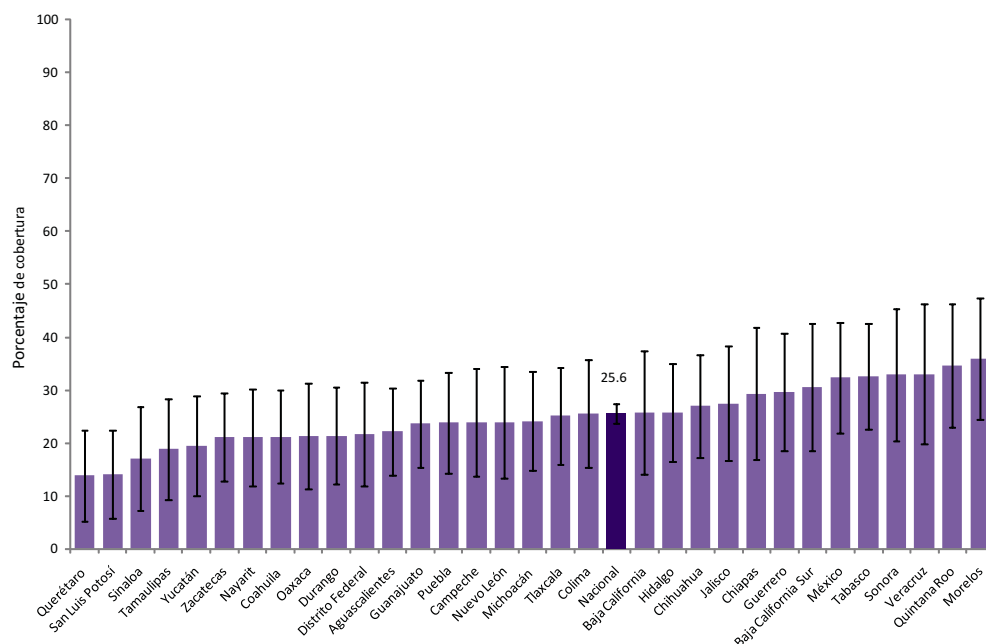
Por otro lado, la información de la encuesta también permitió explorar cuántos de esos partos fueron resueltos por cesárea de urgencia. El resultado fue que la mayoría de los partos complicados fueron atendidos por cesárea de urgencia. En el grupo de 20 a 24 años prácticamente todos los partos complicados fueron cesáreas de urgencia; lo que significa que no todos los partos atendidos en espacios institucionales y por personal calificado son necesariamente partos eutócicos. El indicador de cobertura efectiva nos acerca más a la medición del desempeño adecuado en esta materia.

Gráfica 108. Porcentaje de cesáreas de urgencia, por grupos de edad. México, 2004-2006.

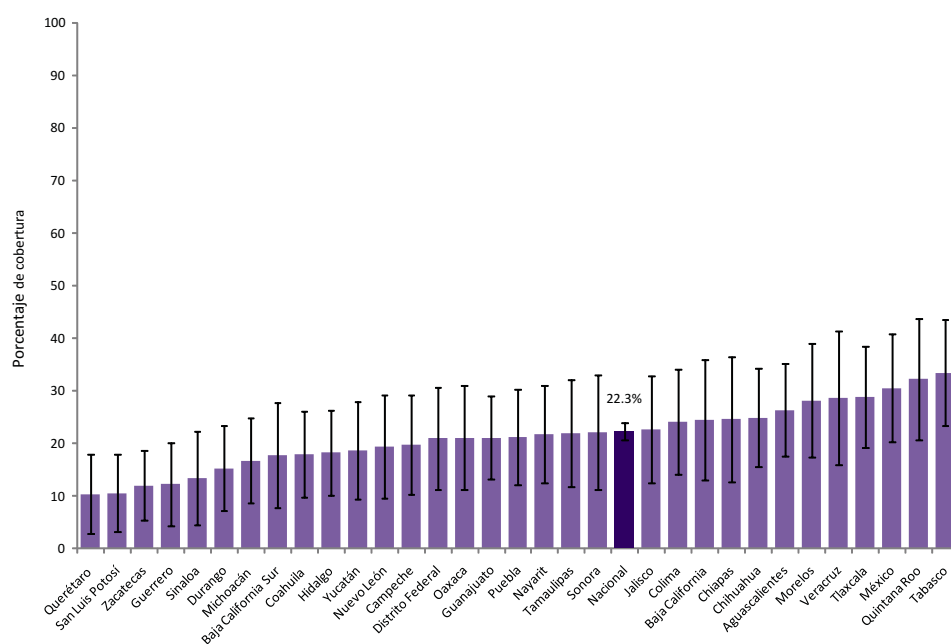


A nivel geográfico hay entidades federativas –como Morelos, Quintana Roo y Veracruz– que tienen más del 30% de los partos complicados, cuando en Querétaro y San Luis Potosí menos de 15% cursaron con complicaciones. Situación semejante se presentó con las cesáreas de urgencia: cinco entidades federativas sólo tuvieron que atender alrededor del 10% de sus partos con cesáreas de urgencia en mujeres de 20 a 49 años, lo cual sugiere un mejor control prenatal y una atención del parto mucho más efectiva.

Gráfica 109. Proporción de partos complicados en mujeres de 20 a 49 años. México, 2004-2006.



Gráfica 110. Porcentaje de cesáreas de urgencia en mujeres de 20 a 49 años. México, 2004-2006.



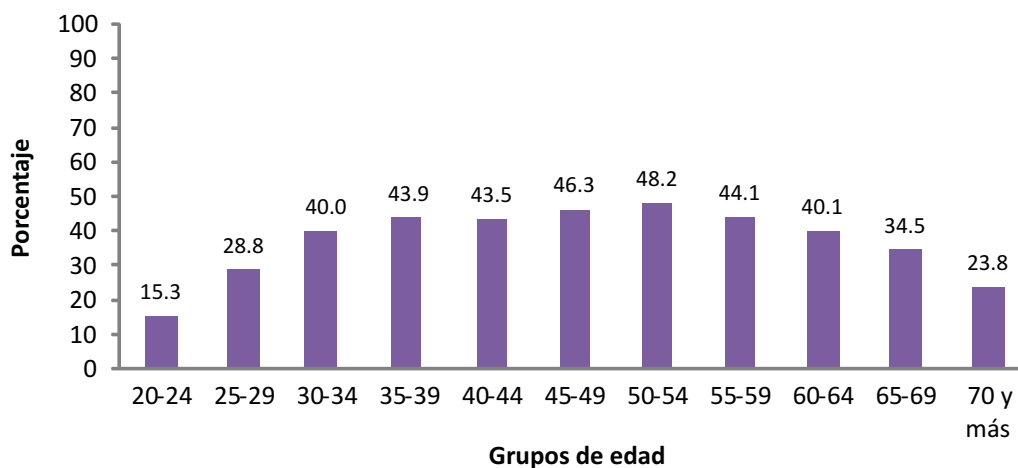
Cáncer cervicouterino

La cobertura de la detección del cáncer cervicouterino se especificó como la proporción de mujeres mayores –entre 18 y 69 años– que se practicaron un examen de Papanicolau en los últimos 12 meses.

Para estimar la necesidad de utilización se consideró el autorreporte de exámenes vaginales y de pruebas citológicas: si presentaba algún síntoma para haberle realizado la prueba de detección, si le entregaron los resultados y si recibieron tratamiento médico por el cáncer diagnosticado. La medición de la calidad se hizo si el diagnóstico de la detección resultó positivo y fue tratado.

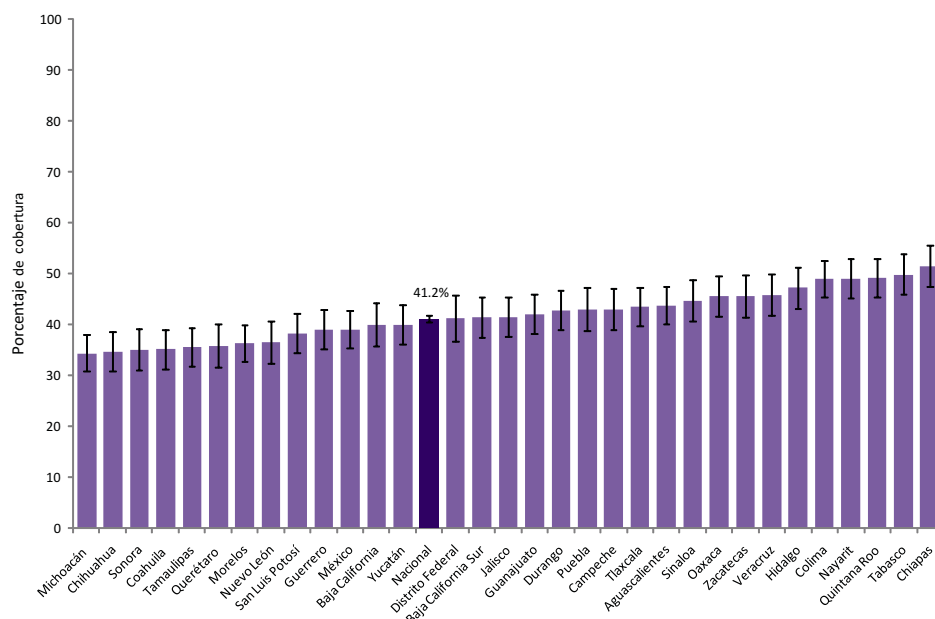
Los resultados de cobertura cruda de la realización del Papanicolau fueron de 36% en las mujeres de 20 años y más que se habían realizado ese examen. En el caso de la cobertura por grupos de edad se encontró que los grupos de edades extremas eran los que no se habían realizado esa prueba y que en los grupos entre 30 y 64 años sus coberturas no rebasaron el 50%.

Gráfica 111. Cobertura de Papanicolau (en los últimos 12 meses), por grupos de edad. México, 2006.



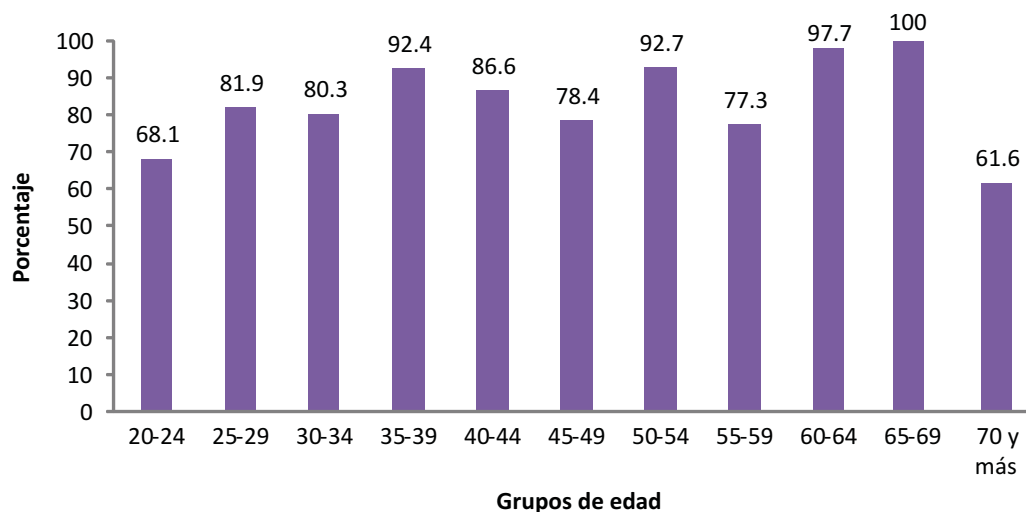
Es importante aclarar que aunque se presentan datos para el grupo de edad de 18 a 69 años, la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 (ver Anexo 3) establece que el personal de salud de primer contacto (médicos, enfermeras y técnicos capacitados) ofrecerá a toda mujer entre 25 y 64 años, en especial a aquellas con factores de riesgo, la prueba de detección del cáncer cervicouterino y se le realizará a quien la solicite, independientemente de su edad.⁸ Basado en este principio normativo, el cálculo de cobertura de detección de cáncer por entidad federativa se realizó con este corte de edad. Vale la pena destacar que una de las entidades más pobres del país, como Chiapas, apareció como el estado con mayor cobertura.

Gráfica 112. Cobertura efectiva de detección de cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 64 años, por entidad federativa. México, 2006.



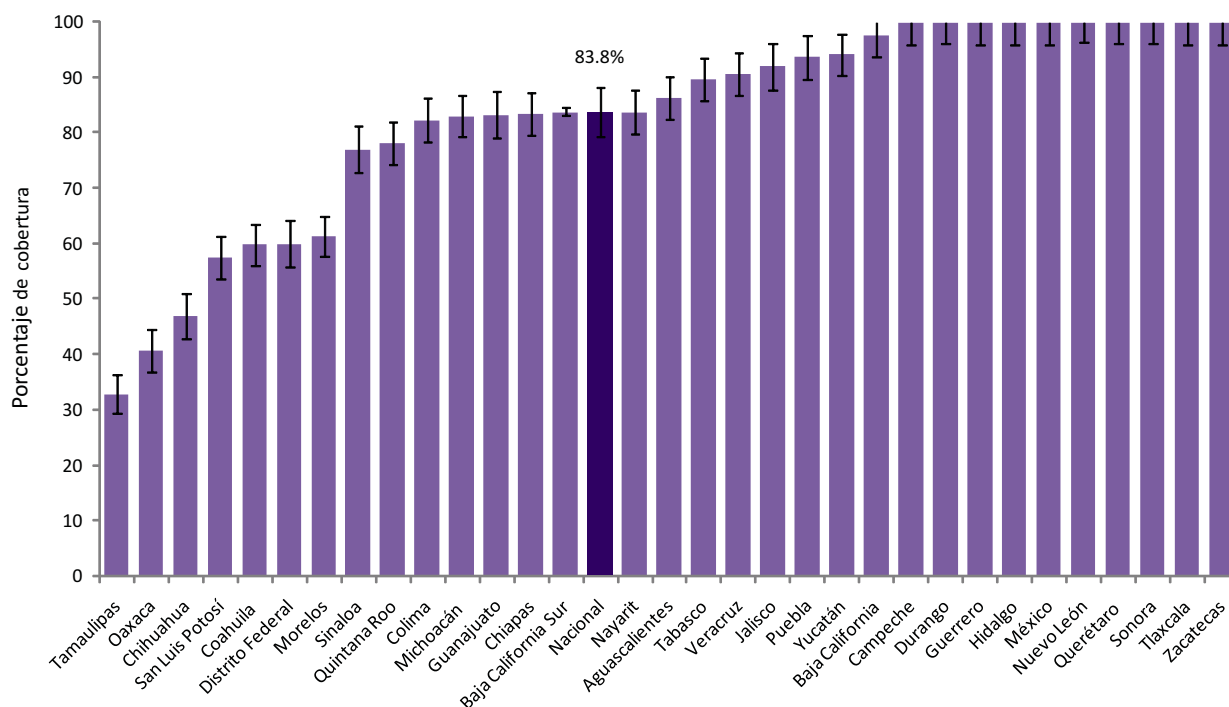
Frente a una cobertura de detección baja, observamos que una pequeña proporción de mujeres que fueron diagnosticadas como positivas recibieron tratamiento, lo cual disminuye sustancialmente la cobertura efectiva de detección, con excepción de los grupos de mayor edad.

Gráfica 113. Cobertura del tratamiento en mujeres diagnosticadas en los últimos 12 meses con cáncer de cuello uterino. México, 2006.



En lo referente a la cobertura del tratamiento cuando la mujer es diagnosticada con cáncer cervicouterino se observó que hay entidades federativas con muy baja capacidad de respuesta (Tamaulipas, Oaxaca y Chihuahua), que contrastan con entidades que reportaron un 100% de cobertura del tratamiento (Zacatecas, Tlaxcala, Sonora, etc.). En el caso del Distrito Federal, donde se concentra la mayor cantidad de recursos diagnósticos y terapéuticos, la cobertura del tratamiento sólo alcanzó el 60%.

Gráfica 114. Cobertura de tratamiento en mujeres mayores de 20 años, diagnosticadas con cáncer de cuello uterino. México, 2006.

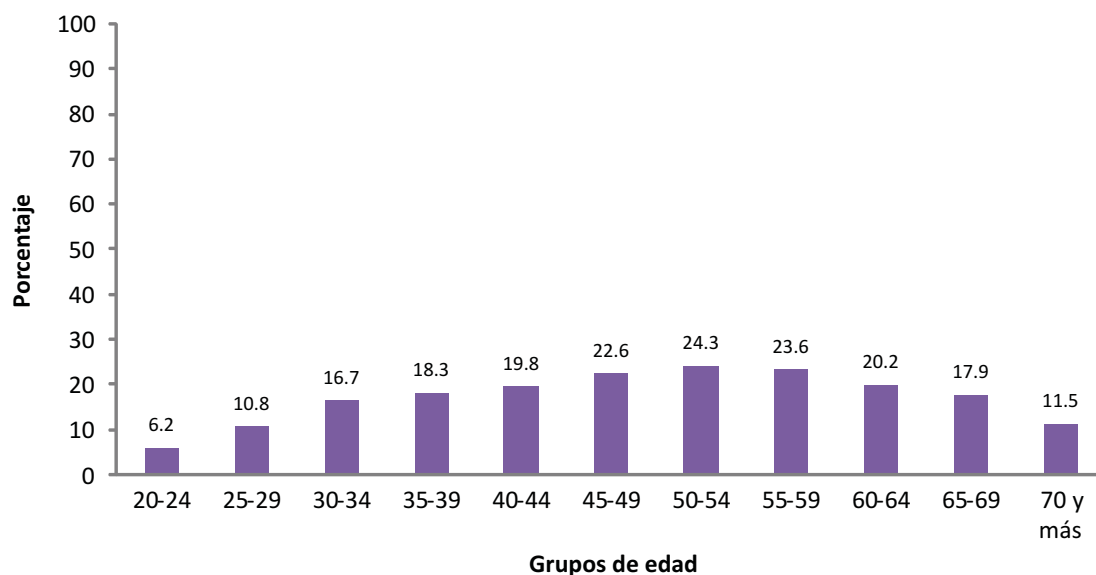


Cáncer de mama

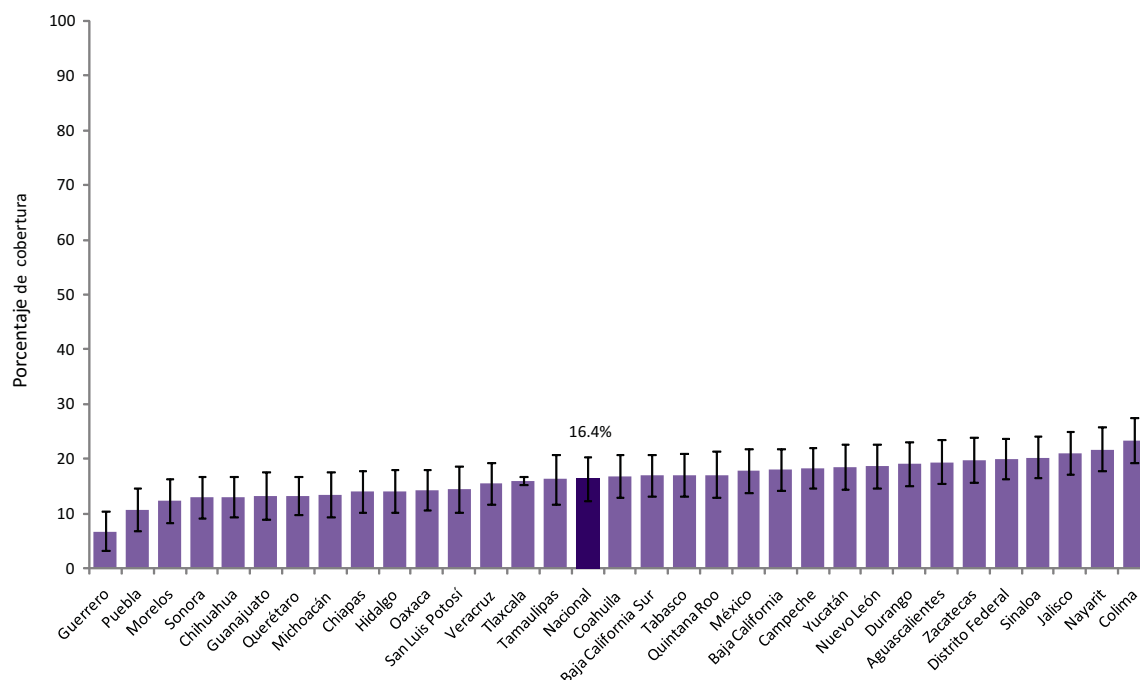
La definición de cobertura para la detección de cáncer de mama fue la proporción de mujeres entre 40 y 69 años de edad que se practicaron una mamografía en los últimos 12 meses.

La práctica de detección de cáncer de mama por mastografía en el país muestra una cobertura menor a 20% en prácticamente todos los grupos de edad. Aunque el indicador debiera reflejar la detección en los últimos 3 años, la información disponible indica que el programa debe fortalecerse para alcanzar mejores coberturas. Este efecto se generaliza en todo el país. Los estados que apenas alcanzaron el 20% de cobertura fueron Durango, Aguascalientes, Zacatecas, Distrito Federal, Sinaloa, Jalisco, Nayarit y Colima.

Gráfica 115. Cobertura de mastografías realizadas en los últimos 12 meses, por grupos de edad. México, 2006.

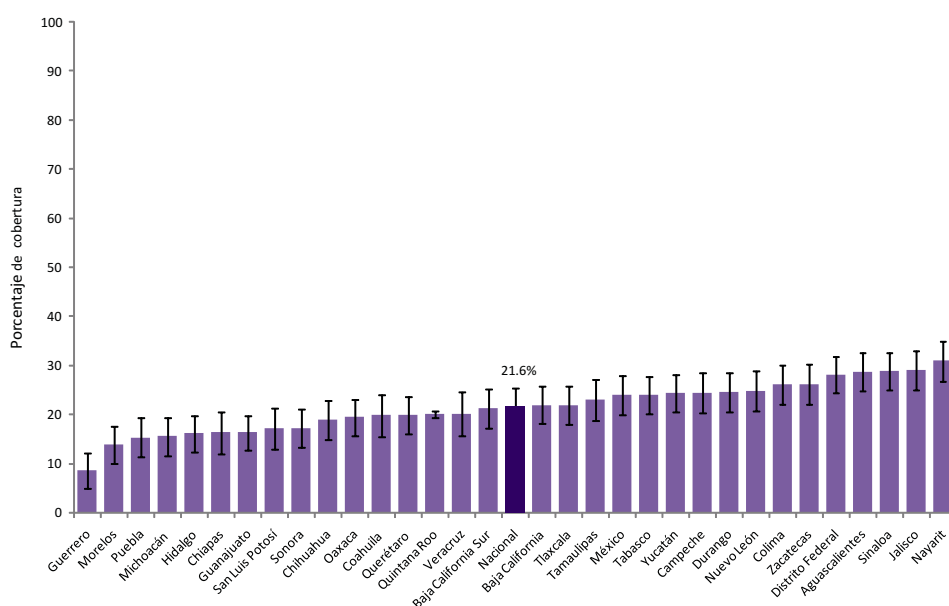


Gráfica 116. Cobertura cruda de mastografía en mujeres mayores de 20 años. México, 2006.



En el caso de las mujeres de 40 a 69 años se presentó un patrón similar de baja cobertura a nivel nacional, a pesar de que esta es la población blanco y sobre la cual el tamizaje debería ser más estricto.

Gráfica 117. Cobertura efectiva de detección de cáncer de mama en mujeres de 40 a 69 años, por entidad federativa. México, 2006.



En cuanto al tratamiento recibido en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, las coberturas fueron muy dispares en el país: de 0 a 100%. Esto amerita una exploración más detallada de la información disponible en la encuesta y está en proceso su análisis.

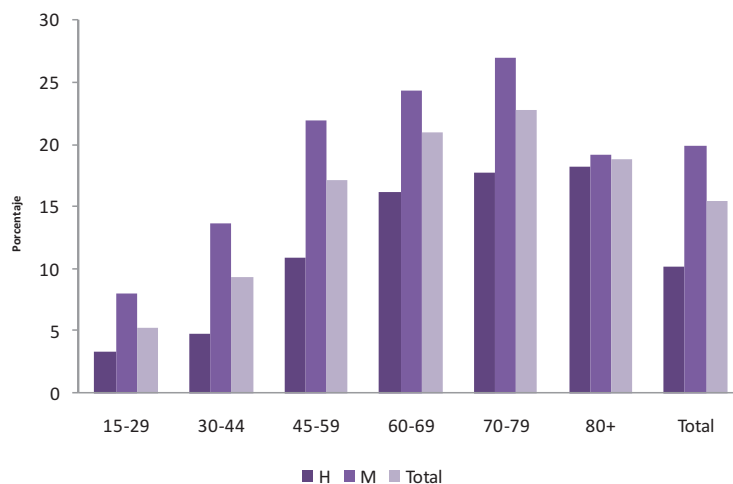
Cobertura efectiva de intervenciones en el adulto

Cobertura efectiva de tratamiento médico de hipertensión arterial

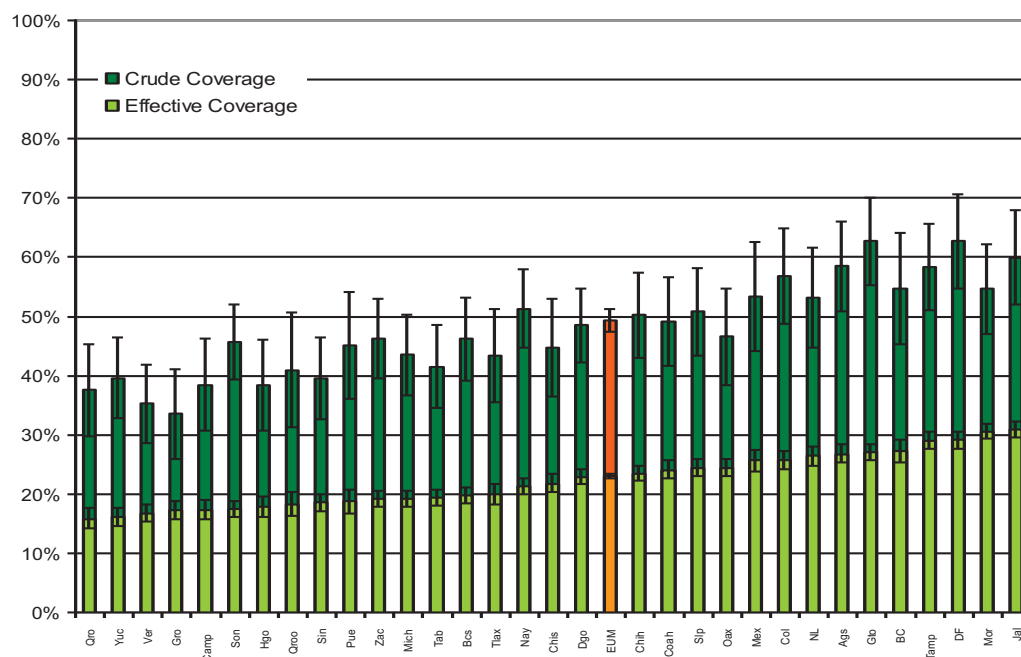
Se definió como cobertura efectiva del tratamiento de la hipertensión la relación de reducción real de la presión arterial sistólica gracias al tratamiento de la hipertensión, con respecto a la reducción potencial de presión sanguínea. La mejoría real en la presión sanguínea de cada persona en tratamiento se define como el efecto de tratamiento promedio estimado. La posible reducción de presión arterial con la que esta ganancia real debe compararse depende de lineamientos clínicos. El objetivo en este rubro es una presión sanguínea sistólica de 120 mm Hg.

Se debe tener en cuenta el sesgo potencial en la prescripción del tratamiento, ya que los pacientes hipertensos con las presiones arteriales más altas son aquellos más propensos a recibir tratamiento medicamentoso.

Gráfica 118. Cobertura efectiva de HTA por grupos de edad. México, 2006.



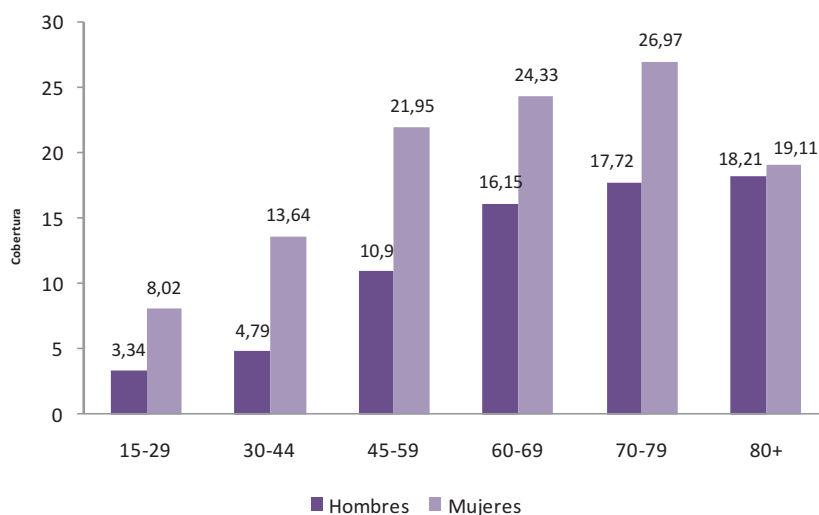
Gráfica 119. Cobertura cruda y cobertura efectiva del tratamiento de hipertensión arterial. México, 2006.



La gráfica por entidad federativa muestra que, a nivel nacional, la cobertura cruda de tratamiento de hipertensión fue de alrededor de 49%, en tanto que la cobertura efectiva fue sólo de 23%. Es decir, uno de cada dos hipertensos utilizó el sistema de salud, pero sólo a la mitad le bajó la presión.

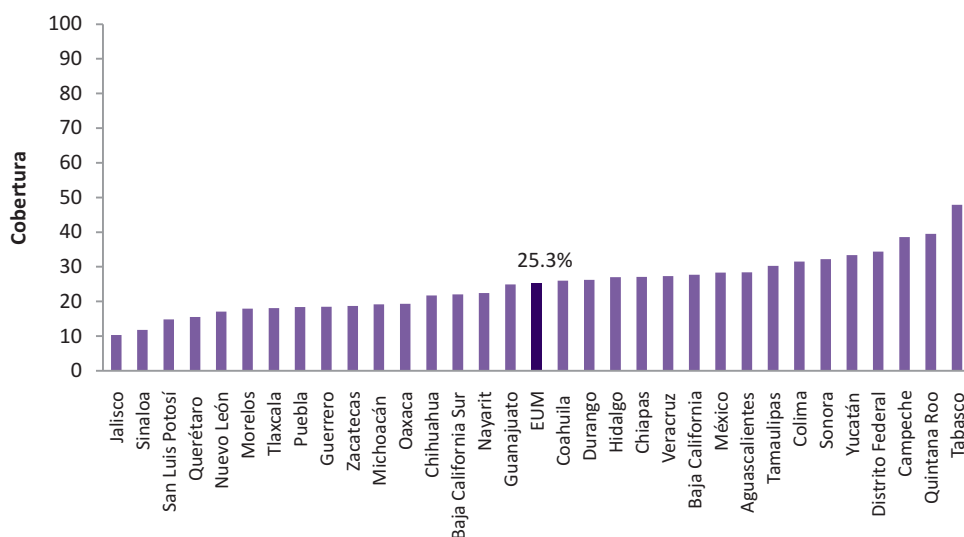
Al igual que otros indicadores de cobertura, hay grandes variaciones en las tasas de cobertura efectiva entre las entidades federativas. El estado con la mayor cobertura efectiva es Jalisco –con 31%–, casi el doble de Querétaro, que fue de 16%. Cabe destacar que Chiapas y Oaxaca obtuvieron mejores resultados de cobertura efectiva de hipertensión que de otras intervenciones.

Gráfica 120. Cobertura efectiva de tratamiento HTA por grupos de edad y sexo. México, 2006.



Cobertura efectiva de tratamiento médico de dislipidemias en el adulto

La cobertura efectiva del tratamiento de la hipercolesterolemia se definió como la relación de reducción real total de colesterol debida al tratamiento, con respecto a la reducción total de colesterol potencial. La mejoría real en colesterol total para cada persona es la diferencia entre su colesterol total antes del tratamiento y el colesterol total observado en la actualidad. La reducción potencial en colesterol total con la que esta ganancia real debe compararse depende de lineamientos clínicos.

Gráfica 121. Cobertura efectiva de hipercolesterolemia. México, 2006.

Discusión

El abordaje de cobertura efectiva proporciona evidencias sobre el desempeño de los sistemas de salud. El problema es que los sistemas de información no están adecuados para medir y generar estimaciones precisas de cobertura efectiva, es decir, el impacto en salud de cada uno de los servicios otorgados, como son vacunas, control prenatal, detecciones oportunas o inclusive tratamientos específicos (diabetes e hipertensión).

Es un imperativo que los sistemas de información incorporen la medición de impacto para poder realizar un mejor análisis del desempeño, no solo del sistema, sino de los programas y de los proveedores.

Los insumos con los que se cuenta para realizar el cálculo de cobertura efectiva hoy en día sólo nos permiten algunas aproximaciones a la efectividad de las intervenciones y los resultados obtenidos se refieren a la cobertura cruda de la intervención.

Para este estudio se realizaron cálculos y estimaciones para 10 intervenciones dirigidas a diferentes grupos poblacionales, que fueron homogeneizados en lo posible con la información disponible en diferentes países. Esta es una primera aproximación de cobertura efectiva regional en las Américas y se verá enriquecida en la medida en que las diferentes encuestas nacionales de salud que se realicen en el futuro vayan incorporando apartados específicos para contar con datos para realizar una métrica más precisa de la cobertura efectiva. Una alternativa de fuente de información específica puede constituir la el expediente electrónico que se encuentra en desarrollo en el país.

En el caso de México se presentan los resultados para las intervenciones seleccionadas desde dos perspectivas: las generadas por los estudios anteriores a este reporte –que básicamente se refieren a estimaciones por edad y sexo–, y las de algunos rubros como atención materna, tratando de estimar varios indicadores de calidad ajustados con los criterios definidos por los integrantes de la red, para que en la medida de lo posible fueran comparables entre estos países.

Con respecto a la salud del niño es importante destacar que las coberturas de inmunización se encontraron muy por debajo de los niveles de protección poblacional. Los rezagos en ciertos estados señalan el relajamiento del Programa de Vacunación Intensiva y la falta de seguimiento al impacto de la inmunización, que es donde precisamente el ejercicio de cobertura efectiva puede hacer sus mayores contribuciones. Por ejemplo, continuar con el reporte de la declaración de la madre, como un indicador de cobertura, o confiar en el registro de las actividades en la Cartilla de Vacunación, ya no pueden ser un indicador confiable, en vista de que hay un subregistro en la cartilla y un exceso en el reporte por parte de las madres, y al final de cuentas ninguno de las dos garantiza protección inmunológica. De allí la necesidad de incorporar mediciones de calidad que garanticen una protección a la salud de la infancia.

En el caso de la salud de la mujer las aproximaciones a la cobertura efectiva nos permiten tener una idea más clara de hasta dónde llega el impacto en la salud de los programas destinados a la mujer. Por ejemplo, en el caso del control prenatal, el número de visitas prenatales atendidas por personal calificado se vio complementado con el reporte de la realización de exámenes de orina y sangre, asumiendo que dichos resultados mejorarían la práctica médica y el control del embarazo al monitorear la aparición de anemia y proteinuria como factores de riesgo en el embarazo. La fuente de información no nos permitió identificar si estos exámenes médicos se realizaron con la frecuencia adecuada o si en los casos con resultados anormales se aplicaron las medidas correctivas. Sin embargo, son una medida de aproximación a una intervención de calidad.

De la misma manera, la atención profesional del parto se vio complementada con la exploración de si el parto presentó complicaciones o si terminó en una cesárea de urgencia –que en este caso nos indicaría que la atención médica reduce los riesgos del parto y que la presencia de complicaciones puede señalar o ser una aproximación de la calidad de la atención prenatal y durante el parto–. En este caso, la información disponible en la encuesta nos permitió acercarnos más a un indicador de calidad, indispensable para medir la cobertura efectiva de la atención profesional del parto.

En el rubro de los programas de detección oportuna de cáncer no sólo se incorporó la realización del examen mamario o Papanicolau. Se incluyó, además, el resultado reportado por parte de la mujer encuestada y, en caso de ser positivo, si recibió tratamiento, como una aproximación más precisa de la calidad de la atención. Se encontró que las coberturas crudas de la atención fueron bajas y las coberturas del tratamiento fueron más bajas aún.

En la detección y tratamiento de enfermedades crónicas (DM, HTA, HiperC) los servicios de salud y las encuestas poblacionales tienen todavía un rezago importante en el tipo de información requerida para analizar cualquier indicador de desempeño.

Estas enfermedades requieren medidas antropométricas y biológicas para que combinadas puedan hablarnos con mayor claridad de la efectividad del control terapéutico-medicamentoso. La cobertura efectiva de la diabetes requiere mediciones tan específicas como hemoglobina glucosilada para conocer el estatus de control del paciente, al igual que el paciente hipertenso requiere mediciones regulares de su tensión arterial que nos permitan identificar el nivel de control alcanzado por el régimen medicamentoso, dietético o combinado con el ejercicio físico. En este caso, sólo alcanzamos a mencionar la cobertura del tratamiento de los pacientes hipertensos, sin que con ello se pueda concluir si este fue eficaz. Los resultados nos alertan sobre las bajas coberturas del tratamiento y, por ende, del control no efectivo de la población hipertensa en México.

Como los programas no son evaluados con indicadores de impacto, las evaluaciones adolecen de criterios reales que hablen sobre la utilización efectiva de los recursos; es decir, frente a la existencia de intervenciones efectivas podemos estar utilizando muchos recursos, pensando que por sí solos pueden ser efectivos, cuando puede haber acciones durante el proceso de implementación que reduzcan realmente su efectividad. La incorporación de la métrica de cobertura efectiva nos obliga a contar con estos indicadores de impacto, pues lo que miden es el aporte en salud de cada una de las intervenciones entregadas.

Perú

César Cárcamo, Sandra Martínez

El sistema de salud en Perú se encuentra agrupado en dos sectores: no público y público. Este último está conformado por el Ministerio de Salud (MINSA), Es-Salud (Seguro Social del Perú), las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional. El MINSA es el que mayor número de instituciones ofrece para la atención, especialmente para la población que no cuenta con seguro social de salud.¹

El MINSA comprende el Seguro Integral de Salud (SIS), que atiende a la población sin acceso a otros seguros, en especial los menores de 18 años, mujeres gestantes y grupos focalizados.^{1,2} Es-Salud atiende a los trabajadores del sector formal, mientras que las Fuerzas Armadas y la Policía sólo atienden a su personal y a los familiares de éste. El sector privado se compone de entidades prestadoras de salud, aseguradoras privadas, ONG, etc. Existe también el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), que cubre la atención por lesiones causadas en este tipo de accidentes.

De acuerdo con una publicación reciente, en 2007 el 43.3% de la población tenía algún seguro de salud.¹ El MINSA desarrolló una estrategia de atención primaria para el periodo 2006-2012 con el fin de establecer los servicios que deben recibir las personas según la etapa de la vida en que se encuentran (vacunación, alimentación complementaria, salud reproductiva, salud del adolescente, salud del adulto mayor, etc.). Incluye atenciones de carácter individual, familiar y comunitario, promocionales y preventivas, curativas y rehabilitadoras. Las atenciones colectivas son responsabilidad de los gobiernos regionales y locales, mientras que las individuales son responsabilidad de las redes de atención.²

Para el año 2010 se estima que la población peruana será de 29.4 millones de habitantes. La tasa de mortalidad infantil durante 2007 estuvo en 19 por 1000 nacidos vivos. La razón de mortalidad materna se calculó en 185 por 100.000 nacidos vivos (año 2000). La esperanza de vida para 2005 se estableció en 73 años y la tasa global de fecundidad en 2.6 hijos por mujer para ese mismo año, de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Metodología

La información para los indicadores procede de la encuesta continua ENDES 2004-2006. En esta fueron entrevistadas 19.090 mujeres entre 15 y 49 años. Se realizó la revisión rigurosa de las preguntas de la encuesta relacionadas con cada uno de los indicadores propuestos por la Red de Cobertura Efectiva. Las bases de datos de la encuesta se obtuvieron de la página www.measuredhs.com.

El grupo de indicadores fue definido de común acuerdo entre los países miembros de la Red de Cobertura Efectiva que seleccionaron, para *salud infantil*, vacunación para BCG, DPT, VOP y SRP, en términos de oportunidad de la vacunación; lactancia materna en términos de desarrollo de enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda; control de crecimiento y desarrollo en menores de 1 año; para *salud de la mujer*, atención prenatal en términos de bajo peso al nacer del último nacido vivo en los últimos cinco años, atención del parto (quién y en dónde) en términos de complicaciones durante el parto; citología y mamografía en términos del tiempo en que se realizó el examen.

El análisis se realizó con base en los siguientes archivos de la ENDES 2004-2006: "Children's data" para los indicadores relacionados con salud infantil, es decir, vacunación, lactancia, control de crecimiento y desarrollo. Para el análisis de la información relacionada con salud de la mujer se utilizó el archivo "Individual recode" para los indicadores relacionados: citología, mamografía, control prenatal y atención del parto. Para el caso específico de Perú, no se calcularon por falta de información los indicadores de crecimiento y desarrollo, citología, mamografía y enfermedades crónicas.

El análisis fue realizado en el paquete estadístico STATA 9.0.

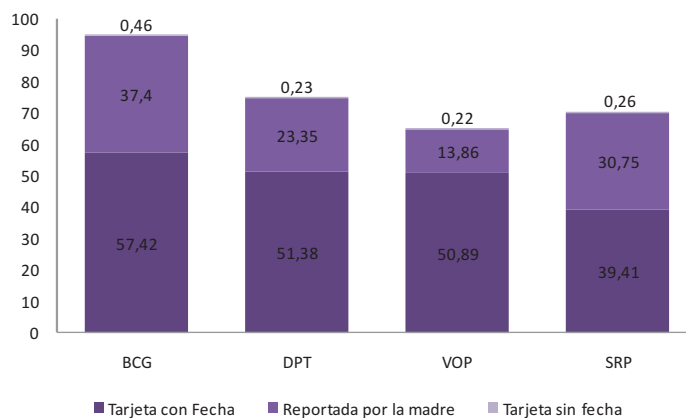
Resultados

Salud infantil

Vacunación (BCG, DPT, sarampión y/o MMR, polio)

Los resultados de la cobertura de vacunación según la tarjeta y el reporte de la madre se observan en la siguiente gráfica. Es importante anotar que las preguntas sobre vacunación se refieren a niños menores de 43 meses.

Gráfica 122. Proporción de niños vacunados, según tarjeta y reporte de la madre. Perú, 2006.



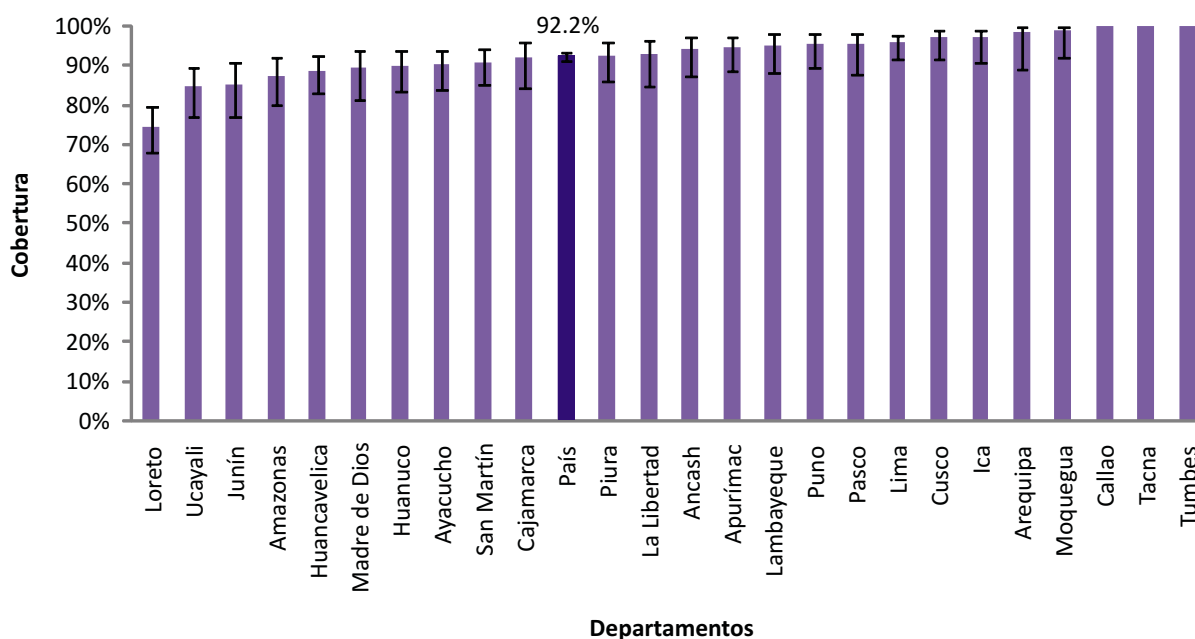
Oportunidad

BCG

La oportunidad de la vacunación debe analizarse con precaución, porque las coberturas para todas las vacunas se midieron en menores de 43 meses y no de 59 meses. Por esta razón, las coberturas aparentan ser mayores a las de los demás países.

Durante 2003 se promulgó la Ley General de Vacunas, que declaró obligatorias las actividades de vacunación y determinó que los fondos destinados a este fin tuvieran un carácter intangible.² En el país se observó una cobertura oportuna de 92.2% en los menores de 43 meses que contaban con la fecha en la tarjeta de vacunación. Al desagregar los resultados por departamentos encontramos diferencias importantes, como en el caso de Loreto, donde la cobertura de BCG apenas llega a 74.2%.

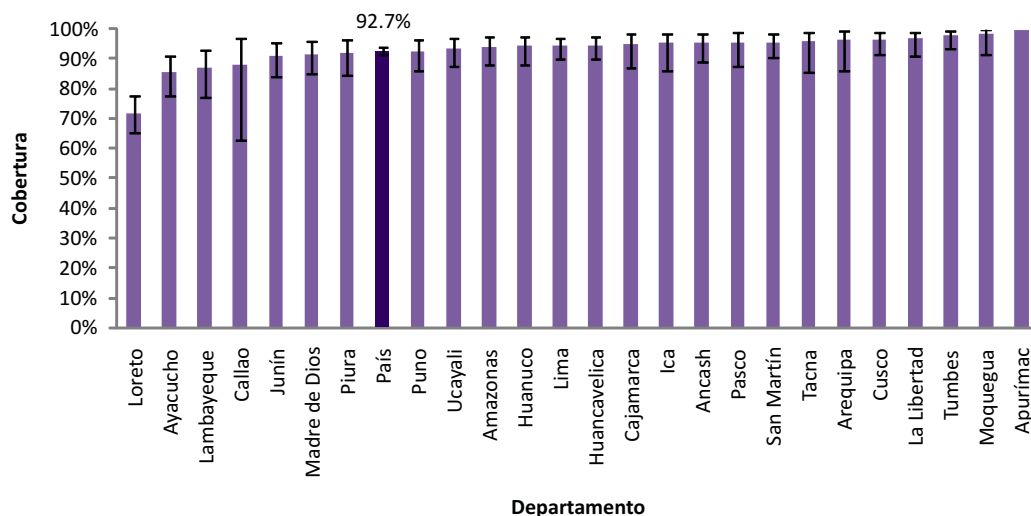
Gráfica 123. Proporción de niños vacunados a los 30 días o menos con BCG, según fecha de tarjeta de vacunación. Perú, 2006.



DPT

El país ha universalizado la vacuna pentavalente en los menores de 1 año, la cual forma parte del esquema de vacunación desde 2004. Además, existe la propuesta de incluir en el esquema de vacunación refuerzos con las vacunas DPT y sarampión – rubeola.² El resultado de cobertura para tercera dosis de DPT en el país fue de 92,6%. En su distribución por regiones, Loreto contó con la cobertura más baja (71.7%), mientras que departamentos como Tumbes, Moquegua y Apurímac alcanzaron coberturas superiores al 98%.

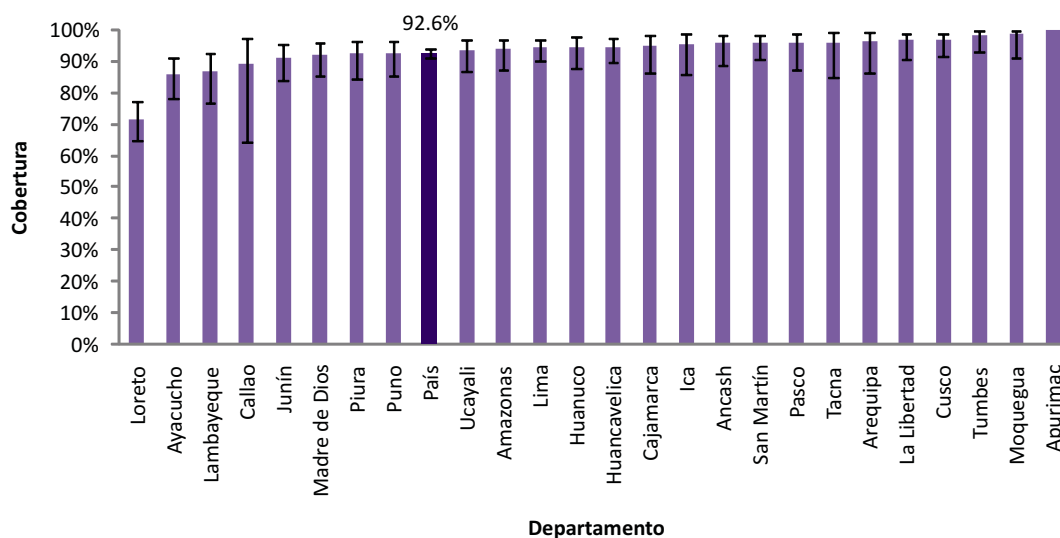
Gráfica 124. Proporción de niños menores de ocho meses vacunados con tercera dosis de DPT, según fecha de tarjeta de vacunación. Perú, 2006.



VOP

En Perú no han vuelto a presentarse casos de poliomielitis aguda, a pesar que entre 2000 y 2004 hubo una disminución en la cobertura de vacunación del 93% al 91%. Los resultados de cobertura, en términos de oportunidad (niños con fecha en la tarjeta), para el país fueron de 92.5%. Los resultados entre departamentos oscilan entre 71.4%, en zonas como Loreto, y el 100%, como en Apurímac.

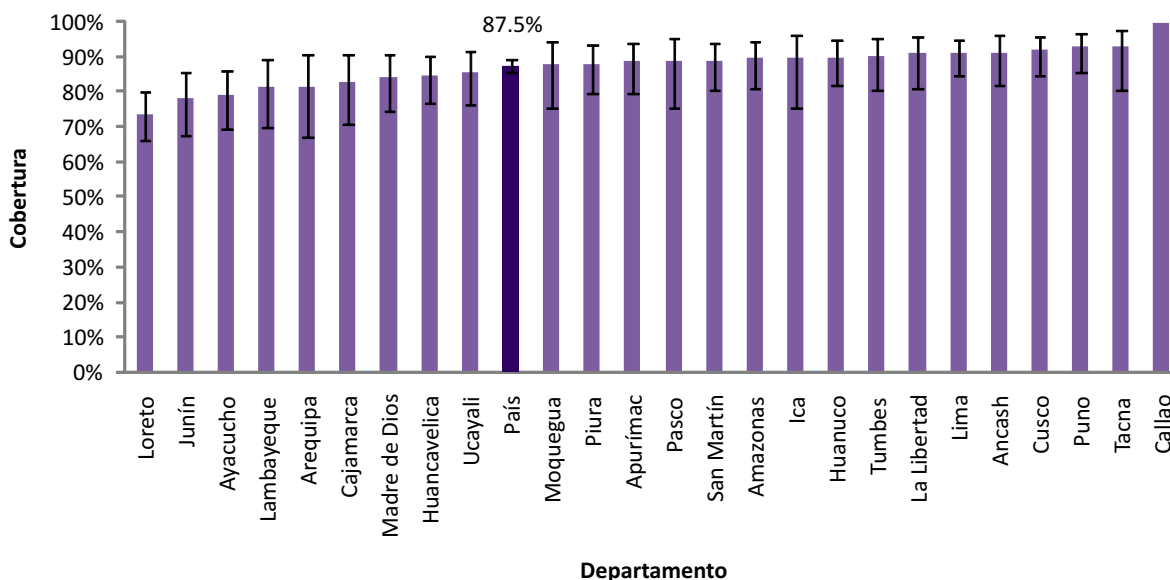
Gráfica 125. Proporción de niños menores de ocho meses vacunados con tercera dosis de VOP, según fecha de tarjeta de vacunación. Perú, 2006.



SRP

La cobertura de la vacunación contra el sarampión fue la menor en comparación con las anteriores. Se situó en 87.5%. De nuevo Loreto presentó la menor cobertura en términos de oportunidad –79.8%– y Callao la mayor: 100%.

Gráfica 126. Proporción de niños menores de 15 meses vacunados contra sarampión, según fecha de la tarjeta de vacunación. Perú, 2006.



Control de crecimiento y desarrollo

No fue posible realizar el cálculo de este indicador, debido a que la encuesta no contenía información para medir las coberturas de esta intervención.

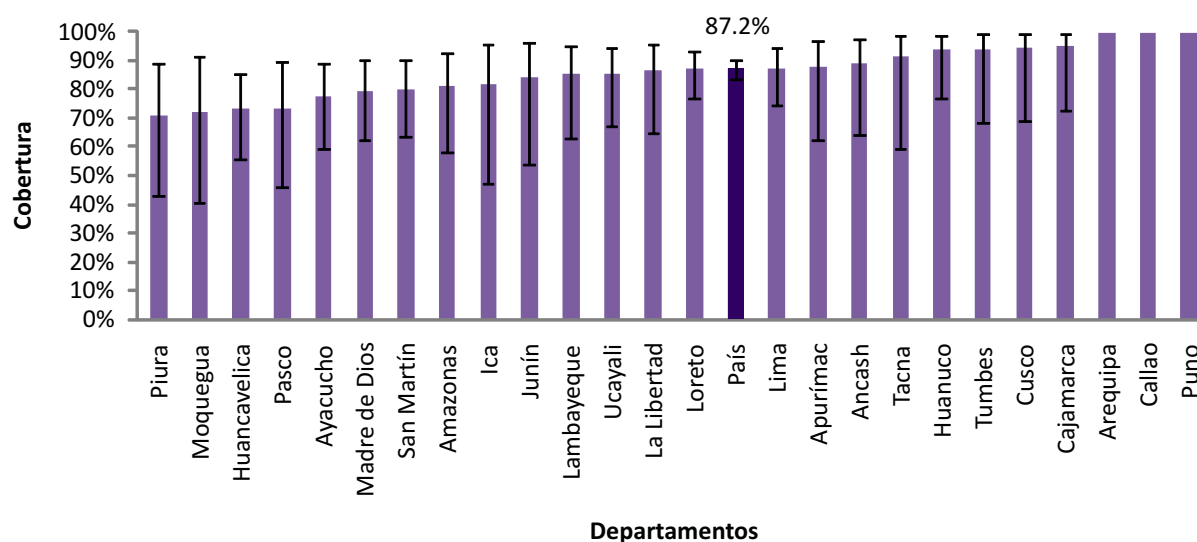
Lactancia materna - EDA

Utilización: menores de seis meses que se encontraban lactando en el momento de la encuesta y que no presentaron EDA en las últimas dos semanas.

Necesidad: menores de seis meses que estaban lactando en el momento de la encuesta.

El 87.2% de los menores de seis meses que lactaban en el momento de la encuesta no había presentado diarrea en las últimas dos semanas. Cuando se revisan estos datos por departamentos, se observa que Piura, Moquegua, Huancavelica y Pasco tuvieron porcentajes cercanos a 70%, lo que significa que un 30% de los menores de seis meses sí habían presentado esta patología en las últimas dos semanas.

Gráfica 127. Menores de seis meses que estaban lactando en el momento de la encuesta y que no presentaron EDA en las últimas dos semanas. Perú, 2006.



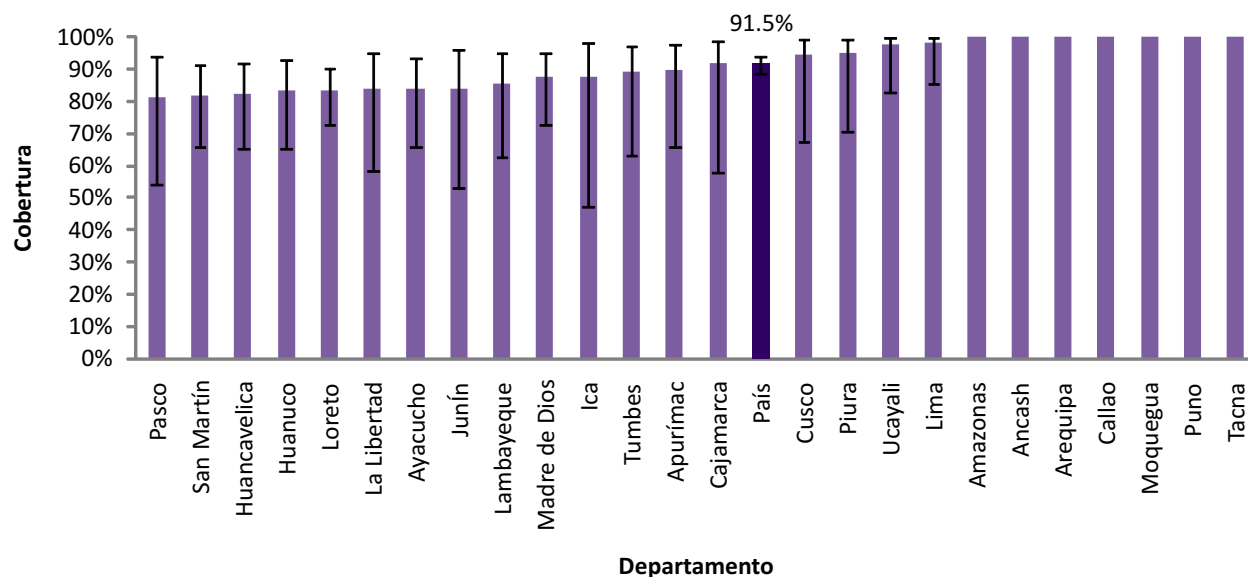
Lactancia materna – IRA

Utilización: menores de seis meses que en el momento de la encuesta se encontraban lactando y que no han presentado IRA en las últimas dos semanas.

Necesidad: menores de seis meses que estaban lactando en el momento de la encuesta.

Con respecto al desarrollo de síntomas de infección respiratoria aguda, un porcentaje superior al 90% de los menores lactantes no había presentado estos síntomas en las últimas dos semanas en el país. Los resultados fluctúan entre 80% –en Pasco– y el 100%, en Amazonas, Ancash, Arequipa, Callao, Moquegua, Puno y Tacna.

Gráfica 128. Menores de seis meses que estaban lactando y que no presentaron síntomas de IRA en las últimas dos semanas. Perú, 2006.



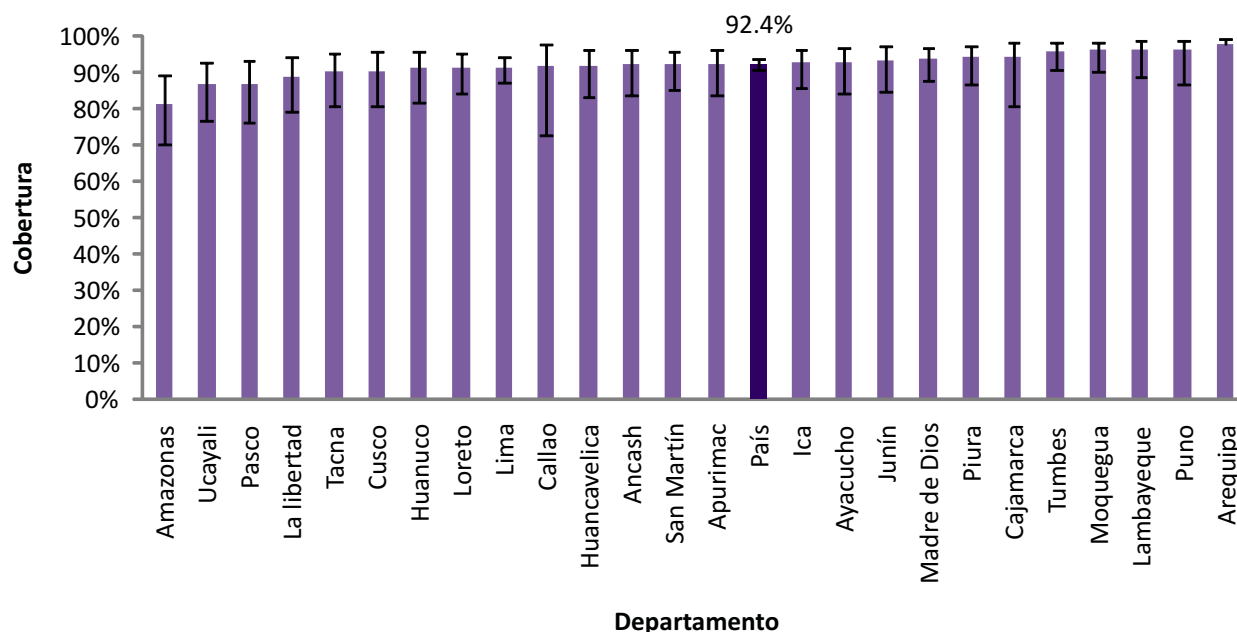
Salud de la Mujer

En este grupo sólo se calculó la cobertura de control prenatal y atención del parto, pues no se contó con información de citología y mamografía.

Control prenatal en mujeres entre 20 y 49 años

En mujeres entre 20 y 49 años, la cobertura fue de 92.4% para el promedio del país, con fluctuación entre 81% en Amazonas y 97% en Arequipa. La cobertura fue superior al 80% en todos los departamentos. Llama la atención el caso de Lima, que se ubicó por debajo del nivel nacional.

Gráfica 129. Mujeres entre 20 y 49 años que tuvieron al menos cuatro controles prenatales con calidad y que tuvieron hijos con peso igual o mayor a 2500 gramos. Perú, 2004-2006.



Atención del parto en mujeres entre 20 y 49 años

Abarca la atención del parto por personal calificado (médico, enfermera, auxiliar de enfermería, obstetra y otro profesional de salud) en mujeres entre 20 y 49 años.

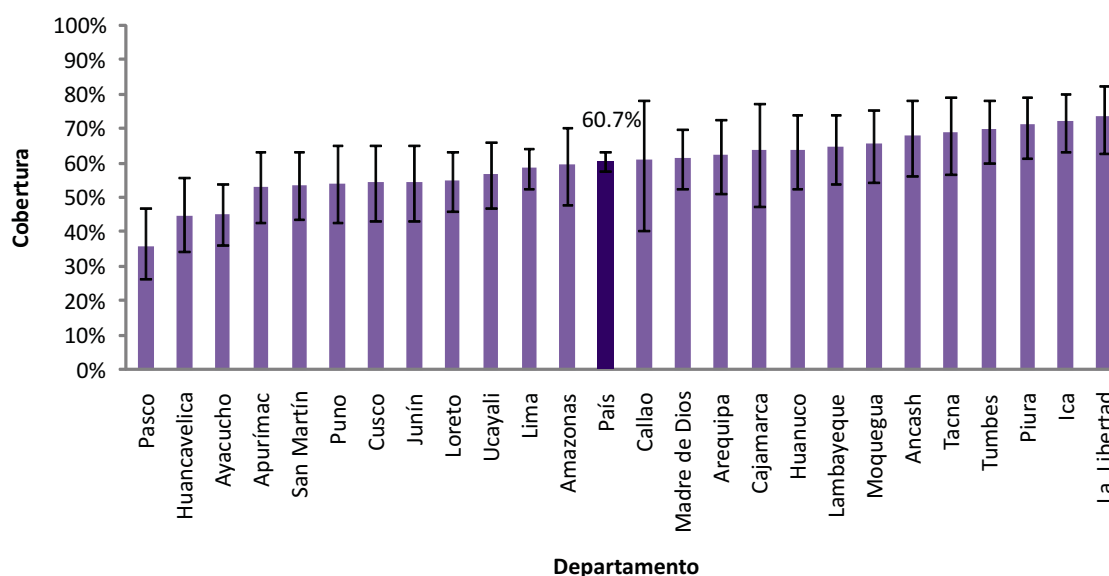
Necesidad: mujeres entre 20 y 49 años que tuvieron un parto en los últimos cinco años.

Utilización: mujeres entre 20 y 49 años que durante el último parto fueron atendidas por personal calificado.

Calidad: medida en términos de complicaciones durante el parto o postparto.

En mujeres entre 20 y 49 años la cobertura de la atención del parto fue distinta a la observada en adolescentes. La Libertad fue el departamento en donde se presentó menor porcentaje de complicaciones. A nivel nacional, el 60.65% presentó complicaciones durante el parto. Pasco fue el departamento con mayor proporción de complicaciones (63.8%).

Gráfica 130. Mujeres de 20 a 49 años que durante el último parto fueron atendidas por personal calificado y no presentaron complicaciones durante el parto. Perú, 2004-2006.



Discusión

De acuerdo con los resultados encontrados, la cobertura de vacunación en términos de oportunidad presenta resultados favorables para BCG, DPT, VOP y SRP, con coberturas superiores a 90%, DPT (74.9%), VOP (64.9%) y SRP (70.4%). Esto podría indicar que son muy pocos los niños que cuentan con la fecha en la tarjeta de vacunación. Según un reporte de UNICEF, todavía se presentan grandes diferencias en las coberturas de vacunación entre zonas rurales y urbanas, principalmente en poblaciones indígenas.³ Esta situación es similar a lo que respecta a la mortalidad infantil, la cual es del doble en las zonas rurales en comparación con las urbanas.³

Según los resultados de la ENDES 2000, el 20% de los menores de 5 años presentan síntomas de IRA y 15% de EDA. Se ha descrito que la lactancia exclusiva protege contra este tipo de patologías, así como para otitis y otro tipo de infecciones.⁴ Desafortunadamente, no fue posible obtener información sobre lactancia exclusiva en menores de un año. La adecuada alimentación y nutrición de los niños durante los tres primeros años de vida, es decir, la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, son esenciales para garantizar un buen desarrollo intelectual y un desenvolvimiento laboral adecuado en la vida adulta.⁵

Con respecto al control prenatal de calidad, la cobertura fue superior al 90% en el país, en mujeres entre 20 y 49 años. Los resultados de la atención del parto por personal calificado muestran que siguen presentándose complicaciones en una proporción importante en departamentos, como Puno, Pasco y Ayacucho. Según una publicación peruana se estima que el 50% de las muertes maternas ocurre en los establecimientos de salud –cerca del 30% de estas muertes ocurren en hospitales– y la mayoría ocurre en mujeres que tuvieron control prenatal en algún momento de su gestación.⁶ Un estudio de satisfacción sobre la atención del parto evidenció que en Perú existen factores personales e institucionales que incrementan la preferencia por el parto domiciliario: corta edad, bajo nivel educativo, embarazo no deseado, antecedente de parto domiciliario, poca accesibilidad (distancia y costos), atención del parto por personal masculino, sensación de frialdad y falta de calidez del personal de salud durante el parto.⁷ Todo ello puede aumentar la probabilidad de las complicaciones durante el parto y el puerperio.

En relación con los indicadores de enfermedades crónicas no fue posible obtener información. Sin embargo, se conoce que en Perú las enfermedades cardiovasculares ocupan un lugar importante dentro de las primeras causas de muerte. Durante 2004, la enfermedad isquémica del corazón ocupó el segundo lugar como causa de mortalidad. Los tumores malignos, como el cáncer de cuello uterino, ocuparon el primer lugar de causa de muerte en las mujeres entre 25 y 44 años. Por esta razón, es indispensable conocer la cobertura efectiva de la detección precoz de esta enfermedad para evidenciar el papel del sistema de salud en una patología que causa la muerte a un grupo importante de mujeres. No existe un programa encargado de su prevención y control, pero se cuenta con el manual de normas y procedimientos para la prevención del cáncer de cuello uterino, con el fin de aumentar la cobertura del diagnóstico y disminuir la morbilidad por esta patología.²

República Dominicana

Elizabeth Gómez, Sandra Martínez

El sistema de salud de República Dominicana ha tenido un proceso de transformación a partir de 2001, año en el cual se promulgó la Ley 42-01 (Ley General de Salud), la cual creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social. La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) es la entidad encargada de la función de rectoría¹, es decir, “es la máxima autoridad nacional en aspectos de salud, movilizar recursos y coordinar con las diferentes instituciones públicas y privadas y otros actores para el cumplimiento de las políticas nacionales en salud”.² La Ley General de Salud separó las funciones de provisión de servicios, financiamiento y rectoría, y dio origen al Consejo Nacional de Salud como espacio de concertación. También se promulgó la Ley 87-01 sobre Seguridad Social, que sienta bases para la “contribución prepagada y obligatoria según la capacidad de pago y condición laboral de la población y garantiza el aseguramiento de la población pobre e indigente por parte del Estado”.³ El Sistema Nacional de Salud tiene dos subsistemas: atención de las personas y salud colectiva. El primero está conformado por las instituciones que prestan servicios de salud; el segundo, por los programas de salud pública orientados a la promoción de la salud y al control de eventos prioritarios, los cuales están financiados por el Estado.

De acuerdo con las proyecciones de población de la Oficina Nacional de Estadística (ONE), el país cuenta con 9.8 millones de habitantes en 2010. La esperanza de vida se sitúa en 73 años (2008). En este mismo año la tasa de mortalidad infantil se encontró en 27 por cada 1000 nacidos vivos y la razón de mortalidad materna en 127 por 100.000, según estadísticas de UNICEF.

Metodología

La información para el cálculo de los indicadores se obtuvo a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud 2007. Se utilizaron los archivos “Children recode” para lo correspondiente a indicadores de salud infantil, esto es, oportunidad de la vacunación para BCG, DPT, VOP, SRP y lactancia materna en términos de morbilidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) y por infección respiratoria aguda (IRA). Para los indicadores de salud de la mujer, se utilizó el archivo “Individual recode” en lo referente a control prenatal, atención del parto y detección de cáncer de cuello uterino y de mama. Estas bases de datos fueron extraídas de la página www.measuredhs.com. Para cada uno de los indicadores se calcularon los respectivos intervalos de confianza, los datos fueron analizados en el paquete estadístico STATA 9.0.

Resultados

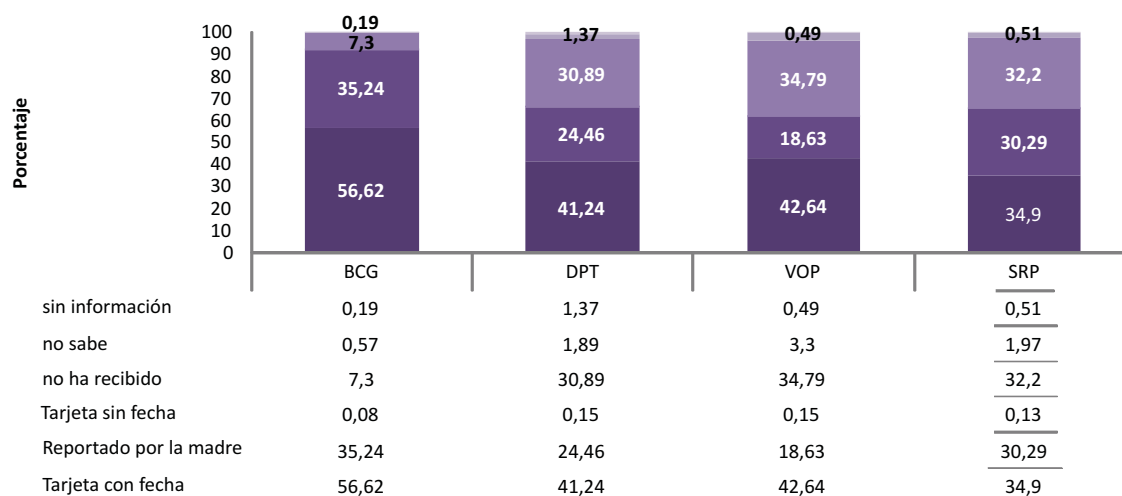
Salud infantil

Vacunación (BCG, DPT, sarampión y/o MMR, y polio)

La cobertura de vacunación según tarjeta y reporte de la madre aparecen en la siguiente gráfica.

Al analizar los resultados de la vacunación en menores de 5 años se observó que más de 30% de los niños no estaba vacunado con tercera dosis de DPT y VOP, así como para SRP. La medición de coberturas de vacunación mediante la fecha de la tarjeta de vacunación es baja, menor a 50% en las vacunas DPT, VOP y SRP; sólo BCG rebasa apenas el 50%. Los porcentajes que se obtienen de “niños vacunados” –por declaración de la madre– son importantes en todas las vacunas, con los problemas de sesgo que ello significa.

Gráfica 131. Proporción de niños menores de cinco años vacunados por tipo de vacuna y fuente de información. República Dominicana, 2007.

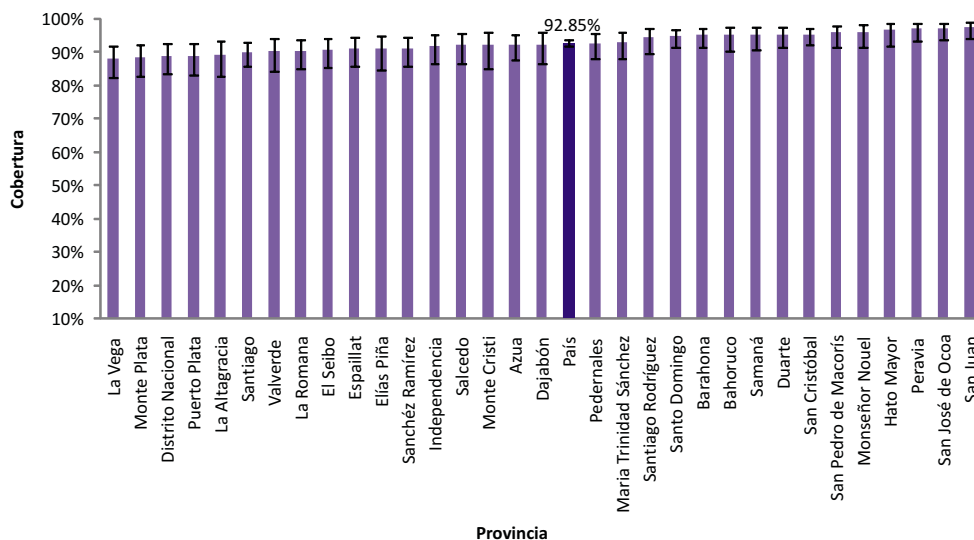


Oportunidad

BCG

En términos de la oportunidad para BCG, República Dominicana tuvo una cobertura de 92.9%, con coberturas superiores al 97% en provincias como Peravia, San José de Ocoa y San Juan.

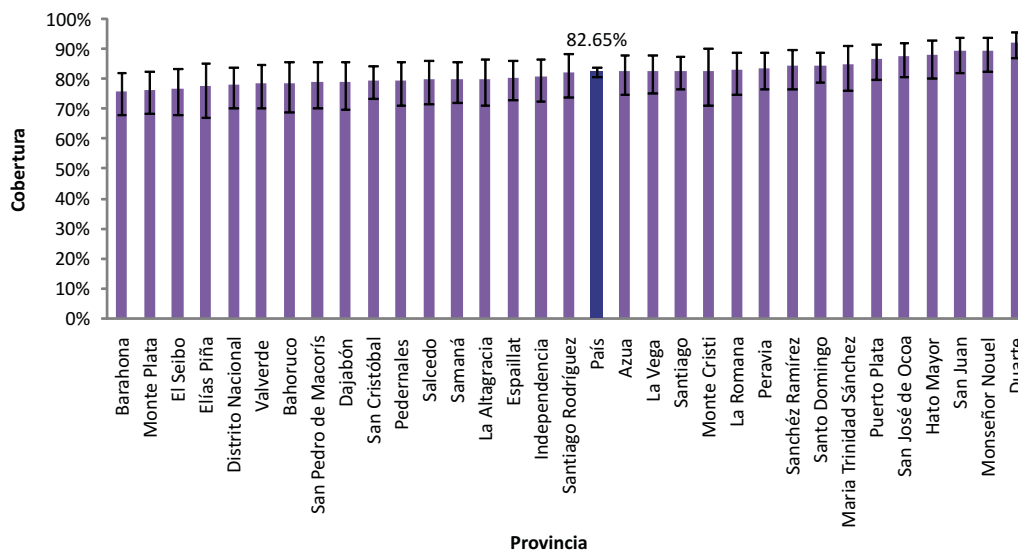
Gráfica 132. Proporción de niños menores de 30 días vacunados con BCG, según fecha de la tarjeta de vacunación. República Dominicana, 2007.



DPT

La cobertura para la oportunidad de la aplicación de la tercera dosis de DPT en niños menores de 5 años, vacunados entre 6 y 8 meses de vida, fue mayor a 75% en todas las provincias. Duarte tuvo el valor superior, con 92.5%, por encima de la cobertura nacional, que fue 82.7%. 17 provincias estuvieron por debajo de esta cobertura en el país.

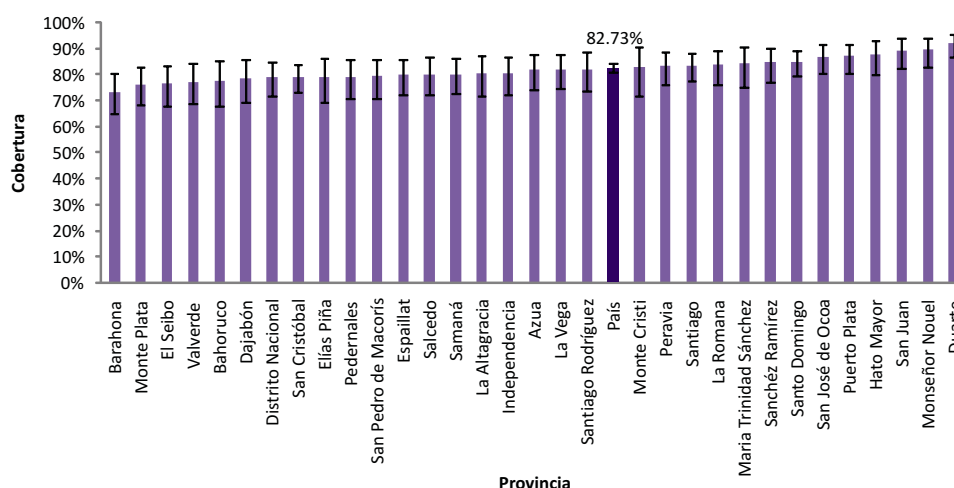
Gráfica 133. Proporción de niños menores de ocho meses vacunados con tercera dosis de DPT, según fecha de tarjeta de vacunación. República Dominicana, 2007.



VOP

Los datos de cobertura para VOP fueron semejantes a los resultados presentados para DPT. Todas las provincias tuvieron coberturas mayores a 70% en la aplicación de la tercera dosis de VOP. La provincia de Duarte alcanzó una cobertura de 92.3%.

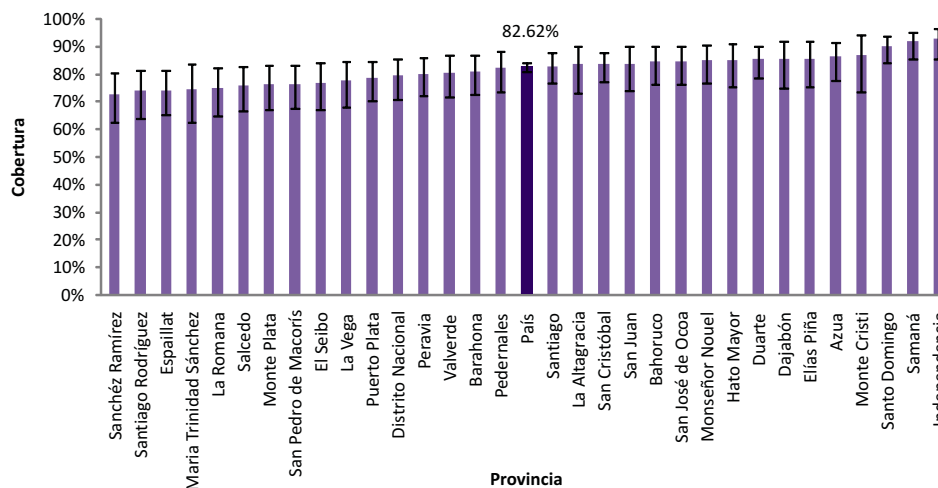
Gráfica 134. Proporción de niños menores de ocho meses vacunados con tercera dosis de VOP, según fecha de tarjeta de vacunación. República Dominicana, 2007.



SRP

La oportunidad de la vacunación para sarampión alcanzó un porcentaje de 83% para el país. Los resultados variaron entre 72.4% en Sánchez Ramírez, y 92.6% en Independencia.

Gráfica 135. Proporción de niños menores de 15 meses vacunados contra sarampión, según fecha de tarjeta de vacunación. República Dominicana, 2007.

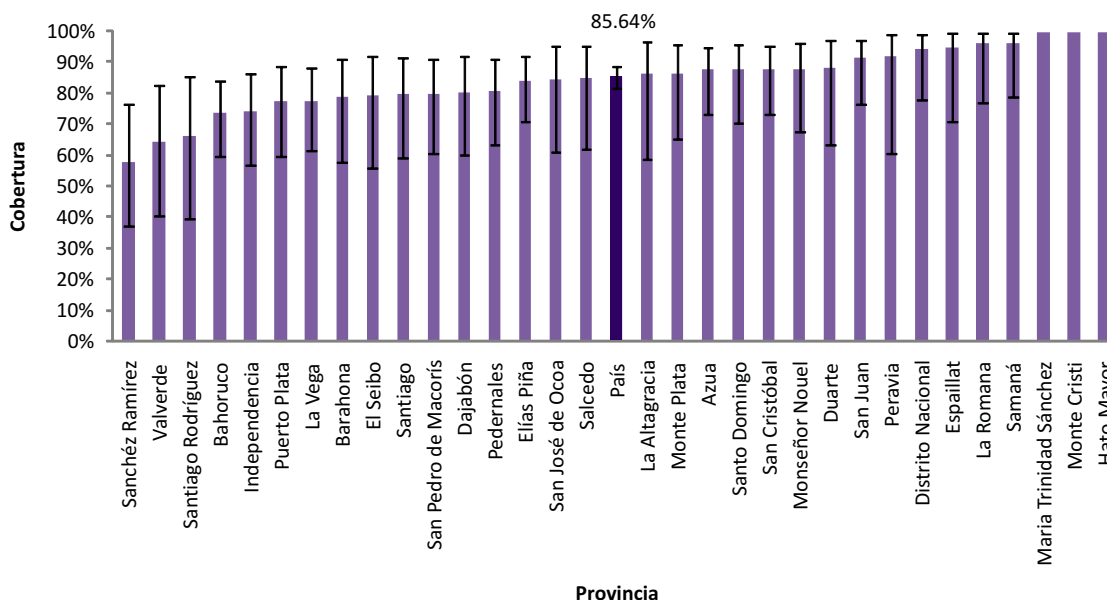


Lactancia (EDA)

El cálculo para este indicador se realizó en niños de 6 meses de edad o menos, que estaban lactando en el momento de la encuesta. Para hacer una aproximación a la calidad se analizó si estos lactantes habían desarrollado o no enfermedades como EDA en las últimas dos semanas.

La cobertura nacional para menores de 6 meses, lactantes y que no presentaron EDA en las últimas dos semanas, fue de 85.6%. 16 provincias se ubicaron por debajo de esa cifra. Las tres con menor porcentaje fueron Sánchez Ramírez, Valverde y Santiago Rodríguez, en contraposición con las provincias con mayor cobertura: Hato Mayor y Montecristi.

Gráfica 136. Menores de 6 meses que no desarrollaron EDA en las últimas dos semanas y que estaban lactando en el momento de la encuesta. República Dominicana, 2007.

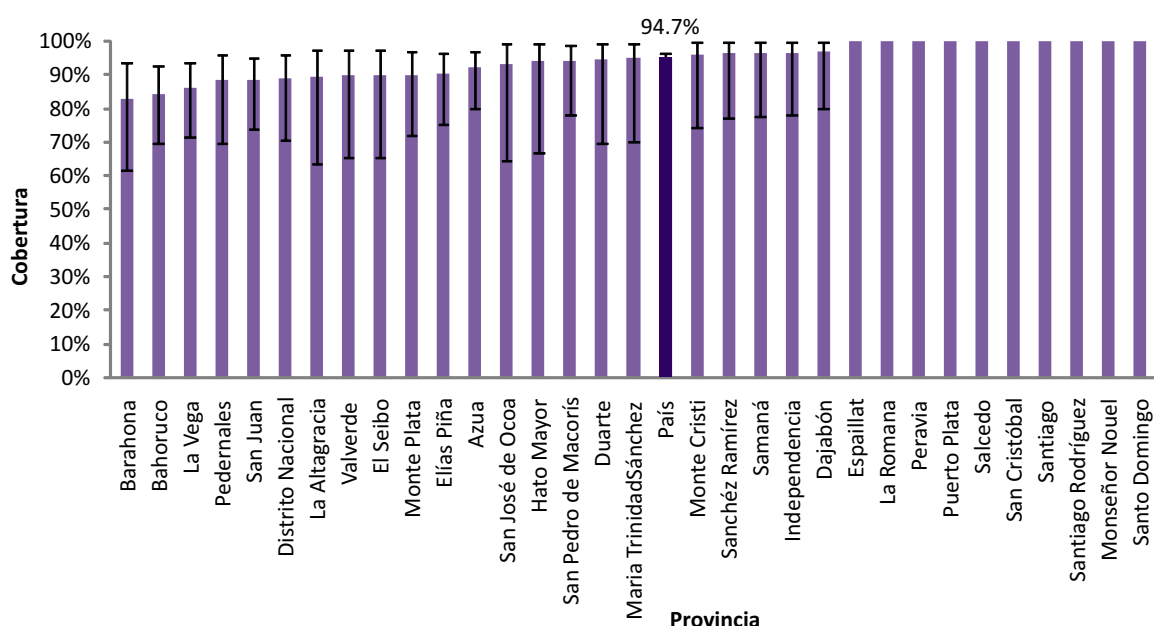


Lactancia (IRA)

El cálculo para este indicador se efectuó en niños de 6 meses de edad o menos, que estaban lactando en el momento de la encuesta. Para llevar a cabo una aproximación a la calidad se analizó si estos lactantes habían desarrollado o no enfermedades como IRA en las últimas dos semanas. La definición de esta patología se realizó teniendo en cuenta si el niño había presentado fiebre, tos y respiración agitada.

De acuerdo con los resultados en niños lactantes, el 94,7% de los menores de 6 meses no había desarrollado esta enfermedad durante las últimas dos semanas. En provincias como Santo Domingo, Monseñor Nouel, Santiago Rodríguez, Santiago y San Cristóbal ninguno de los niños presentó esta patología en las últimas dos semanas.

Gráfica 137. Menores de 6 meses que no desarrollaron IRA en las últimas dos semanas y que estaban lactando en el momento de la encuesta. República Dominicana, 2007.



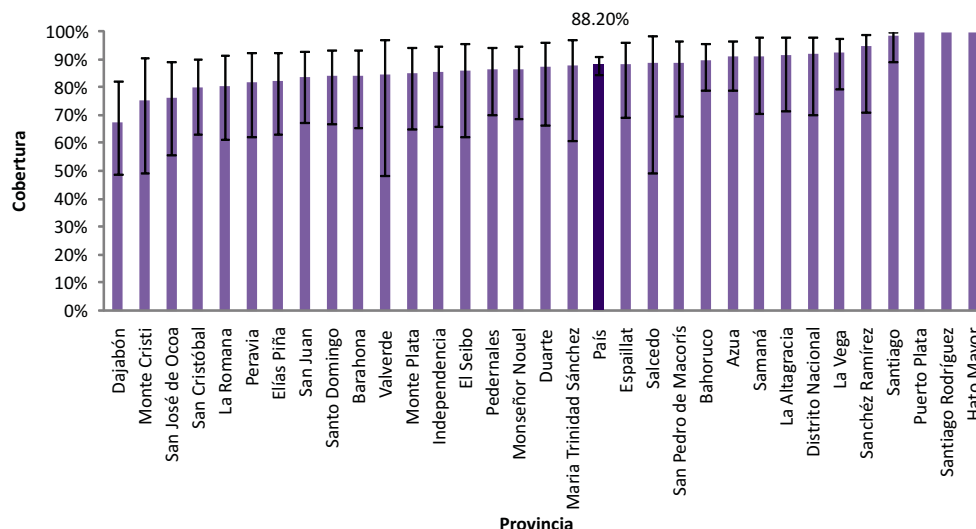
Salud de la Mujer

Control prenatal en mujeres entre 15 y 19 años

Para el indicador de control prenatal se hizo una aproximación a la calidad, teniendo en cuenta si el producto de la gestación había nacido con un peso igual o mayor a 2500 gramos en las mujeres que se habían realizado cuatro o más controles prenatales.

En mujeres entre 15 y 19 años se hallaron coberturas que oscilaron entre 67.7%, en Dajabón, y 100% en Puerto Plata, Santiago Rodríguez y Hato Mayor.

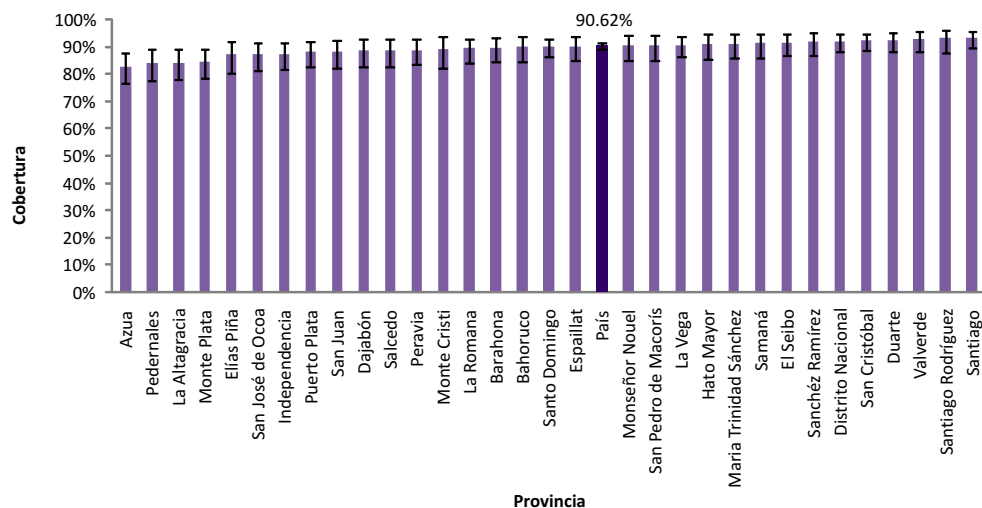
Gráfica 138. Mujeres entre 15 y 19 años que tuvieron al menos cuatro controles prenatales con calidad y que tuvieron hijos con peso igual o mayor a 2500 gramos. República Dominicana, 2007.



Control prenatal en mujeres entre 20 y 49 años

En las mujeres entre 20 y 49 años la cobertura del control prenatal fue medida en términos del peso al nacer el último hijo. Se encontró por encima del 80% en todas las provincias del país.

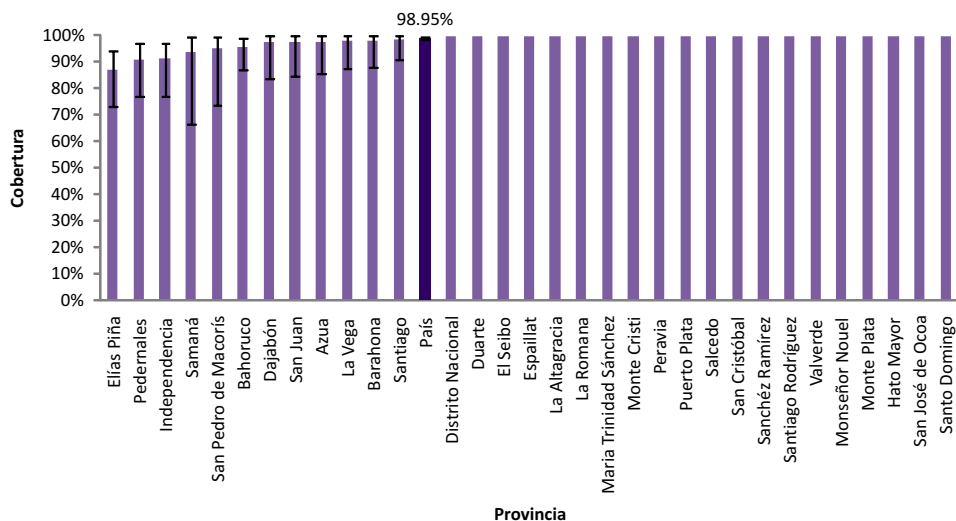
Gráfica 139. Mujeres entre 20 y 49 años que tuvieron al menos cuatro controles prenatales con calidad y que tuvieron hijos con peso igual o mayor a 2500 gramos. República Dominicana, 2007.



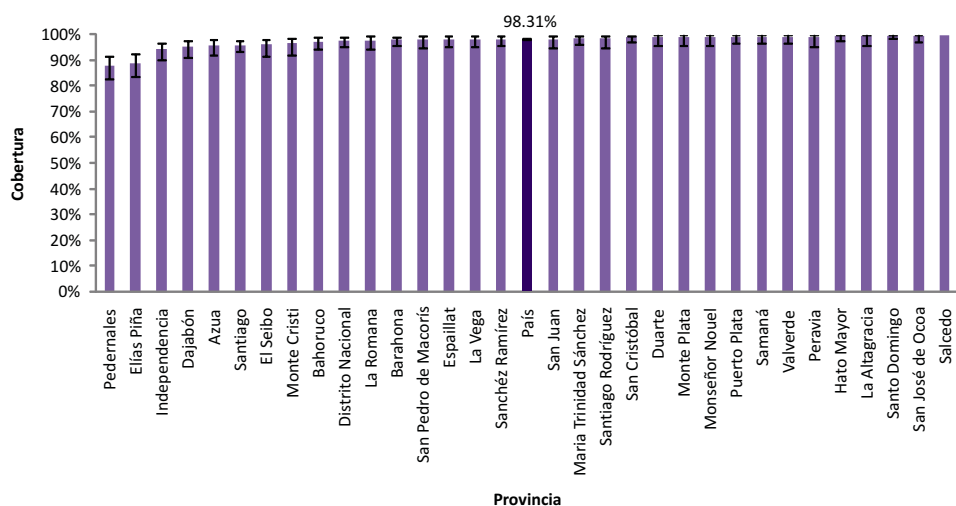
Atención del parto institucional

La atención institucional del parto fue superior al 85% en todas las provincias del país, en las mujeres entre 15 y 19 años. La cobertura se encontró en 98.95% para la atención del parto institucional. En las mujeres mayores de 20 años, los resultados fueron similares, pues la cobertura se encontró por encima de 88%.

Gráfica 140. Mujeres entre 15 y 19 años que durante su último parto en cinco años fueron atendidas en instituciones de salud. República Dominicana, 2007.



Gráfica 141. Mujeres entre 20 y 49 años que durante su último parto en cinco años fueron atendidas en instituciones de salud.

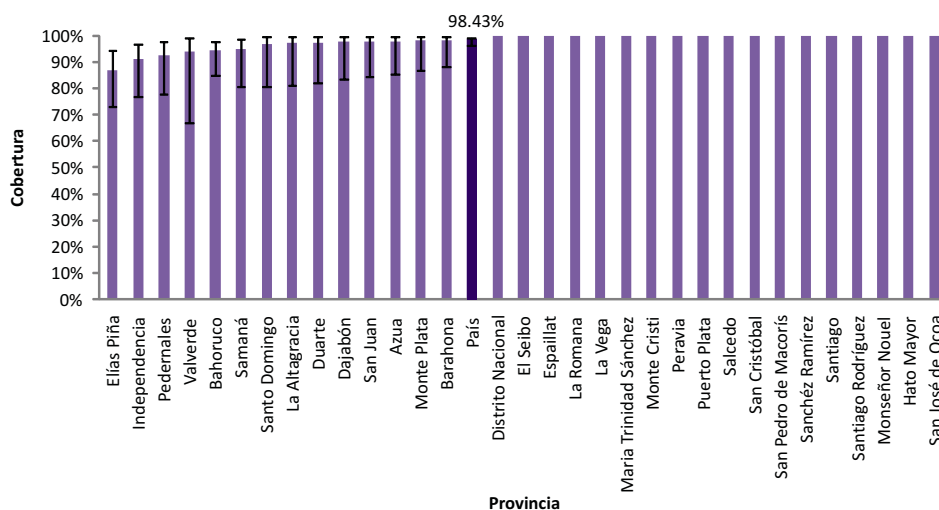


Atención del parto por personal calificado

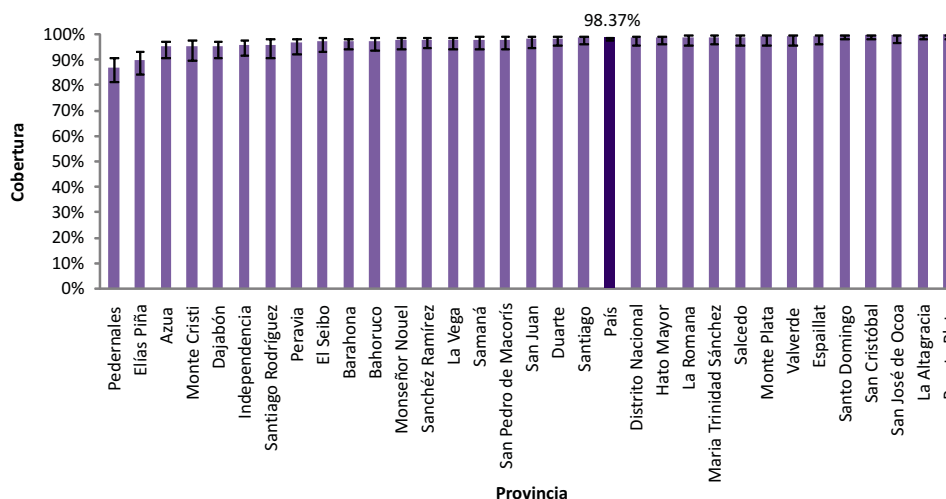
Para este indicador se tuvo en cuenta el personal que atendió el parto del último hijo. Se definió como personal calificado a estos profesionales: médico general, ginecólogo, médico de otra especialidad y enfermera.

Los resultados para mujeres entre 15 y 49 años, que recibieron atención del parto por personal calificado, fueron superiores al 86% en todas las provincias del país.

Gráfica 142. Mujeres entre 15 y 19 años que durante su último parto en cinco años fueron atendidas por personal calificado. República Dominicana, 2007.



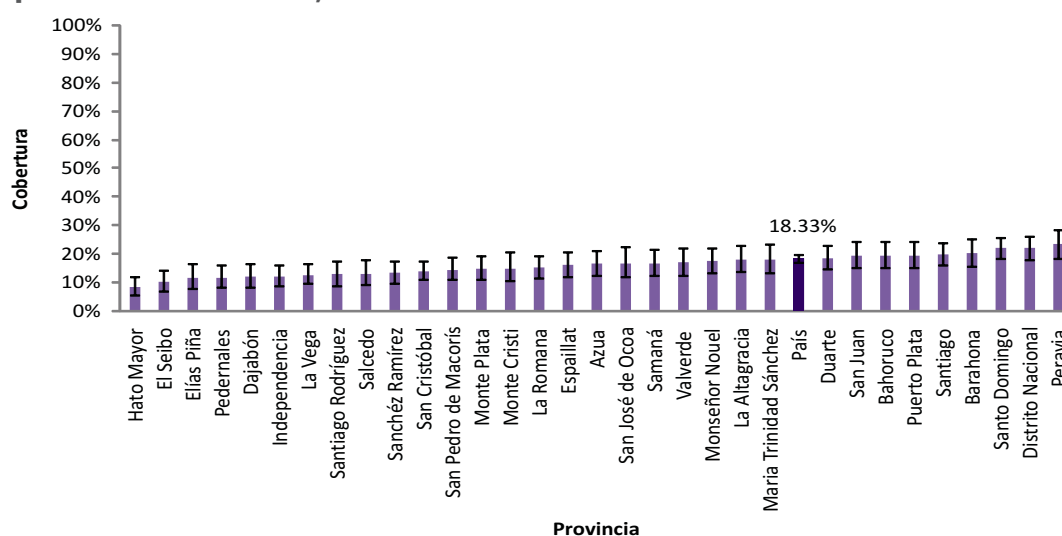
Gráfica 143. Mujeres entre 20 y 49 años que durante su último parto en cinco años fueron atendidas por personal calificado. República Dominicana, 2007.



Detección del cáncer cervicouterino

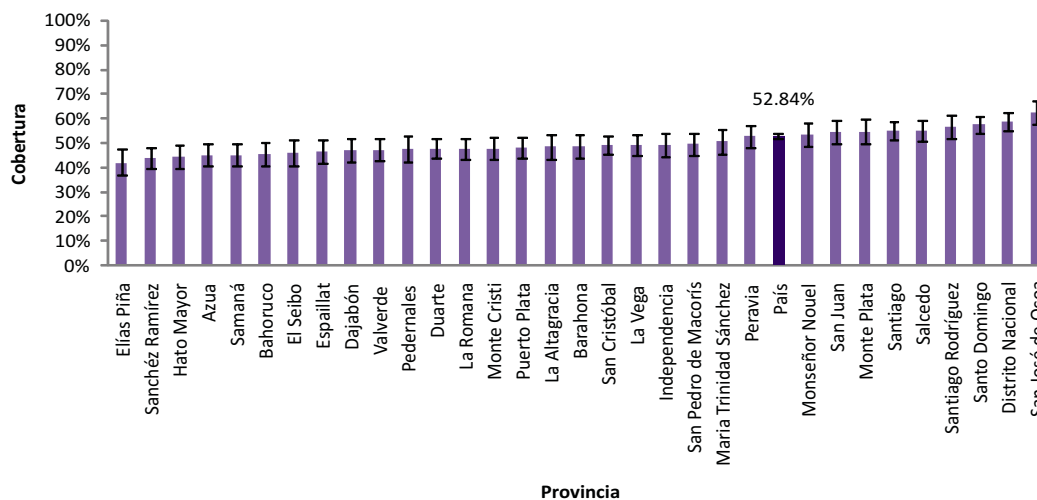
La cobertura cruda de detección de cáncer de cuello uterino para el país se situó en 18.33%. Hubo regiones, como Hato Mayor, con una cobertura de 8%. Peravia fue la provincia con mayor cobertura: 23%.

Gráfica 144. Mujeres menores de 25 años que se han practicado citología en el último año. República Dominicana, 2007.



En mujeres entre 40 y 49 años la cobertura es mayor que en el grupo anterior. La revisión de cobertura por provincias mostró que Elías Piña llegaba a 42%, mientras que en San José de Ocoa era de 63%.

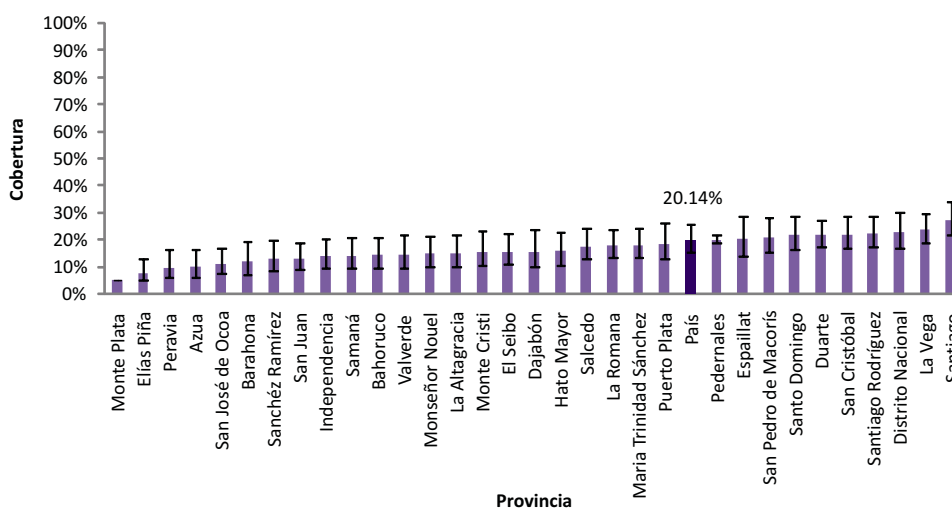
Gráfica 145. Mujeres mayores de 25 años que se han practicado citología en el último año. República Dominicana, 2007.



Detección del cáncer de mama

Las cifras de cobertura para detección de cáncer de mama no superaron el 30%. El promedio nacional fue 16%. Regiones como Monte Plata, Elías Piña y Peravia no alcanzan el 10%.

Gráfica 146. Proporción de mujeres entre 40 y 49 años que se han realizado mamografía en el último año. República Dominicana, 2007.



Discusión

La Encuesta Demográfica y de Salud 2007 presenta los resultados de vacunación en niños de 18 a 29 meses, entendiendo que a esta edad ya deben contar con la aplicación de las principales vacunas (BCG, DTP, polio y sarampión). Los resultados de la cobertura en cualquier momento en niños entre 18 y 29 meses (incluye reporte de tarjeta y reporte de la madre) fue 93.6% para BCG, 74.3% para tercera dosis de DPT, 63.8% para tercera dosis de polio y 79% para sarampión o triple viral.³

Nuestros resultados fueron tal vez un poco más estrictos en el sentido de la oportunidad, pues para BCG se analizó la cobertura en niños menores de 30 días, DPT y VOP en niños menores de 8 meses y sarampión en menores de 15 meses. Sin embargo, es importante anotar que nuestros resultados de oportunidad sólo se basan en los niños que contaban con la fecha en la tarjeta de vacunación, la cual no supera el 50% de infantes en la mayoría de los casos, a excepción de la fecha para BCG, en la cual el 56.7% de los menores contaba con la fecha de vacunación.

Es común que se presenten problemas en la calidad de la información debido al mal diligenciamiento de las tarjetas o porque en algunos casos las escuelas o las instituciones de salud las conservan, lo cual dificulta el reporte por parte de los cuidadores.³ Este problema debe resolverse, con el fin de poder analizar la oportunidad de la vacunación en la población infantil.

Se ha reportado que el sistema de información de vacunación ha experimentado mejoría. Pero una cobertura de inmunización requiere mayor esfuerzo para llegar a niveles óptimos, pues existen inequidades entre los municipios.⁴ Según el plan de movilización nacional Tolerancia Cero, durante 2004 se presentaron 8 casos de rubeola, 122 de difteria, 51 de tos ferina y 5 de tétanos neonatal.⁴ Las principales estrategias de este plan son asegurar la calidad de la administración y conservación de las vacunas, la vigilancia epidemiológica, la búsqueda activa y la participación social en las acciones de vacunación.⁴ Desde 2002 no se presentan casos de poliomielitis ni sarampión.² El número de casos de difteria durante 2007 fue 1, 2 de tos ferina y 0 de tétanos neonatal.⁵

Otro aspecto analizado fue la lactancia materna, en términos de morbilidad con EDA o sintomatología de IRA. Sus resultados mostraron que la prevalencia de EDA en menores de 6 meses que estaban lactando era de 14.36%, mientras que para síntomas de IRA llegaba a 5.3%. Una publicación de 2001 indica que República Dominicana se ha caracterizado por ser un país donde la lactancia materna termina tempranamente, lo cual se ha asociado con el incremento de la morbilidad infantil, en especial en zonas deprimidas.⁶ Esta publicación mostró que la percepción en la comunidad sobre la lactancia materna podría terminar tempranamente porque las mujeres pierden la figura, no están bien alimentadas o no desean continuar con la lactancia. Sin embargo, cuando se analizaron las razones individuales, la principal causa de terminación fue "porque el niño no quería".⁶ Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud informó que la lactancia materna es cada vez menos frecuente. Cerca de 3.8% de los niños de 4 a 5 meses reciben lactancia materna exclusiva y 46% de los recién nacidos reciben otro alimento antes de ser amamantados.²

En cuanto a los resultados de la salud de la mujer se ha descrito que el país cuenta con un alto porcentaje de mujeres que asiste al control prenatal y un alto porcentaje de partos institucionales. Sin embargo, la mortalidad neonatal continúa estable (22 por 1000 nacidos vivos),³ lo cual podría indicar problemas durante la atención del parto y el periodo perinatal. Según la Encuesta Demográfica y de Salud, el 94.5% de las mujeres recibió 4 o más controles prenatales y el 98.3% de los partos fue atendido institucionalmente. Nuestros resultados de control prenatal difieren un poco, en razón a que se analizó el componente de calidad del control prenatal (4 o más visitas) en términos del contenido de la atención (toma de tensión, peso, pruebas de sangre, orina, etc.).

En lo relacionado con la detección precoz de enfermedades, como el cáncer de cuello uterino y de mama, la encuesta mostró que el 10% de las mujeres entre 15 y 49 años se había realizado mamografía. Nuestros resultados reportan que el 16% de las mujeres entre 40 y 49 se ha practicado este examen. Por otra parte, nuestros resultados indican que sólo el 36.6% de las mujeres menores de 40 años se ha efectuado examen de Papanicolau en los últimos 12 meses. Estas cifras podrían ser un poco preocupantes si se tiene en cuenta que durante 2004 las principales causas de muerte por neoplasias fueron el cáncer de mama (25.9%) y de cérvix en mujeres (21.2%).²

En conclusión, la medición de las intervenciones de los sistemas de salud permite evaluar la situación de salud en temas de importancia en salud pública. Aunque no fue posible obtener el indicador de cobertura efectiva para algunos indicadores (vacunación y lactancia), la cobertura cruda permite acercarnos a la situación de salud de una población. Con respecto a la medición de los indicadores de enfermedades crónicas no fue posible obtener información, puesto que la encuesta demográfica no contenía datos sobre la medición de los niveles de glicemia, colesterol y tensión arterial.

Conclusiones y Propuestas



Discusión general

El análisis de cobertura de las intervenciones en salud desde la perspectiva de la métrica propuesta por la OMS arroja retos muy importantes a los sistemas de salud del mundo en general, y de América Latina, en particular. El indicador tradicional de cobertura poblacional restringe el enfoque a las coberturas programáticas, sin considerar que no sólo es importante ofrecer un servicio (necesidad) y proporcionarlo (utilización), sino que también es fundamental medir si el servicio otorgado llegó a la población más necesitada y si, además de llegar, proporcionó el beneficio esperado en sus condiciones de salud (calidad). Uno de los grandes desafíos que surgen de este informe es que a nivel regional podemos medir quién requiere o necesita y quién accede o utiliza las intervenciones más populares de los programas de salud, pero no estamos todavía en condiciones de medir con precisión quién de los receptores se beneficia realmente de los servicios otorgados.

Los países participantes, en su mayoría, lograron mostrar resultados sobre la cobertura cruda de las intervenciones seleccionadas. Esto refleja otro gran reto para los sistemas de información en salud de las naciones, pues no fue posible contar con información que permitiera hacer un análisis más extenso (más países e intervenciones), debido a lo limitado de la información. En este sentido, la región requiere ampliar y mejorar los contenidos y los registros administrativos o de encuestas para posibilitar el potencial analítico de los datos. Un efecto paralelo del estudio debiera ser que los sistemas de información en la región se vayan adaptando a los nuevos requerimientos de información que demandan métricas como esta.

Un hecho destacable es el trabajo en equipo alcanzado por la dinámica de la red. Convocar, organizar, darle seguimiento a las tareas y, finalmente, integrar este ejercicio analítico comparativo es un éxito sustantivo de la red y sus integrantes, pues ante las adversidades para reunirse cotidianamente hubo siempre la convicción de que el trabajo a distancia sería más productivo que la cercanía de los miembros de la red. La motivación que se generó ante la expectativa de contar con un informe regional también muestra que el interés legítimo de los investigadores participantes fue el de generar nuevas evidencias y ser partícipes de las futuras publicaciones surgidas del trabajo colectivo. Este informe cristaliza ese anhelo y promueve la producción de nuevas publicaciones de naturaleza más científica.

A su vez, la integración de la Red de Cobertura Efectiva también demostró la necesidad de fortalecer las capacidades locales para el manejo de dichos parámetros metodológicos y técnicos. La cobertura efectiva no sólo es una manera diferente de entender la medición del desempeño de los servicios de salud. Es toda una métrica diferente, con insumos muy particulares de información y herramientas de análisis más detalladas, que requiere capacitación. Será una oportunidad para la red el convertirse en una masa crítica que mantenga y promueva su aplicación, aportando las capacidades técnicas a nivel local y regional.

Con respecto a los resultados y considerando que los países tuvieron limitaciones en la exploración de la información, puede decirse que existen diferencias en el logro de coberturas entre países. Chile fue el país con mayores coberturas para la mayoría de los indicadores analizados, seguido por México y Colombia, mientras que naciones como Haití permanecen todavía con indicadores de salud muy inferiores. Aunque algunos países presentaron coberturas crudas “altas o aceptables”, también hubo diferencias importantes entre las regiones de un mismo país, como el caso de Colombia, México y Perú, en donde regiones como Chocó, Chiapas y Pasco, respectivamente, presentan coberturas más bajas con respecto a la cobertura nacional. Esta información puede ser de utilidad para las personas que dirigen los sistemas de salud en las regiones de los países, con el fin de tomar las medidas necesarias para asegurar la efectividad de las intervenciones.

En el caso de la salud del niño vemos con preocupación el descenso en las coberturas crudas de vacunación en algunos países o dentro de los mismos. El relajamiento en el desempeño del programa de vacunación a nivel regional es evidente, inclusive en países como Costa Rica, Colombia y México, que gozaron de mejores coberturas en el pasado y hoy muestran un descenso importante a nivel nacional. Se destaca también el hecho de que no contemos con información para comparar aspectos del control del niño sano o la prevalencia de la lactancia materna para monitorear la salud de los niños de la región. Si las cifras disponibles nos hablan de los esfuerzos importantes que deben hacer los países que sí cuentan con información, la ausencia de las mismas debiera preocuparnos aún más, pues no se cuenta con evidencias que muestren el nivel de cobertura de los países.

Por lo que se refiere a la salud de la mujer, observamos las pobres coberturas que tienen programas preventivos tan importantes como la detección de cáncer de cérvix o de seno, pues son las herramientas más eficaces para disminuir la mortalidad prematura por esas causas. Este es un fenómeno generalizado en la región y ningún país escapa a su compromiso por incrementar las coberturas de estos programas. Lo mismo sucede cuando se analiza la cobertura del programa de control prenatal y se observa que hay un mínimo de 20% de mujeres en Chile que no recibe un mínimo de consultas prenatales durante su embarazo, lo que puede llegar a una cifra de 48% en Haití. Este fenómeno se replica cuando analizamos la cobertura institucional del parto, aunque las inequidades no sean tan marcadas como las encontradas en atención prenatal.

Dada la transición epidemiológica por la que atraviesa la mayoría de los países, resulta preocupante que no contemos con información sobre los niveles de control de los parámetros clínicos esenciales de los pacientes diabéticos o hipertensos. El hecho de que la región desconozca cuántos pacientes diabéticos o hipertensos están bajo tratamiento, cuál es el tipo de tratamiento que reciben, cuántos lo reciben y qué nivel de control existe de su presión arterial o de su glucosa sanguínea, resulta inadmisibles a luz de la magnitud que tienen estos problemas de salud en la región. El análisis de cobertura efectiva revela las carencias y demuestra lo deficiente que son los programas, no por la información analizada, sino precisamente por la falta de información disponible para conocer estos parámetros, que son básicos para cualquier prestador de servicios de salud.

Los resultados ponen en evidencia las limitaciones existentes en cada país para contar con información específica que permita hacer las estimaciones de cobertura efectiva de una manera precisa. Sin embargo, el esfuerzo de cada país por armonizar las definiciones y los métodos de cálculo, de acuerdo con las fuentes de información disponibles, fueron pasos importantes para ir conformando un grupo técnico a nivel regional que impulse la generación específica de datos para poder contar con las evidencias necesarias.

A pesar de las limitaciones señaladas, el informe regional da cuenta de los rezagos importantes que existen en la cobertura de programas que hoy por hoy deben estar bien consolidados en los países participantes. Las diferencias entre países y dentro de cada uno de ellos nos demuestra que los programas todavía tienen mucho por hacer y que la cobertura efectiva es la métrica que nos ayudará a precisar dónde y a quién deben dirigirse los recursos y esfuerzos adicionales para beneficiar verdaderamente a las poblaciones con mayor necesidad.

Este trabajo resultará útil para los tomadores de decisión de los sistemas de salud en cada uno de los países de la red, puesto que la medición de esta métrica indica qué tan efectivas son las intervenciones, lo cual podría verse reflejado en la mejor distribución de los recursos destinados a la salud y en la manera de enfocar las futuras intervenciones para alcanzar una mayor efectividad en la población.

Esperamos que en el futuro pueda incluirse el componente de calidad, tanto en las encuestas (DHS), como en los sistemas de información, para que sea posible la medición de la cobertura efectiva en todos los países de la región.

Conclusiones y recomendaciones

Este informe regional muestra las bondades y dificultades técnicas de la medición de la cobertura efectiva de las intervenciones y también señala los desafíos y retos que enfrentan los sistemas de salud en la región para poder estimar con precisión estos indicadores de cobertura efectiva. Esta situación nos obliga a promover la incorporación de información que permita estimar el componente de calidad de las intervenciones en las encuestas de salud, con el propósito de realizar mediciones que puedan demostrar la efectividad de las intervenciones en salud.

Se espera que la difusión de este informe regional promueva la incorporación de más países de América Latina y del Caribe a la Red de Cobertura Efectiva. Los resultados comparativos o *benchmarking* son ejercicios benéficos para todos, más aún si son comparables por la metodología utilizada, como aconteció en este informe regional.

La medición de indicadores a partir de metodologías estandarizadas necesita convertirse en un parámetro indiscutible en los ejercicios regionales. Este informe regional demuestra lo complicado y laborioso que puede ser, pero también describe lo interesante y benéfica que resulta la interpretación de sus resultados.

El informe nos demuestra lo imprescindible que se vuelve la capacitación de los recursos humanos en este terreno de la métrica y lo estratégica que resulta la Red de Cobertura Efectiva para ser la promotora y la masa crítica en la consecución de este objetivo fundamental.

Es deseable que la Red de Cobertura Efectiva se mantenga trabajando, con el fin de continuar mejorando los indicadores estudiados e ir incluyendo nuevas intervenciones a la medición de la cobertura efectiva.

Es imperativo difundir dichos resultados entre los diferentes proveedores de servicios de salud, funcionarios y académicos, para así ir ampliando la base de utilización institucional de esta nueva métrica.

Bibliografía



Bibliografía

Referencias

1. Bradshaw J. 1972. A taxonomy of social need. In: Mclachlan G, Ed. Problems and progress in medical care: Essays on current research. 7th series. Oxford: Nuffield Provincial Hospital Trust
2. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. J Health Econ 1993 December;12(4):431-57.
3. Dendukuri N, Joseph L. 2001. Bayesian approaches to modeling the conditional dependence between multiple diagnostic tests. Biometrics 57(1):158-67.
4. Deolalikar AB. 1998. The demand for health services in a developing country: The role of prices, service quality, and reporting of illnesses. In: Ullah AG, Giles
5. DEA, Ed. Handbook of applied economic statistics. Statistics textbooks and monographs, vol. 155. New York: Dekker:93-117.
6. Dor A, Gertler P, Van Der Gaag J. 1987. Non-price rationing and the choice of medical care providers in rural Cote d'Ivoire. J Health Economics Dec 6(4):291-304.
7. Ferguson B, Tandon A, Gakidou E, Murray CJL. Estimating permanent income using indicator variables. In: Murray CJL, Evans DB, editors. Health Systems Performance Assessment. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 747-60.

Bibliografía

1. Filmer D, Pritchett L. The impact of public spending on health: does money matter? Soc Sci Med 1999 November;49(10):1309-23.
2. Gakidou E, Lozano R, Hernández-Avila M, Murray CJL. Evaluating the 2001-2006 Mexican Health Reform; Interim Report Card. The Lancet (proposed for the Mexico series). In press 2006.
3. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. Soc Sci Med 2001 November;53(9):1149-62.
4. Jacoby A, Baker GA, Steen N, Buck D. 1999. The SF-36 as a health status measure for epilepsy: A psychometric assessment. Quality Life Res 8(4):351-64.
5. Kelley, E. and Hurst, J. Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper. Paris: OECD Publishing; 2006 Sep 9. Report No.: OECD Health Working Papers No. 23.
6. King G, Murray CJL, Tandon A, Salomon JA. Enhancing the Validity and Cross Cultural Comparability of Measurement in Survey Research. American Political Science Review 2004 February 1;98(No. 1):191-207.
7. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. 1978. Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Ann Intern Med Feb 88(2):251-8.
8. Madianos MG, Gefou-Madianou D, Stefanis CN. 1994. Symptoms of depression, suicidal behaviour and use of substances in Greece: A nationwide general population survey. Acta Psychiatr Scand 89(3):159-66.
9. Mathers CD, Sadana R, Salomon JA, Murray CJ, Lopez AD. 2001. Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. Lancet May 26, 357(9269):1685-91.
10. Murray CJL, Salomon J, Mathers C, Lopez A. 2002. Summary measures of population health: Concepts, ethics, measurement and applications. Geneva: World Health Organization.

11. Murray CJL, Evans DB. 2003. Health Systems Performance Assessment: Debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization.
12. Murray CJL, Evans D. 2003. Health Systems Performance Assessment: Goals, Framework and Overview. In: Murray CJL, Evans DB, Ed. Health Systems Performance Assessment: Debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization: 3-18.
13. National Health Performance Committee. Fourth national report on health sector performance indicators. Sydney, Australia: NSW Health; 2000.
14. Nicholson A, White IR, Macfarlane P, Brunner E, Marmot M. 1998. Rose Questionnaire for angina in younger men and women: Gender differences in the relationship to cardiovascular risk factors and other reported symptoms. *J Clin Epidemiol* 52(4):337-46.
15. Salomon JA, Tandon A, Murray CJL. Comparability of self rated health: cross sectional multi-country survey using anchoring vignettes. *BMJ* 2004 January 31;328(7434):258.
16. Secretaría de Salud. Cobertura Efectiva del Sistema de Salud en México 2000-2003. México, DF., 2006.
17. Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJL. 2005. Access, utilization, quality, and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurement strategy. *Soc Sci Med* 61:97-109.
18. Smith PC. Measuring health system performance. *The European Journal of Health Economics* 2002 September 1;3(No. 3):145-8.
19. Stock R. 1983. Distance and the utilization of health facilities in rural Nigeria. *Soc Sci Med* 17:563-70.
20. Strombom BA, Buchmueller TC, Feldstein PJ. 2002. Switching costs, price sensitivity and health plan choice. *J Health Econ* Jan 21(1):89-116.
21. Tandon A et al. 2003. Statistical models for enhancing cross-population comparability. In: Murray CJL, Evans DB, Ed. Health systems performance assessment: Debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization:727-46.
22. Tandon A, Murray CJL, Shengelia B. 2004. Measuring health care need and coverage on a probabilistic scale in population surveys. Cambridge (MA): Harvard Initiative for Global Health.
23. Thaddeus S, Maine D. 1994. Too far to walk: Maternal mortality in context. *Soc Sci Med* Apr 38(8):1091-110.
24. Udol K, Mahanonda N. 2000. Comparison of the Thai version of the Rose Questionnaire for angina pectoris with the exercise treadmill test. *J Med Assoc Thailand* 83(5):514-22.
25. Ustun TB, Chatterji S, Mechbal A, Murray CJL, WHS Collaborating Groups. The World Health Surveys. In: Murray CJL, Evans DB, editors. Health Systems Performance Assessment. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 797-808.
26. Van Campen C, Sixma HJ, Kerssens JJ, Peters L, Rasker JJ. 1998. Assessing patients' priorities and perceptions of the quality of health care: The development of the QUOTE-Rheumatic-Patients instrument. *Br J Rheumatol* Apr 37(4):362-8.
27. Van de Voorde C, Van Doorslaer E, Schokkaert E. 2001. Effects of cost sharing on physician utilization under favourable conditions for supplier-induced demand. *Health Econ* Jul 10(5):457-71.
28. Waters HR. Measuring equity in access to health care. *Soc Sci Med* 2000 August;51(4):599-612.
29. Ware Jr JE et al. 1983. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation Program Plann* 6:247-63.
30. Wooldridge J. 2002. *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. Cambridge (MA): MIT Press.
31. Wolfson M, Alvarez R. Towards integrated and coherent health information systems for performance monitoring: the Canadian experience. Measuring up - improving health system performance in OECD countries. Paris: OECD Publishing; 2002. p. 133-55.

32. World Health Organization. World Health Report 2000. Geneva: World Health Organization; 2000.
33. World Health Organization. World Health Report 2003. Geneva: World Health Organization; 2003.
34. World Health Organization. Health Systems Performance Assessment. Geneva: World Health Organization; 2003.

Bolivia

1. Organización Panamericana de la Salud (2008). Perfil del Sistema de Salud de Bolivia. Tercera edición. Washington D.C.
2. USAID. Infectious diseases tuberculosis. Disponible en: http://www.usaid.gov/our_work/global_health/id/tuberculosis/countries/lac/bolivia_profile.html.
3. Instituto Nacional de Estadística. Cobertura de vacunación en menores de tres años, según área y tipo de vacuna recibida. Disponible en: www.ine.gov.bo/indice/visualizador.aspx?ah=PC30117.HTM.
4. Instituto Nacional de Estadística. *Proyecciones de Población 2010*. La Paz, Bolivia.
5. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Human development index 2007. Disponible en: www.hdrstats.undp.org/es/indicators/87.html.
6. Ministerio de Salud y Deportes (2009), *Programa Reforma de Salud (PRS)*, Instituto Nacional de Estadística (INE) y Macro International. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDSA 2008*. La Paz, Bolivia: MSD, PRS, INE y Macro International.
7. Zamora A. (2007). *Programas de vacunación en Bolivia*. Rev. Bol. Ped. Jun; 46 (2): 88-89.
8. Sandoval O (2006). *Los seguros públicos de salud y la pediatría Boliviana*. Rev Bol Ped; 45 (3): 146-147.
9. Robles S, Galanis E. *El cáncer de mama en América Latina y el Caribe*. Rev Panam Salud Pública 12 (2): 141-143.
10. Organización Panamericana de la Salud (2007). *Salud en la Américas 2007* Capítulo Bolivia. Washington, D.C.

Colombia

1. Tovar M. (2008). *Modelo de salud colombiano: exportable en función de los intereses del mercado*. Saúde em Debate, 32 (78/79/80): 207-219.
2. Profamilia, Macro International. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005.
3. Ministerio de la Protección Social, Universidad Nacional de Colombia. (2007). *Guías de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en la salud pública*. Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años. Bogotá, Colombia.
4. Organización Panamericana de la Salud. (2002) Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud. División de desarrollo de sistemas y servicios de salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Colombia. 2da Edición. Washington, D.C.
5. Congreso de Colombia (2002). Ley 790 de 2002, Capítulo I., artículo 5. *Fusión de entidades u organismos nacionales y ministerios*. Diario Oficial de la Federación No. 45.046 de 27 de diciembre de 2002. Bogotá, Colombia.

6. Ministerio de la Protección Social. *Objetivos y funciones del ministerio*. Disponible en: www.minprotecciosocial.gov.co.
7. Así vamos en Salud. Indicadores de aseguramiento. Disponible en: www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=category&id=59&Itemid=73.
8. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de Salud Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (1998). *Plan decenal para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna 1998-2008*. Bogotá, Colombia.
9. León, N, Lutter Ch, Ross J, Martin L. (2002). *Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.
10. Ministerio de la Protección Social, Universidad Nacional de Colombia. (2007). *Guías de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en la salud pública. Guía técnica en el menor de 10 años*. Bogotá, Colombia.
11. Fundación Corona, Fundación Santa Fé de Bogotá. *Así vamos en salud. Razón de mortalidad materna*. Disponible en: www.asivamosensalud.org.
12. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas 2007*. En: Colombia. Washington D.C.
13. Departamento Nacional de Estadística. *Estadísticas Vitales (2007). Primeras causas de mortalidad*. Bogotá, Colombia.

Haití

1. Organización Panamericana de la Salud. División de desarrollo de los sistemas y servicios de salud. *Perfil de los sistemas de servicios de salud Haití 2000*.
2. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas 2007*. Capítulo Haití. ISBN 978 92 75 31622 8, Washington 2007.
3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. *Human development index 2007*. Disponible en: www.hdrstats.undp.org/es/indicators/87.html.
4. Syldor. M. (2009) *Situación actual de las vacunas e inmunización en Haití*. Revista Clin Med Fam; 2 (7): 354-359.
5. Alexandre PK, Saint-Jean G, Crandall L, Fevrin E. (2005) *Prenatal care utilization in rural areas and urban areas of Haiti*. Rev Panam Salud Pública; 18(2):84-92.
6. Fondo de Poblaciones Unidas, Organización Mundial de la Salud, Onusida, IPPF. *Vías para la integración. Estudio del caso de Haití 2008*.

Honduras

1. Secretaría de Salud. (2005) *Plan Nacional de Salud 2021*. Tegucigalpa, Honduras.
2. Organización Panamericana de la Salud (2009). *Perfil de los Sistemas de Salud de Honduras: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma*. Washington, D.C.
3. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística (INE) y Macro International. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2005-2006*. Tegucigalpa, Honduras.
4. Secretaría de Salud. *Política Nacional de Salud Materno Infantil*. Disponible en: www.bvs.hn/E/pdf/politicaSMI.pdf. Tegucigalpa, Honduras.

México

Referencias

1. Octavio Gómez Dantés y Víctor Becerril (2007), Sistema de Salud de México. Secretaría de Salud. México.
2. Secretaría de Salud (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. México.
3. Presidencia de la República (2009), *Tercer Informe de Gobierno. Anexo Estadístico*. México 2009.
4. Secretaría de Salud (2008). Población por condición de seguridad social según entidad federativa, 2008. Boletín de Información Estadística Volumen III Servicios Otorgados. Capítulo Población. México, 2009.
5. Secretaría de Salud-Harvard University (2006). *Cobertura efectiva del Sistema de Salud en México, 2000-2003*. México.
6. Lozano Rafael, et. Al., Evaluación Comparativa del Desempeño de los Sistemas Estatales de Salud usando cobertura efectiva. En prensa.
7. Secretaría de Salud (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)*, 2005. México.
8. Secretaría de Salud (1994). Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria, para quedar como NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. Diario Oficial de la Federación, 2 de marzo de 1998.

Bibliografía

1. Secretaría de Salud (2003). *Manual de Procedimientos Técnicos de Vacunación*. Actualización 2003. México.
2. Secretaría de Salud-Harvard University (2006). *Cobertura Efectiva del Sistema de Salud en México, 2000-2003*. México.
3. Secretaría de Salud (2005 y 2006). *Salud México. Informe de Rendición de Cuentas. Años 2005 y 2006*. México.
4. Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJL. (2005). Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. Soc Sci Med July; 61(1):97-109.
5. Sepúlveda Jaime et. Al. (2007) Aumento de la sobrevida en menores de cinco años en México: la estrategia diagonal en: Revista de Salud Pública de México, año/vol 49, número suplemento 1, Instituto Nacional de Salud Pública, México, pp.110-125.
6. Villagómez, Paloma y César Bistrain (2009) CONAPO. *Situación demográfica nacional, 2008*. México 2009. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones>.

Perú

1. Velásquez A. *Situación del aseguramiento en Perú*. Disponible en: <http://reformasalud.blogspot.com/2008/10/situacim-del-aseguramiento-en-salud-en.html>.
2. Organización Panamericana de la Salud (2007). *Salud en las Américas 2007*. Capítulo Perú. Volumen II-Países. Washington D.C. Unicef. Disponible en: www.unicef.org/peru/spanish/survival_development_3205.html
3. Organización de las Naciones Unidas, Presidencia del Consejo de Ministros, Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (2008). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de cumplimiento Perú 2008*. Perú.

4. León N, Lutter Ch, Ross J, Martin L. (2002). *Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: Reseña de la evidencia*. Organización Panamericana de la Salud Washington, D.C.
5. Rojas D, Ysla M, Riega D. (2004). *Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y características de la alimentación de los niños de 12 a 35 meses de edad en el Perú*. Rev Peru Med Exp Salud Pública; 21(3):146-156.
6. Villanueva A, Riega P, Torres J, Yabar C, Alarcón O. (2003). *Cumplimiento de los estándares de la atención del parto institucional y nivel de satisfacción de usuarias*. CIMEL, Vol 8 (1): 13-18.
7. Tarqui C, Barreda A. (2005). *Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria*. Rev Peru Med Exp Salud Pública 22(2): 109-116.

República Dominicana

1. Organización Panamericana de la Salud (2007). Perfil de los sistemas de salud. República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana.
2. Organización Panamericana de la Salud (2007). *Salud en las Américas 2007*. Capítulo República Dominicana. Volumen II-Países. Washington D.C.
3. Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) y Macro International Inc. Encuesta Demográfica y de Salud 2007. Santo Domingo, República Dominicana.
4. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. (2005). *Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil 2005-2008*. Santo Domingo, República Dominicana.
5. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. (2005). *Plan operativo sobre el compromiso nacional "Tolerancia Cero"*. Santo Domingo, República Dominicana.
6. Organización Panamericana de la Salud-Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (2008). Indicadores Básicos de Salud 2008. Disponible en: <http://www.sespasdigepi.gob.do>.
7. McLennan, J. (2001). Early termination of breast-feeding in periurban Santo Domingo, Dominican Republic: Mothers' community perceptions and personal practices. Pan Am J Public Health, 9(6): 362-366.

Anexos



Anexos

Anexo 1

Información base considerada para la construcción de indicadores de Cobertura Efectiva. Cuestionario de la Encuesta Nacional de Salud 2005. México 2006.

Anexo 2

Características de las preguntas utilizadas de la Encuesta Nacional de Salud, México.

Anexo 3

Normas Oficiales Mexicanas consideradas como referente para los indicadores utilizados en Cobertura Efectiva. México.

Anexo 1. México, Información considerada para la construcción de indicadores de cobertura efectiva.

Cuestionario de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

Infancia						
Indicador	Dosis	Edad	Numerador	Oportunidad	Edad de la madre	Información México
BCG	Única	RN	Reporte de la madre y tarjeta de vacunación	En niños con tarjeta de vacunación explorar cuando fue vacunado, y registro fecha de nacimiento. Tolerancia de un mes (BCG), 60 días (DPT y polio), 15 meses (Sarampión)	20-49 años porque la encuesta se hace en este rango de edad	
DPT y/o penta	Tercera dosis	12 a 59	Reporte de la madre y tarjeta de vacunación			
Sarampión y/o MMR	Una dosis	18-59	Reporte de la madre y tarjeta de vacunación			
Polio	Última dosis a los 6 meses de edad (3 ó 4)	12 a 59	Reporte de la madre y tarjeta de vacunación			
Nutrición						
Indicador	Calidad	Edad	Tener en cuenta			Información México
Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	EDA/IRA últimas dos semanas	< 1 año	¿Le dio pecho alguna vez? ¿Cuántos meses amamantó regularmente? Durante el primer mes de vida ¿llevó a [NOMBRE] al médico? Chequeo/control del niño sano Enfermedad..... En total, ¿cuántas veces ha llevado a [NOMBRE] al médico para checar su desarrollo y crecimiento (sin estar enfermo)?			Se tiene información de IRAS y EDAS en las últimas 2 semanas por niño
Control crecimiento y desarrollo	Según norma OMS, de acuerdo con la edad.	< 5 años				
Salud de la Mujer						
Indicador	Definición	Edad	Tener en cuenta	Calidad	Información México	
Citología	¿Durante los últimos 12 meses acudió al módulo de medicina preventiva para ... Cada/3 años	>20 25-49 50+	¿A qué edad le diagnosticaron cáncer? ¿Recibió tratamiento médico para atender el cáncer? ¿Cuál fue el motivo por el que no recibió tratamiento médico? ¿Cuál es la situación actual del cáncer? Durante los últimos dos años, ¿ha recibido tratamiento de... por el cáncer que le diagnosticaron? ¿Presentaba algún síntoma por el que le realizaron la prueba de detección? ¿Le entregaron el resultado del estudio? ¿Qué diagnóstico le dieron? ¿Recibió tratamiento?	Quimioterapia o medicamento Cirugía y/o biopsia Radiación o Rayos X Medicamentos o tratamiento para síntomas como dolor, náusea, vómito, diarrea o estreñimiento (tratamiento paliativo) Medicina alternativa.....Proporción de casos que conocen el resultado que son tratados		
Mamografía	¿Durante los últimos 12 meses acudió al módulo de medicina preventiva para ... Cada/3 años	40 -49 50 -69	¿A qué edad le diagnosticaron cáncer? ¿Recibió tratamiento médico para atender el cáncer? ¿Cuál fue el motivo por el que no recibió tratamiento médico? ¿Cuál es la situación actual del cáncer? Durante los últimos dos años, ¿ha recibido tratamiento de... por el cáncer que le diagnosticaron? ¿Presentaba algún síntoma por el que le realizaron la prueba de detección? ¿Le entregaron el resultado del estudio? ¿Qué diagnóstico le dieron? ¿Recibió tratamiento?	Quimioterapia o medicamento Cirugía y/o biopsia Radiación o Rayos X Medicamentos o tratamiento para síntomas como dolor, náusea, vómito, diarrea o estreñimiento (tratamiento paliativo) Medicina alternativa.....Proporción de casos que conocen el resultado que son tratados		
Control Prenatal	4 visitas, Norma OMS + Con calidad (en al menos una de las visitas: TA, peso, TT, fetocardia, altura uterina, PO, VIH, etc).	12 a 19 20-49 (*Último embarazo)	la midieron y la pesaron?..... 1 2 le tomaron la presión arterial?..... 1 2 le mandaron vitaminas, hierro, ácido fólico o algún suplemento alimenticio?..... 1 2 la vacunaron contra el tétanos (toxide tetánico)?..... 1 2 le mandaron análisis (estudios de laboratorio de sangre, de orina, etc.)?..... 1 2 le hicieron un ultrasonido?..... 1 2 le explicaron los síntomas que se presentan cuando hay complicaciones durante el embarazo?.....	Medir resultados de bajo peso al nacer y pre-termino. (No viene peso al nacer)	En cuanto al control prenatal se pregunta quién y cuántas veces la revisó. Cuántos meses de embarazo tenía la primera visita prenatal. Existen criterios de calidad para saber si le tomaron la presión, examen de orina, sangre, dotación de hierro y ac. Fólico	
Atención parto	Quien? Donde?	12 a 19 20-49	Personal calificado (médico enfermera, promotora, partera otro personal) Personal calificado (médico enfermera, promotora, partera otro personal)	nacidos vivos?..... nacidos vivos, que hayan fallecido antes de cumplir un año de edad?..... nacidos muertos?..... abortos?..... complicaciones en los partos institucionales. Mortalidad neonatal temprana. Mortalidad materna (identificando claramente la fuente)	Además se pregunta si tuvo alguna complicación (si / no) sin preguntar qué tipo de complicación. Se tiene la pregunta de Cesárea de urgencia.	

Anexo 1. México Información considerada para la construcción de indicadores de cobertura efectiva.

Cuestionario de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

Enfermedades Crónicas						
Indicador	Definición	Edad	Necesidad	Utilización	Observaciones	Información México
Tratamiento de HTA	140/90. Cada país debe hacer descripción de cómo hicieron la medición (numero de veces). Ganancia → Normotension en tratados ¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta? ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene la presión alta?	20 años y mas	Necesidad: en función de el punto de corte: 140/90 (esta diagnosticado) + los que están en tratamiento con cifras normales.	Utilización	Explorar el peso de los hipertensos, explorar índice masa corporal. Punto de corte 25.	Plan de alimentación1 Realiza algún ejercicio físico2 Homeopatía (chochos)3 Herbolaria4 Disminución en el consumo de sal5 Otros7
	¿Actualmente toma alguna medicina (pastillas) para controlar su presión alta?	Subgrupos		Los que se encuentran en tratamiento farmacológico.		
	¿Cuánto tiempo tiene tomando este medicamento?	20-29				
	¿En dónde se atiende para controlar su presión alta?	30-49				
	¿Actualmente lleva otro tratamiento para controlar su presión alta?	50-69				
		60 y mas				
Obesidad	tiene sobrepeso?1 tiene obesidad?2 está bajo de peso?3 está bien de peso?4	20 años y mas	¿Alguna vez le ha dicho un médico/dietista/nutriólogo que tiene o tuvo obesidad? Qué edad tenía cuando le diagnosticaron obesidad? ¿Siguió algún tratamiento para controlar su peso? ¿Cómo intentó perder peso?	Consumió menos comida01 Consumió alimentos con menos calorías02 Consumió alimentos con menos grasa03 Realizó algún tipo de ejercicios04 Se saltó comidas05 Consumió productos de "dieta"06 Utilizó alguna fórmula líquida de "dieta" (Ejem. SlimFast)07 Se integró a un programa de pérdida de peso08 Siguió alguna dieta especial por su cuenta anunciada en revistas, internet, televisión o recomendada por amigos o familiares09 Siguió una dieta especial prescrita por un médico/dietista/nutriólogo10 Tomó medicamentos prescritos por su médico11 Tomó otros medicamentos, hierbas, gotas		
Colesterol	¿Algún médico le ha dicho que tiene el colesterol alto? ¿Ha tenido tratamiento para el colesterol alto? Intervención: Tratamiento farmacológico	20 años y mas	Necesidad: 240mg/dl o más.	Prescripción de medicamentos	Hipercolesterolemicos controlados. Explorar índice masa corporal. Punto de corte 25	
		Subgrupos				
		20-29				
		30-49				
		50-69				
Diabetes	¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes o alta el azúcar en la sangre? ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tenía diabetes o alta el azúcar en la sangre? ¿Ha tenido tratamiento médico para controlar la diabetes o el azúcar en la sangre? ¿Cuántas veces y con que frecuencia acude al médico para controlar su diabetes?Tto farmacológico	20 años y mas	1. Se descartó del análisis a los sujetos que declararon menos de 8 horas de ayuno. 2. Los sujetos que por autoreporte tenían Diabetes diagnosticada por un médico fueron categorizados como Diagnóstico previo 3. De los sujetos restantes los que tenían una glucosa de ayuno ≥ 126 mg fueron clasificados como Diabéticos de hallazgo de la encuesta. 4. Las determinaciones de glucosa se hicieron en suero por glucosa oxidasa 5. Todos lo que tenían diagnóstico previo de diabetes y que aceptaron, dieron una muestra de sangre total para las mediciones de HbA1c por método colorimétrico	Utilización:	Debido a la diabetes, ¿qué medidas preventivas ha seguido para evitar complicaciones? Revisión oftalmológica1 Toma una aspirina diario2 Revisión de pies3 Examen de riñón4 No realiza ninguna medida preventiva ha tenido úlceras en piernas o pies que tardan en sanar más de 4 semanas?1 2 le han amputado alguna parte del cuerpo?1 2 le ha disminuido su visión?1 2 ha sufrido daño en la retina?1 2 ha perdido la vista?1 2	Plan de alimentación (dieta) Realiza algún ejercicio físico Homeopatía (Chochos) Herbolaria Hemoterapia Otros
		Subgrupos				
		20-29				
		30-49		¿Actualmente toma pastillas o le aplican insulina para controlar su azúcar? ¿Cuántas veces y con que frecuencia se aplica la insulina? ¿Actualmente lleva algún otro tratamiento para controlar su azúcar? Los que se encuentran en tratamiento		
		50-69				
		70 y mas				
Cobertura tratamiento no farmacológico de HTA, obesidad, colesterol	Explorar					
	Si le han indicado					
	Tratamiento no farmacológico (dieta, ejercicio)					

Anexo 2**Características de las preguntas utilizadas en la Encuesta Nacional de Salud, México**

Vacunación			
Vacuna BCG	Encuesta Nacional de salud y nutrición	2005	Necesidad: Menores de 59 meses.
			Uso: Registro de la cartilla de vacunación PG 2.1. Tiene en el hombro o en el brazo una cicatriz de la vacuna de la tuberculosis? PG 2.8
Vacuna DPT	Encuesta Nacional de salud y nutrición	2005	Necesidad: Menores entre 13 y 59 meses.
			Uso: Registro de la cartilla de vacunación PG 2.1. Le han puesto la vacuna contra la difteria, tosferina y el tétanos (DPT) o la pentavalente, una inyección que se aplica en el muslo o en las nalgas? PG 2.4. Cuantas veces le han puesto la vacuna contra la difteria, tosferina y el tétanos (DPT) o la pentavalente? PG 2.5
Vacuna Polio	Encuesta Nacional de salud y nutrición	2005	Necesidad: Menores de 59 meses.
			Uso: Registro de la cartilla de vacunación PG 2.1. Le han vacunado contra la polio (sabin) (se suministran gotas en la boca) PG 2.2. Cuantas veces le han vacunado contra la polio (sabin)? PG 2.3
Vacuna Sarampión	Encuesta Nacional de salud y nutrición	2005	Necesidad: Menores entre 19 y 59 meses.
			Uso: Registro de la cartilla de vacunación PG 2.1. Le han puesto la vacuna contra el sarampión? PG 2.6 Cuantas veces lo han vacunado contra el sarampión? PG 2.7

Anexo 2**Características de las preguntas utilizadas en la Encuesta Nacional de Salud, México.**

Salud de la Mujer			
Atención prenatal	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición	2005	<p>Necesidad: Embarazos en mujeres de 18-49 años cinco años anteriores a la encuesta.</p> <p>Uso: Al menos 4 visitas al médico o enfermera. Cuando usted estaba embarazada, quién y cuántas veces la revisó durante el embarazo? PG 9.11(cuestionario de adultos).</p>
Atención del parto	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición	2005	<p>Necesidad: Partos en mujeres de 18-49 años.</p> <p>Uso: Reporte de la entrevistada sobre el lugar donde tuvo el último parto. ¿Quién la atendió en su último parto? PG 9.14. En donde la atendieron de su último parto? PG 9.15 (cuestionario de adultos).</p>
Citología	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición	2005	<p>Necesidad: Mujeres de 18-69 años que reportan actividad sexual.</p> <p>Uso: Reporte de la entrevistada y fecha de realización. ¿Durante los últimos 2 meses acudió al módulo de medicina preventiva para prueba de papanicolau? PG 10.1 a. (cuestionario de adultos).</p>
Mamografía	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición	2005	<p>Mujeres de 40-69 años.</p> <p>Uso: Reporte de la entrevistada y fecha de realización. ¿Durante los últimos 2 meses acudió al módulo de medicina preventiva para detección de cáncer de mama (mastografía)? PG 10,1 b. (cuestionario de adultos).</p>

Anexo 2**Características de las preguntas utilizadas en la Encuesta Nacional de Salud, México.**

Enfermedades crónicas			
HTA	ENSANUT	2006	Necesidad: PA elevada, en una medición en ayuno ó (5.1(+) + 5.5(+)). 5.5: ¿Actualmente toma alguna medicina (pastilla) para controlar su presión alta?
			Utilización: 5.1: ¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta?
			Calidad: PA normal Utilización=1.
Diabetes	ENSANUT	2006	Necesidad: Glicemia elevada, en una medición en ayuno ó (4.1(+) + 4.3(+)). 4.3: ¿Ha tenido tratamiento médico para controlar la diabetes o el azúcar?
			Utilización: 4.1: ¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes o alta el azúcar? 4.5: ¿En dónde se atiende para controlar su diabetes?
			Calidad: Glicemia elevada en ayuno Utilización=1.
Colesterol	ENSANUT	2006	Necesidad: Col y/o TG elevados en ayuno una vez ó ((7.4(+) o 7.6(+))+(7.5(+) o 7.7(+))). 7.5 y/o 7.7: ¿Ha tenido tratamiento para el Colesterol/ los TG altos?
			Utilización: 7.4 y/o 7.6: ¿Algún médico le ha dicho que tiene el colesterol/ los TG altos?. 4.5: ¿En dónde se atiende para controlar su diabetes?
			Calidad: Col y/o TG elevados en ayuno una vez Utilización =1.
Obesidad	ENSANUT	2006	Necesidad: IMC elevado o (2.3(+) + 2.5(+))
			Utilización: 2.5: ¿Siguió algún tratamiento para controlar su peso?
			Calidad: IMC elevado Utilización=1.

Anexo 3

Normas Oficiales Mexicanas consideradas como referente para los indicadores utilizados en Cobertura Efectiva. México.

Control prenatal	<p>Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.</p> <p>5.2.3 La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:</p> <p>1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas 2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas 3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas 4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas 5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas</p> <p>5.2.4 La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.</p> <p>5.1.6 Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - elaboración de historia clínica; - identificación de signos y síntomas de alarma (cefaleas, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales); - medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración; - medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración; - valoración del riesgo obstétrico; - valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto; - determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo); - determinación del grupo sanguíneo ABO y Rh, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil Dp), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos; - examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36; - detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadiclas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad; - prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico; - prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo); - aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales; - orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada; - promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada; - promoción de la lactancia materna exclusiva; - promoción y orientación sobre planificación familiar; - medidas de autocuidado de la salud; - establecimiento del diagnóstico integral.
Crecimiento y desarrollo	<p>Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño.</p> <p>9. Control de la nutrición, el crecimiento y el desarrollo del niño menor de cinco años</p> <p>9.1 Medidas de Prevención: Las actividades que han demostrado ser efectivas y que deben promoverse en la comunidad, son:</p> <p>9.1.1 Orientación alimentaria a la madre o responsable del menor de cinco años en los siguientes aspectos: 9.1.1.1 Alimentación adecuada de la madre durante el embarazo y lactancia; 9.1.1.2 Lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida;</p> <p>9.1.1.3 Ab lactancia adecuada:</p> <p>9.1.1.4 Orientación a la madre y al niño para la utilización de alimentos locales en forma variada y combinada.</p> <p>9.1.1.5 Promoción de la higiene dentro del hogar, con énfasis en el lavado de manos, corte de uñas periódicamente, el consumo de agua hervida y cloración de la misma, así como en el manejo de alimentos;</p> <p>9.1.1.6 Capacitar a la madre o responsable del menor de cinco años en signos de alarma por desnutrición.</p> <p>9.1.2 Esquema básico de vacunación completo:</p> <p>9.1.3 Desparasitación intestinal periódica mediante tratamiento con Albendazol dos veces al año;</p> <p>9.1.4 Megadosis de vitamina A, en administración periódica;</p> <p>9.1.5 Fomentar la atención médica del niño sano, para vigilar su crecimiento y desarrollo, en forma periódica;</p> <p>9.1.6 Atención integrada del niño enfermo.</p> <p>9.2 Consultas</p> <p>9.2.1 En cada consulta se deberá registrar: edad (en el menor de un año en meses y días y en el mayor de un año en años y meses), peso, talla, perímetro cefálico y evaluación del desarrollo psicomotor.</p> <p>9.2.2 El personal de salud deberá otorgar al niño menor de 28 días dos consultas médicas, la primera a los siete días y la segunda a los 28.</p> <p>9.2.3 El personal de salud deberá otorgar al niño menor de un año seis consultas al año, una cada dos meses.</p> <p>9.2.4 El personal de salud deberá otorgar al niño de uno a cuatro años, una consulta con una periodicidad mínima de cada seis meses.</p> <p>9.2.5 Se consideran como mínimas, para el registro de peso y talla de los niños en la Cartilla Nacional de Vacunación y en el Censo Nominal, las visitas a las unidades de salud con objeto de recibir las dosis del Esquema Básico de Vacunación:</p>
Mamografía	<p>NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.</p> <p>Prevención secundaria</p> <p>7.2.1 La prevención secundaria del cáncer de la mama se debe efectuar mediante la autoexploración, el examen clínico y la mastografía. Una vez detectada la lesión a través de estos procedimientos, se procede al diagnóstico confirmatorio y al tratamiento adecuado de manera oportuna y con calidad de acuerdo con los criterios que marca la presente norma.</p> <p>7.2.2 La autoexploración se deberá recomendar en forma mensual a partir de la menarca; entre el 7o. y 10o. día de iniciado el sangrado en la mujer menestrante y en la posmenopáusica se debe realizar en un día fijo elegible por ella.</p> <p>7.2.3 Es función del prestador de servicios de salud enseñar la técnica de autoexploración a todas las mujeres que acudan a la unidad de salud. Además, debe organizar actividades extramuros para la difusión de la misma de acuerdo con los lineamientos de cada Institución.</p> <p>7.2.4 El examen clínico de las mamas debe ser realizado por médico o enfermera capacitados, en forma anual, a todas las mujeres mayores de 25 años que asisten a las unidades de salud, previa autorización de la usuaria.</p> <p>7.2.5 La toma de mastografía se debe realizar anualmente o cada dos años, a las mujeres de 40 a 49 años con dos o más factores de riesgo y en forma anual a toda mujer de 50 años o más, por indicación médica y con autorización de la interesada, de existir el recurso. En las unidades médicas de la Secretaría de Salud el servicio de mastografía no se debe negar a ninguna mujer por razones de tipo económico.</p> <p>7.2.6 A toda mujer que haya tenido un familiar (madre o hermana) con cáncer de mama antes de los 40 años; se le debe realizar un primer estudio de mastografía diez años antes de la edad en que se presentó el cáncer en el familiar y posteriormente de acuerdo a los hallazgos clínicos, el especialista determinará el seguimiento.</p>
Citología	<p>MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994. Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria, para quedar con la NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.</p> <p>6.3 Detección oportuna</p> <p>6.3.1 El estudio de citología cervical es el método de elección para la detección oportuna del cáncer del cuello del útero.</p> <p>6.3.2 La citología cervical se realizará cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, con resultado negativo a infección por Virus del Papiloma Humano, displasias o cáncer; las mujeres con problemas anteriores, serán objeto de un seguimiento en una clínica de displasias y, cuando sean dadas de alta, reiniciarán la periodicidad anual. Las mujeres con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos deberán continuar con exámenes anuales hasta que haya dos resultados consecutivos negativos. En las instituciones del Sector Público la citología deberá practicarse gratuitamente sin exclusión de ninguna mujer solicitante por razones económicas o de edad, pudiéndose brindar el servicio a quien lo solicite con mayor periodicidad.</p> <p>6.3.3 Para la toma satisfactoria de la citología cérvico vaginal es necesaria la observación directa del cuello uterino mediante el espejo vaginal, tomando una muestra suficiente de exocervix y endocervix previo consentimiento informado de la mujer, y que no esté menstruando, eliminándose otras barreras de los servicios y de las usuarias.</p> <p>7. Diagnóstico, tratamiento y control</p> <p>7.1 El perfil de riesgo en el cáncer cérvico-uterino es la mujer con edad de 25 a 64 años, con vida sexual activa o antecedente de haber tenido vida sexual, que no se ha realizado estudios previos de citología cervical y presenta cuadros repetitivos de infecciones transmitidas sexualmente.</p>

Diabetes

MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

9.5 Detección individualizada.

9.5.1 El médico debe, dentro de su práctica profesional, incluir como parte del examen general de salud la detección de diabetes, por el procedimiento anteriormente señalado, o bien, mediante la determinación de glucosa sérica o plasmática en ayuno.

9.5.2 Si se utiliza la determinación de glucosa sérica o plasmática en ayuno, se deben seguir los siguientes criterios:

9.5.2.1 Si la glucemia es <110 mg/dl y no hay presencia de factores de riesgo, se aplicará esta misma prueba a los tres años, o antes en aquellos casos que el médico determine.

9.5.2.2 Si la glucemia es ≥ 110 mg/dl, se procederá a la confirmación diagnóstica.

10. Diagnóstico

10.1 Se establece el diagnóstico de diabetes, si cumple cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l); glucemia plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dl (7 mmol/l); o bien glucemia ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) a las dos horas después de carga oral de 75 g de glucosa disuelta en agua. En ausencia de hiperglucemia inequívoca, con descompensación metabólica aguda, el diagnóstico debe confirmarse repitiendo la prueba otro día.

10.2 Se establece el diagnóstico de glucosa anormal en ayuno, cuando la glucosa plasmática o en suero es ≥ 110 mg/dl (6,1 mmol/l) y <126 mg/dl (6,9 mmol/l).

10.3 Se establece el diagnóstico de intolerancia a la glucosa, cuando la glucosa plasmática, a las dos horas poscarga, es ≥ 140 mg/dl (7,8 mmol/l) y <200 mg/dl (11,1 mmol/l).