

# Distribución de los Resultados Sanitarios en Niñez en América Latina, y la reducción en la brecha de equidad<sup>1</sup>

Daniel Maceira, Ph.D.<sup>2</sup>

2017

---

<sup>1</sup>Este trabajo se realizó con el aporte de la Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe. El autor agradece la colaboración de Sofía Laurito en la elaboración de este documento, y los comentarios de Luisa Brumana y Joaquín González-Aleman, ambos de la Oficina Regional de UNICEF. Los contenidos no necesariamente representan la opinión de UNICEF, y son de exclusiva responsabilidad del autor. Correspondencia a: [danielmaceira@cedes.org](mailto:danielmaceira@cedes.org)

<sup>2</sup> Ph.D. en Economía. Investigador Independiente del CONICET, Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), y Profesor de la Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Buenos Aires.

## 1- Introducción

De las conclusiones del trabajo anterior desarrollado junto a UNICEF<sup>3</sup>, se observan aspectos vacantes a ser abordados, y que se proponen como parte de una agenda de investigación-acción. La misma busca orientar la transformación programática de las acciones institucionales en políticas de salud, a partir de las experiencias identificadas en la región latinoamericana. De tales conclusiones se destacan los siguientes argumentos:

- En el período analizado 1995-2012 se identifican países cuya evolución de indicadores de desempeño sanitarios presentan mayor éxito relativo que otros con parámetros socioeconómicos similares dentro de la región. Bolivia, Belice, Brasil, Perú, Uruguay se destacan, cada uno en su grupo, revelando la necesidad de profundizar en el estudio de las estrategias implementadas.
- En la mayoría de estos casos, se observan intervenciones sanitarias con definición de garantías explícitas de derechos, establecidas a través de metas, trazadoras, indicadores específicos seleccionados. En algunos de ellos, este seguimiento se instrumentó mediante esquemas de seguros nacionales de salud, mientras que en otros la intervención priorizó grupos poblacionales específicos.
- Sin embargo, no puede necesariamente atribuirse los resultados sanitarios observados a estas reformas/programas: cambios en variables macroeconómicas (ej.: políticas de ingreso), planes sociales implementados independientemente (o no) de las reformas sanitarias, posiblemente expliquen al menos parte de este fenómeno.
- Lamentablemente, no existen mecanismos externos sistemáticos de evaluación que permitan identificar el impacto de las iniciativas sectoriales, “controlando” por estos vectores de intervención externos al sector salud, limitando la definición de recomendaciones de política.
- Más aún, es posible inferir que existen brechas entre la letra de la norma y su implementación, lo que aumenta el desafío de asociar resultados sanitarios observados con las pautas establecidas por las intervenciones de salud.
- Todos estos programas operan sobre modelos de financiamiento, gestión y prestación segmentados, desafiando la capacidad de regulación y aseguramiento uniforme. Ello afecta la equidad de los resultados observados, existiendo brechas entre grupos sociales, y especialmente entre niños de familias pertenecientes a distintos grupos de ingreso. Como plantea el trabajo, la acción “no es homogénea entre prestadores y grupos de pacientes, pudiendo establecerse la presencia de implementaciones inequitativas”. Por tanto, “el nivel de protección financiera, más allá de la cobertura efectiva, debe ser contrastado en la realidad. Presencia de copagos o abonos complementarios son moneda corriente en muchos países, por fuera de lo planteado en la reglamentación”.

---

<sup>3</sup> Maceira, D. (2015) [http://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2015/07/Doc\\_t123.pdf](http://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2015/07/Doc_t123.pdf)

Como corolario, “construir una agenda de trabajo a futuro requiere de la revalorización del debate sobre sistemas y servicios de salud dedicados a la niñez y la adolescencia, su vínculo con políticas sanitarias y determinantes sociales”.

Asimismo, los resultados sanitarios a nivel nacional no abre una lectura a nivel sub-nacional, tanto a nivel de provincias / departamentos / estados, como en términos de niveles de ingreso o pobreza. Avanzar en un análisis de esta índole facilita correlacionar la evolución de indicadores con una convergencia hacia realidades sanitarias más equitativas.

Si bien en una primera instancia no pueden identificarse relaciones causales entre reformas o intervenciones/programas y resultados sanitarios, resulta relevante considerar casos de países que mostraron ser exitosos en reducir su mortalidad infantil, y analizar si ello tuvo su correlato en la reducción de brechas de equidad en su interior.

Bajo este argumento, el objetivo del presente estudio es brindar una perspectiva de equidad en la evolución temporal de indicadores sanitarios, respondiendo a la siguiente pregunta: ¿los países que lograron ser exitosos en reducir sus indicadores de mortalidad infantil y desempeño sectorial, limitaron las brechas de equidad sanitaria entre grupos sociales? Y a partir de ello, ¿es posible identificar políticas específicas implementadas en esta dirección?

Como producto intermedio, se propone una metodología que permita extrapolar estos indicadores a escenarios sub-nacionales, tanto en términos geográficos como por niveles de ingreso, en función de la información administrativa existente y para un grupo de países seleccionados.

La sección siguiente presenta un mapeo de la situación sanitaria en América Latina y el Caribe, estableciendo algunos ejes de trabajo sobre los cuales se apoyará el análisis posterior. Ella es seguida por un breve repaso de la literatura, tanto en la medición de indicadores de equidad, como en la presentación de los antecedentes que dan lugar a la elaboración del presente documento.

A continuación, la sección cuarta identifica las preguntas de investigación que motivan el documento y la metodología utilizada para el análisis de datos. El mismo se detalla en la quinta sección, tanto a nivel nacional, para un grupo de once países latinoamericanos, como al interior de cada uno de ellos, abiertos por departamentos, estados o provincias.

La sección sexta propone la lectura de los resultados alcanzados a la luz de los esfuerzos de reforma sanitaria de la región, planteando sus alcances y limitaciones. Se procura en este caso identificar intervenciones que permitan un espacio de discusión de política pública a partir de las experiencias recogidas. Tales reflexiones llevan a una última sección de conclusiones y propuesta de agenda a futuro.

## **2- Motivación y Preguntas de Investigación**

Como fuera discutido en trabajos anteriores de esta serie (Maceira; 2014 y 2015), y planteado en documentos oficiales de organismos internacionales e investigadores del sector salud en las Américas, la falta de homogeneidad en los sistemas de cuidado sanitario de la región son evidentes.

A pesar que la segmentación entre subsectores -público, seguridad social, privado-constituyen un elemento característico de la región, las diferencias en capacidad financiera, inversión pública y sus consiguientes resultados son representativos de las desigualdades que caracterizan a la región. Esta segmentación es particularmente

evidente al observar las instituciones de seguridad social que brindan cobertura sanitaria asociada al mercado de empleo formal, de muy variada incidencia en la región.

A modo de ejemplo, el PBI per capita entre naciones extremas -Bahamas y Haití, reflejadas en la primera columna de la Tabla 1-, establecen una brecha cercana a 25:1 en sus valores medios. Este indicador se vuelve más alarmante cuando se recuerda que veinte años atrás alcanzaba la razón de 10:1. Estas brechas se traducen en una diferencia superior a 28:1 en términos del gasto total en salud per capita entre los dos países mencionados.

**Tabla 1**  
Indicadores Socioeconómicos y Sanitarios, circa 2012

Países	PBI per cápita USD PPP <sup>1</sup>	Gasto salud per cápita USD PPP <sup>2</sup>	Gasto total en salud (%PBI) <sup>3</sup>	Gasto público en salud (%GTS) <sup>4</sup>	Gasto de bolsillo en salud (%GTS) <sup>5</sup>	Tasa de mortalidad infantil <sup>6</sup>	Inmunización contra sarampión (%)
Bahamas	31.324	2.377	7,52	46,07	29,11	13,9	90
Barbados	25.043	1.307	6,29	65,59	34,41	16,9	93
Trinidad y Tobago	19.911	1.450	5,44	50,37	41,96	18,4	92
Chile	18.182	1.606	7,18	48,59	32,15	7,8	91
Argentina	17.917	1.551	8,49	69,2	20,11	12,7	93
Uruguay	15.865	1.427	8,90	66,62	16,53	6,2	95
Panamá	15.468	1.260	7,59	68,62	24,8	15,9	97
México	15.344	1.062	6,15	51,81	44,08	13,9	98
Venezuela	13.480	628	4,65	33,69	63,69	13,1	86
Costa Rica	12.594	1.311	10,13	74,62	23,09	8,6	83
Suriname	12.472	521	5,88	57,02	10,12	18,5	85
Brasil	11.876	1.109	9,31	46,42	30,95	12,9	97
Cuba <sup>9</sup>	11.060	405	8,59	94,15	5,85	4,3	99
Colombia	10.697	723	6,83	75,78	14,76	15,1	88
Perú	10.596	555	5,07	58,92	35,72	14,1	96
Ecuador	9.682	652	6,40	44,84	51,38	19,8	98
Rep. Dominicana	9.547	553	5,42	50,92	38,71	22,8	79
Jamaica	8.916	461	5,93	54,87	28,93	14,4	88
Belice	8.598	458	5,81	64,9	24,49	15,7	98
Guyana	7.755	223	6,56	66,06	31,34	29	98
El Salvador	7.316	475	6,71	62,8	32,39	13,6	89
Paraguay	6.053	633	10,32	42,03	53,33	18,8	93
Guatemala	5.153	346	6,74	35,63	53,33	26,5	87
Bolivia	5.041	305	5,77	71,75	23,23	32,8	84
Honduras	4.744	354	8,60	50,31	45,55	19,4	99
Nicaragua	4.352	335	8,23	54,28	39,14	20,6	99
Haiti	1.260	84	6,44	22,83	34,80	56,5	59
<b>América Latina</b>	<b>11.861</b>	<b>821</b>	<b>7,07</b>	<b>56,62</b>	<b>32,74</b>	<b>17,9</b>	<b>90,89</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información del FMI (1), WHO (2,3,4,5), World Development Indicators, World Bank (6,7,8), The Economist (9).

Como ya se presentó en algunos documentos previos, la participación pública y de seguridad social en el gasto en salud -cuarta columna de la misma tabla-, muestra hasta cierto punto que la decisión de desembolsos institucionales en el sector establece una tendencia positiva a la hora de mirar resultados sanitarios, tales como la mortalidad infantil (sexta columna) y tasa de inmunización contra el sarampión (séptima columna). Estos umbrales de gasto también se encuentran asociados con mayor capacidad regulatoria y de gobernabilidad sanitaria.

De este modo, los niveles de riqueza del país, su capacidad de desembolsos en salud y la participación pública de los mismos -o dicho de otro modo, la menor participación del gasto de bolsillo-, se correlacionan con el status de salud, a partir de un inter-juego en un esquema de cuatro cuadrantes (Maceira, 2014). Allí se observa que este vínculo riqueza-gasto en salud-resultados sectoriales no es determinístico. Esta falta de correspondencia perfecta requiere un estudio de la organización de los sistemas de salud, en términos de financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación de servicios y la interacción entre ellos. Diferencias en estas dimensiones de análisis (Maceira, 2001) afectan la efectividad de la inversión en salud, en la medida que condiciona el flujo de recursos para garantizar el acceso a cuidados. Estas dimensiones tienen su correlato en las acciones y programas específicos en niñez y adolescencia, los cuales muestran semejanzas y diferencias relevantes entre países latinoamericanos (Maceira, 2015).

Las reformas sanitarias han encontrado en América Latina un terreno fértil de implementación, con escasa documentación de resultados específicos. Asimismo, la aplicación de programas sociales (de ingreso, mediante transferencias condicionadas, nutricionales, de involucramiento comunitario, entre otros) ha logrado correr el umbral de necesidades a cubrir, en algunos casos actuando en iguales grupos sociales y en similar dirección. Instrumentos de reforma alternativos lograron reducciones particularmente exitosas en algunos países (Brasil, Perú, El Salvador, Uruguay), más allá de las diferencias en determinantes sociales: la tasa de mortalidad infantil en la región latinoamericana se redujo en promedio entre un 50% y un 60% entre 1993 y 2012 (según Banco Mundial, World Development Indicators), mostrando espacios de intervención todavía vacantes.

Particularmente, el presente trabajo propone concentrar la mirada en el impacto distributivo de los resultados sanitarios identificados en las últimas dos décadas. La pregunta relevante sería: ¿Es posible, con la información existente, poder encontrar un mecanismo que compare los resultados sanitarios a nivel sub-nacional en América Latina? ¿Puede identificarse una tendencia hacia mayor equidad sanitaria? ¿Se identifica alguna correlación entre tales tendencias en eficacia y equidad, y los ejes de las reformas implementadas?

La próxima sección brinda un marco bibliográfico para este debate, y a continuación se describe la estrategia metodológica implementada, la que se aplica en la sección posterior.

### **3- Antecedentes**

Barros et al (2013) brindan un índice para medir desigualdades en salud basadas en encuestas de hogares de países ingresos medios y bajos. Si bien existen varias dimensiones para analizar la equidad en la salud (género, riqueza, educación, etnicidad, etc.), el artículo se concentra en la posición socioeconómica, utilizando el índice de Filmer and Pritchett (1998). El mismo se basa en una lista de posesiones de los hogares (radio, televisión, heladera, etc.) y las características edilicias de los mismos (materiales de construcción, baño, electricidad, etc.), como modo de aproximar a la variable de riqueza, ausente en las encuestas. Estas variables, son ponderadas en un índice, permitiendo la partición de la muestra en quintiles basados en el puntaje obtenido. A pesar de sus posibles debilidades, es un instrumento idóneo para analizar posición socioeconómica mediante un conjunto complejo de variables.

Asimismo, el trabajo propone avanzar en la construcción de un indicador promedio simple o ponderado de servicios de salud utilizados -Composite Coverage Index (CCI), como proxy de acceso- cuya información se encuentre disponible en las encuestas de

hogares, tales como uso de anticonceptivos, presencia de partos asistidos profesionalmente, cobertura de vacuna contra el sarampión y terapia de rehidratación oral. Organizando a los grupos por quintil de posición económica y comparando con los resultados de aquel índice construido sobre indicadores de atención, el trabajo permite, tanto en términos absolutos o relativos, analizar los potenciales gradientes de uso de los sistemas de salud.

Por su parte, Victora et al. (2012) evalúa la cobertura de salud en países de ingresos bajos y medios para los que encontraron disponibles encuestas de hogares (35 países: 69% de África, 23% de Asia, y 9% de América Latina y Caribe), calculando cambios de la cobertura en la atención de los partos, vacunación anti-sarampión y mosquiteros tratados con insecticidas (ITN).

A partir de lo propuesto por Barros et al., construyen un CCI, donde se estratificó la información de cobertura de acuerdo a quintiles de riqueza basados en el índice de activos, para luego calcular índices relativos y absolutos de desigualdad. Los resultados muestran que a pesar de que muchos países utilizan campañas de promoción de las vacunas y el ITN, los patrones de desigualdad en las encuestas más recientes son diferentes para estas dos intervenciones.

La correlación entre las dos pendientes del indicador de desigualdad y el índice relativo de desigualdad, son débiles y no significativas, sugiriendo diferentes patrones de adopción por quintiles de riqueza, al contrario de lo hallado en el caso de partos asistidos, donde el nivel de correlación es significativo. De todos modos, se observa que la cobertura aumentó en casi todos los países y las desigualdades cayeron. Más aún, si bien los tres indicadores mostraron patrones asociados con riqueza en la primera encuesta, los países que hacen un rápido progreso se caracterizaron por generar fuertes ganancias en la cobertura en los grupos más pobres.

Timaues (2013) propone investigar -a partir de encuestas de hogares en Ghana, Egipto, Brasil y Tailandia- en qué medida las diferencias en mortalidad, morbilidad y antropometría infantil pueden estar relacionadas con las condiciones ambientales en las que viven los grupos socioeconómicos alternativos.

El autor encuentra que las diferencias socioeconómicas en la mortalidad infantil en el sector urbano de Ghana son modestas, y moderados en Tailandia, mientras que los diferenciales equivalentes son grandes en Egipto y más aún en Brasil. En los cuatro países estudiados, existe un vínculo entre el nivel global de la mortalidad infantil en la población urbana y el tamaño de las diferencias socioeconómicas en la mortalidad.

Los resultados confirman que la mortalidad de los niños residentes en zonas urbanas pobres es generalmente similar a aquellos que viven en zonas rurales. El autor concluye que en el mundo en desarrollo, la situación socioeconómica, el acceso a servicios de salud y las condiciones ambientales, afectan la salud y la mortalidad de los niños, y que están relacionados entre sí. Sin embargo, su importancia relativa y el tamaño de las diferencias intra-urbanas en la salud infantil, varían mucho entre países, lo cual refleja sus historias particulares de desarrollo económico y urbano.

Por su parte, Boerma et al (2008), siguiendo la misma dirección de los trabajos anteriores, y utilizando información de encuestas de hogares en cincuenta y cuatro países, desde 1990 a 2006, computa un índice de cobertura agregado.

El mismo se basa en cuatro áreas de intervención: planificación familiar, cuidado materno y del recién nacido, inmunizaciones y tratamiento de niños enfermos. Con igual ponderación cada uno, se los compara contra un nivel de cobertura ideal, lo que le permite tomar una medida de brecha de cuidado. En tanto que las encuestas de hogares utilizadas no cuentan con información de ingreso, el trabajo toma los criterios

mencionados de propiedad de activos y disponibilidad de servicios para computar índices de desigualdad socioeconómica y dividir la población en quintiles.

Los resultados muestran que la brecha media fue de 43%, con un promedio de 54% para los más pobres y 29% para los quintiles más ricos, y mayor en intervenciones de tratamiento que de planeamiento familiar y cuidado materno y del recién nacido. La mayoría de los perfiles de los países reflejan grandes diferencias intra-países entre el quintil más pobre de la población y el quintil más rico. Los autores concluyen que aún existen grandes diferencias en la brecha de cobertura entre los países, que van desde 20% a 30% en varios países de América Latina, el norte de África y el Oriente Medio, Asia Occidental, y las repúblicas de Asia Central, hasta el 30-50% en el sur de Asia y los países de África oriental y meridional. Finalmente, y con más del 50% de brecha se ubican los países de África central.

Siguiendo otro enfoque metodológico, Almeida-Filho et al (2003) conducen un análisis biométrico, con una técnica de clasificación de archivos sobre desigualdades en salud en América Latina y el Caribe. En base a ello, identifica varios enfoques de la inequidad, basados en pobreza (acceso a recursos económicos o bienes de consumo), estratificación socioeconómica (ingreso, educación u ocupación), condiciones de vida, y género u origen étnico. A partir de ello, profundiza en los diferentes conceptos metodológicos utilizados.

En tanto, Almeida (2002) discute cómo durante los últimos quince años los sistemas de salud latinoamericanos debieron revisar sus estructuras de funcionamiento, confirmando la difusión de una agenda común donde la superación de las desigualdades era aún una meta distante. Señala que aunque los promedios regionales y nacionales evidencien mejorías en algunos indicadores, el refinamiento de los índices por niveles socioeconómicos, regiones geográficas, género, etnia y edad muestra amplios sectores de la población seriamente perjudicados, con distintas oportunidades de acceso y utilización de los servicios de salud (OPS, 1999).

Sistemáticamente, según argumenta Adler et al (2003), los investigadores han explorado los mecanismos por los que el contexto socio-económico ejerce una influencia en la salud, existiendo múltiples vías para que ello suceda. Un análisis completo debe incluir argumentos macroeconómicos así como los entornos sociales más inmediatos, factores psicológicos, de comportamiento individual y predisposiciones biológicas.

Los autores presentan resultados de varios estudios, comparando contexto y mortalidad infantil, encontrando una relación de gradiente entre diferentes niveles que no es perfectamente lineal, con caídas más agudas de la mortalidad infantil en el extremo inferior de la jerarquía socioeconómica. Asimismo, la prevalencia de las enfermedades crónicas muestra un gradiente lineal aún más claro, con disminución en niveles superiores. Si bien el vínculo existe, la fuerza de la asociación no es uniforme. El gradiente ha sido menos profundo en los países más igualitarios, como los países escandinavos, aunque los últimos datos presentados por Mackenbach, et al. muestran patrones más complejos entre los países de Europa occidental.

A partir de ello, es posible considerar como objetivo de análisis en este trabajo, si el contexto socio-económico influye en el estado de salud (la causalidad social). La segunda es si este contexto también establece capacidades regulatorias, normativas y de disponibilidad y uso de información que favorezcan espacios de intervención más eficiente (la causalidad institucional).

A diferencia de los análisis previos, se propone concentrar el estudio en la observación de los resultados de salud, particularmente mortalidad infantil y fecundidad adolescente a través de once países y en dos períodos de tiempo. Ello limita la posibilidad de utilizar

encuestas de hogares, requiriendo el uso de información administrativa a nivel sub-nacional.

#### 4- Metodología

La metodología propuesta permite asociar porcentajes de población en condición de pobreza con resultados sanitarios por unidad administrativa (departamentos, provincias, estados sub-nacionales), construyendo posteriormente indicadores ponderados por población que faciliten la lectura por quintil.

Para cada país, y en función de la información disponible, se identificaron dos momentos en el tiempo durante las últimas dos décadas (período 1995-2000 y período 2007-2012), aplicándose uniformemente los criterios planteados a continuación.

La selección de países se realizó en base al documento previo (Maceira, 2015), donde se identificaron cuatro grupos de naciones latinoamericanas:

- de ingresos relativamente altos (Argentina, Chile, Costa Rica, México, Uruguay),
- de ingresos promedio (Brasil, Colombia, Ecuador, Perú, República Dominicana),
- de ingresos bajos (Bolivia, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua), y
- naciones pertenecientes al Caribe Inglés.

Se escogió para cada caso aquellas naciones con resultados por sobre la media de cada grupo en términos de mortalidad infantil -Uruguay, México, Brasil, Perú, El Salvador, Bolivia, Nicaragua, Belice-, incluyéndose otras naciones de desempeño promedio - Argentina, Colombia, República Dominicana-, para los cuales se contaba con información disponible.

Para cada país se recogió información sobre tres vectores de variables:

- resultados sanitarios (tasa de mortalidad infantil y de fecundidad adolescente),
- desempeño del sistema de salud (porcentaje de cobertura en la vacuna anti-sarampionosa), y
- perfil sanitario asociado con la prevalencia de enfermedades transmisibles (incidencia de diarrea e infección respiratoria aguda).

Estos indicadores se correlacionaron con variables vinculadas con determinantes sociales de la salud, tales como:

- porcentaje de la población con necesidades básicas insatisfechas o bajo la línea de pobreza,
- analfabetismo,
- nivel de urbanidad/ruralidad, y
- participación de la población indígena.

En tanto que uno de los objetivos del estudio es asociar resultados sanitarios con ingreso (o pobreza, indicador de mayor disponibilidad sub-nacional) y otras variables exógenas al sistema de salud, la posibilidad de usar encuestas de hogares se vio dificultada, ya que estos indicadores de desempeño no se encuentran recogidos por tales instrumentos de modo homogéneo entre países. Por ello se optó por considerar las diferencias de pobreza y resultados entre departamentos/provincias/estados en cada nación, y utilizar sus indicadores como medidas aproximadas para la comparación intra-país<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> A nivel de jurisdicción (departamentos en Belice, Bolivia, Colombia, El Salvador, Nicaragua, Perú, República Dominicana, y Uruguay), estados en el caso de Brasil y México, y provincias en Argentina.

Las fuentes de información para cada caso son múltiples, en tanto no existen en los países analizados bases de datos consistentes y comparables para todos los indicadores seleccionados. La sección bibliográfica al final del trabajo ilustra los espacios consultados.

De la recolección de información es posible establecer la magnitud de la brecha en resultados entre jurisdicciones, así como la evolución de los mismos entre períodos. El análisis propuesto se instrumenta de diferentes modos, a lo largo de la quinta sección del estudio:

- Se presenta para cada país las tendencias que asocian los niveles de pobreza con las tasas de mortalidad infantil a nivel departamental para ambos períodos. De la comparación entre ellas pueden identificarse separadamente los movimientos en uno y otro indicador, diferenciando por status de desarrollo de la jurisdicción.
- Posteriormente, se grafican para cada país, la evolución de los indicadores sanitarios escogidos (tasa de mortalidad infantil y de embarazo adolescente) a la luz de los indicadores de riqueza iniciales de cada unidad sub-nacional. Ello se grafica en figuras de cuatro cuadrantes, definidas por la media del indicador de pobreza del momento inicial, y de la variación promedio entre jurisdicciones del mismo departamento. Este ejercicio permite establecer la presencia de convergencia a la equidad en los resultados de salud en el tiempo entre jurisdicciones.
- A continuación, se procedió a agrupar a los departamentos en quintiles, según sus niveles de pobreza<sup>5</sup>. Esta aproximación permite hasta cierto punto “aislar” el factor de escala poblacional existente entre diferentes jurisdicciones de un mismo país, concentrando la atención en la estructura comparada de resultados.
- Complementariamente, se aplica un indicador que resume la variación temporal entre resultados sanitarios y determinantes sociales, por país y por jurisdicción, detallando diferencias específicas entre unidades sub-nacionales en su convergencia hacia la equidad. Cada indicador representa la tasa entre la evolución ( $\Delta$ ) de dos variables, una del sistema sanitario (IS, en el numerador), con respecto a los indicadores que reflejan determinantes sociales de la salud (DSS, en el denominador). Este indicador se replica para una serie de determinantes sociales, perfil sanitario y resultados de salud<sup>6</sup>. El indicador toma valor igual a la unidad si la variación en numerador y denominador es idéntica. En

---

<sup>5</sup> En ocasiones, este segundo criterio requirió de agrupar departamentos diferentes dentro de un mismo quintil de pobreza, en tanto que en otros debió distribuir artificialmente la población de una misma jurisdicción entre quintiles diferentes. Este mecanismo asimismo involucra un supuesto simplificador acerca de la homogeneidad de las características socio-sanitarias al interior de cada unidad administrativa.

<sup>6</sup> Esta tasa toma la forma:  $\frac{(\Delta IS_i - 100)}{(\Delta DSS_j - 100)} \frac{T_2 - T_1}{T_2 - T_1} > 1$

donde  $i$  es TMI, FA, Cobertura Anti-sarampionosa, Incidencia de Diarrea e Infección Respiratoria Aguda, y  $j$  es incidencia de pobreza, tasa de analfabetismo, ruralidad, población originaria, densidad poblacional. Tanto en el numerador como en el denominador se decidió sustraer un valor arbitrario igual a 100. El motivo de la aplicación de este criterio es que en algunos casos, las variaciones entre indicadores sanitarios y socio-económicos tienen signo opuesto, lo que altera la interpretación de los resultados. El ajuste propuesto facilita colocar a todas las opciones posibles dentro de un mismo rango, facilitando su lectura.

ese caso, la reducción (aumento) de la pobreza a nivel país/jurisdicción sub-nacional se encuentra correlacionada con una reducción de la TMI (a modo de ejemplo). Un indicador menor a uno muestra que la evolución del sector salud ha sido menos que proporcional a la pobreza -la variable sanitaria es más inelástica en el tiempo, y lo contrario ocurre con un indicador mayor a la unidad, el cual constituye el resultado esperado en este estudio.

- En la medida que los indicadores socio-demográficos se encuentran altamente correlacionados (mayor pobreza normalmente se vincula con más analfabetismo, mayor ruralidad y mayor participación de población originaria en la jurisdicción), no es posible llevar a cabo un análisis de causalidad multivariado con los indicadores sanitarios escogidos. En algunos casos, la reducida cantidad de unidades sub-nacionales (tales los casos de Bolivia y Belice), impiden de todos modos operar en esta dirección. Por ello se propone analizar para cada país los índices de correlación simple entre resultados y determinantes sociales, con el fin de identificar los vínculos entre estas variables de contexto en el primer período, con las variaciones de los indicadores sanitarios. El fin en este caso, es hallar las potenciales intensidades de respuesta del sistema ante variaciones exógenas. Dentro de este objetivo, se propone la elaboración de un indicador compuesto, que sea la suma no-ponderada de los indicadores de correlación por cada variable de contexto seleccionada.
- A partir de esta definición de quintiles de pobreza planteada previamente, se obtiene un segundo indicador de equidad. El mismo es la variación de la mortalidad infantil entre quintiles de pobreza, generando una variable a nivel nacional, que es comparada posteriormente entre países.

### 5- Resultados

La presente sección muestra los resultados alcanzados del análisis de información sobre evolución de indicadores sociales y sanitarios para el período 1995-2012. Fuentes de datos nacionales e internacionales permitieron generar cuadros y figuras generalmente comparables, con excepciones, a lo largo del espacio temporal seleccionado, y para once naciones de la región.

En esta instancia, las preguntas a ser respondidas son: ¿es posible identificar menor pobreza y menor mortalidad infantil en la región, a través de la observación de los casos de países seleccionados? ¿Esta evolución muestra un sendero pro-equidad entre jurisdicciones más y menos pobres? ¿En tal caso, el sendero identificado permite mostrar niveles progresivos de convergencia (departamentos más pobres cuentan con variaciones relativamente más significativas en la reducción de la mortalidad)?

#### 5.1- Reducción de Brechas: Tendencias Temporales

En primer lugar, se analizan las tendencias para cada nación, y al interior de cada una -entre departamentos/estados/provincias-, para dos variables clave: tasa de mortalidad infantil y pobreza<sup>7</sup>. El siguiente bloque de gráficas, compendiadas en la Figura 1,

---

<sup>7</sup> Mientras que para la primera de ellas existen mecanismos estandarizados de medición, que facilitan la comparación internacional, en el segundo caso (pobreza) se identificaron medidas alternativas, tales como: porcentaje de la población con necesidades básicas insatisfechas (Argentina, Bolivia, Colombia, Perú y

muestra la relación entre el porcentaje de la población en situación de pobreza (eje horizontal) y la tasa de mortalidad infantil (eje vertical).

Para todos los casos nacionales, la línea roja corresponde a la tendencia de datos sub-nacionales en el período 2007-2012, en tanto que la azul refleja la misma información para el período inicial 1995-2000. Una lectura desde la perspectiva de equidad esperaría que la línea más antigua se encuentre arriba y a la derecha de la más reciente. Ello reflejaría que, en promedio, el país ha logrado avanzar en un sendero que reduce la pobreza (movimiento horizontal hacia la izquierda) y con menor mortalidad infantil promedio (movimiento vertical hacia abajo).

Las gráficas muestran, para ambos años y para todos los países una pendiente positiva, que establece alineamiento entre niveles de mayor exposición económica y alta mortalidad al año de vida. Asimismo, y salvo excepciones, la reducción en la mortalidad infantil se verifica como un denominador común regional.

Por otra parte, la proporcionalidad de estos cambios y la pendiente de las curvas brindan información adicional. Si el corrimiento hacia abajo es más pronunciado que aquel observado hacia el origen, es posible inferir la presencia de un avance relativo del perfil sanitario con respecto a las políticas de inclusión económica (la mejora en indicadores sanitarios fue más que proporcional que la reducción de la pobreza), y a la inversa.

Adicionalmente, si las pendientes de las curvas son similares (las diferencias entre años para distintos niveles de pobreza son relativamente homogéneas), puede considerarse que no existieron impactos específicos de políticas sistemáticas hacia un sector social u otro entre períodos. Si las diferencias verticales entre curvas se amplía hacia la derecha brinda información sobre políticas más proclives a la equidad: la reducción de la mortalidad infantil se hizo más evidente en los grupos más pobres. Por el contrario, si el espacio entre curvas es más pronunciado cerca del origen sugiere que las ganancias en mortalidad al año fueron capitalizadas por los departamentos/estados/provincias más ricos relativamente.

Complementariamente, el grado de convexidad o concavidad de las pendientes y su potencial cambio en el tiempo constituyen señales adicionales para el análisis. Una curva convexa con respecto al eje horizontal habla de mayor progresividad (la tasa de mortalidad infantil en unidades más pobres son proporcionalmente menores), en tanto que pendientes cóncavas explican que en departamentos rezagados los resultados sanitarios son proporcionalmente menores que en los más ricos. Dado este argumento, cambios en pendientes entre los dos períodos analizados establecen movimientos hacia mayor o menor equidad.

A modo de ejemplo, tomamos el caso de Brasil, un país con cambios drásticos en sus niveles de pobreza y mortalidad infantil en los últimos cuatro lustros. Del análisis de las dos líneas de tendencia, se evidencia que ambas tienen una pendiente positiva: estados más pobres tienen mayor tasa de mortalidad infantil, lo que refiere a una situación básica desigual, e inequitativa hacia los grupos con menores ingresos. Sin embargo, la curva de tendencia más reciente se ubica por debajo de la anterior estableciendo que en general la mortalidad infantil disminuyó entre 1995 y 2012. Asimismo, la misma curva está desplazada a la izquierda de la original, indicando que los niveles de pobreza promedio disminuyeron.

Por su parte, la diferencia horizontal entre ambas curvas es más marcada en el extremo derecho, lo que se interpreta como un movimiento claro a la equidad, ya que la disminución de mortalidad infantil es mayor en las áreas más pobres.

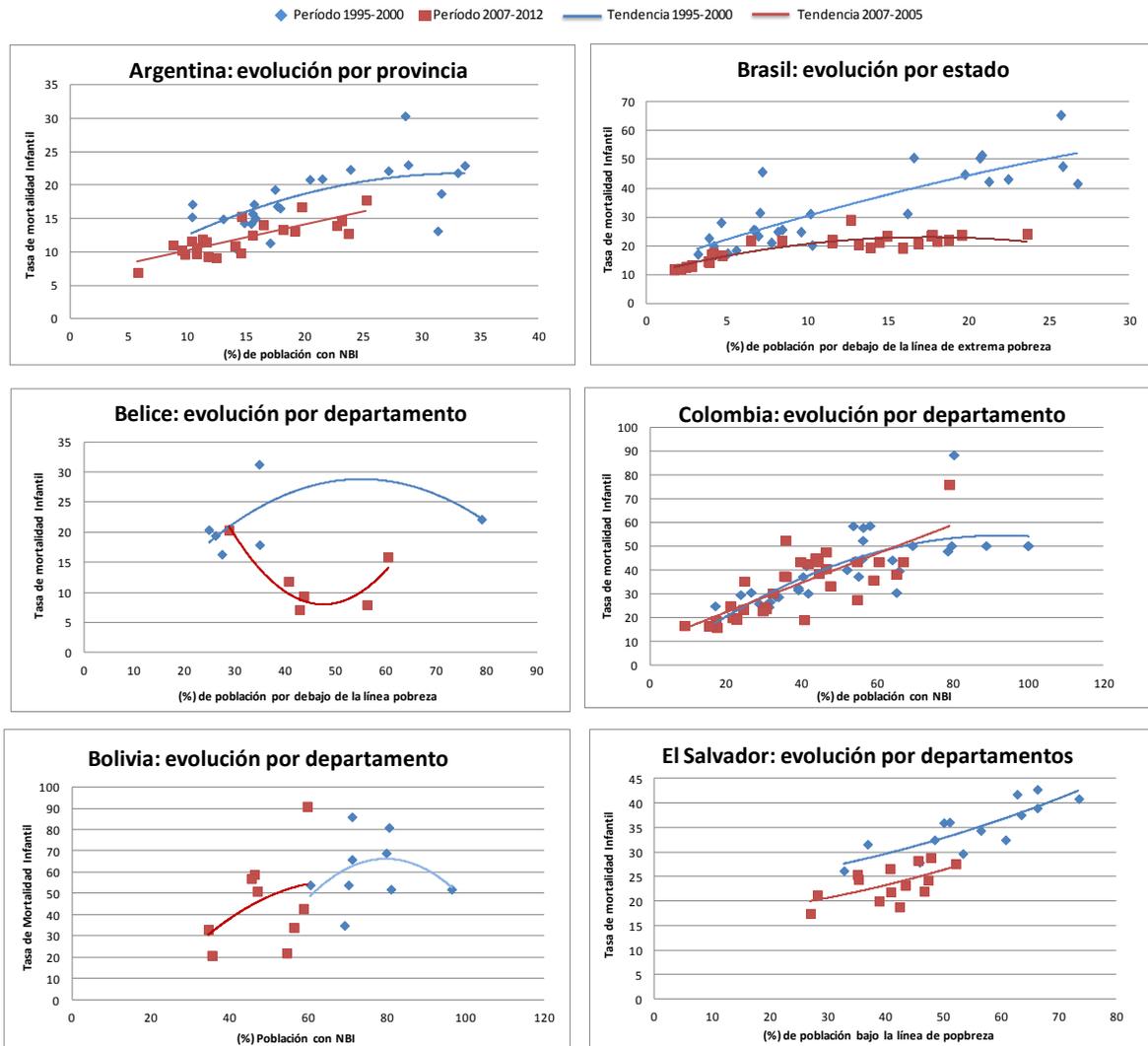
La curva más reciente es más horizontal que la anterior y ligeramente más cóncava. La primera característica plantea que la mortalidad infantil reacciona limitadamente ante cambios en el nivel de pobreza (la tasa de mortalidad infantil se ha vuelto más inelástica a la pobreza). La interpretación de política es que, a pesar de existir niveles de ingreso muy disímiles, el cambio de mortalidad infantil entre estados es similar, lo cual, considerando que en el período inicial la pendiente es mayor, permite convalidar el movimiento hacia la equidad.

Sin embargo, al interior del mismo período el formato de la curva (más cóncava en el segundo período) evidencia que esta convergencia se vuelve menos significativa: un cambio del 1% en la pobreza en el área con más necesidades insatisfechas (a la derecha de la figura) se correlaciona con cambios menores al 1% en mortalidad infantil, e incluso menores en estados con menos necesidades insatisfechas.

Del análisis general de las gráficas por país, pueden establecerse algunas tendencias generales, como también casos específicos que requieren de mayor análisis. En términos amplios, la región refleja caídas en la mortalidad infantil en promedio, con casos particularmente remarcables como México -donde se verifica un cambio significativo de régimen - y Belice, y en menor medida El Salvador. Dentro de las naciones analizadas, sólo Colombia ofrece un escenario desafiante, con resultados mixtos entre departamentos.

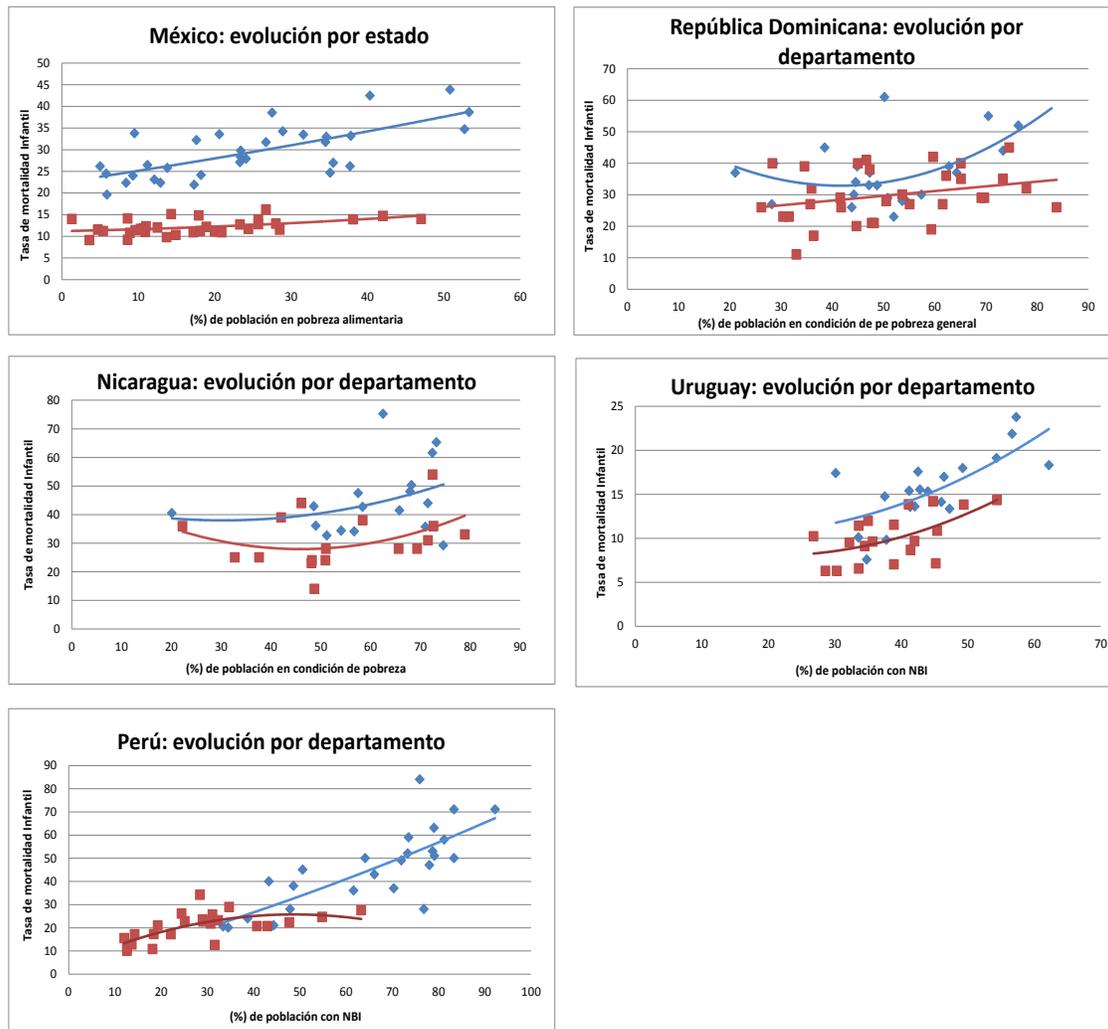
Estas tendencias a la baja de la mortalidad infantil se ven acompañadas, en algunas naciones, con movimientos significativos hacia la equidad sanitaria, como Brasil y Perú. En estos casos, las disminuciones en este indicador sanitario son mayores en los estados y departamentos más rezagados en términos de riqueza. Detrás de ellos, medidos en su condición de convergencia a la equidad, se ubican México, Nicaragua, Belice, Argentina, y Uruguay. En algunos de estos casos, la correlación con la caída de la pobreza es observable, principalmente en Brasil, y en menor proporción en Perú y Argentina. En esta dirección, Belice constituye una particularidad, mostrando una evolución poco satisfactoria de los niveles de pobreza, aunque con resultados sanitarios alentadores.

**Figura 1**  
Tendencias en Mortalidad Infantil y Pobreza (1995-2012)



Referencias en Figura 1 (cont.).

**Figura 1 (cont.)**  
**Tendencias en Mortalidad Infantil y Pobreza (1995-2012)**



Fuentes: - Belice: Epidemiology Unit Ministry Of Health TMI: 2006 y 2010. Statistical Institute of Belice (SIB) Pobreza: 2002 y 2009  
 -Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) TMI: 2000 y 2007, pobreza: 1993 y 2011  
 -Bolivia: Instituto Nacional de Estadística de Bolivia (INE). TMI: 1998 y 2008, pobreza: 1992 y 2011  
 -Brasil: Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE) TMI: 1998 Y 2008. Ministerio do desenvolvimento social e combate a fome, pobreza: 2000 y 2010.  
 -Uruguay: Ministerio de Salud de Uruguay, TMI: 1998 Y 2008. Instituto Nacional de Estadística (INE), pobreza: 1996 y 2011.  
 -México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), TMI: 2000 y 2013. CONEVAL, pobreza: 2000 y 2005  
 -Argentina: Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), TMI: 2000 y2010. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), pobreza: 2001 y 2010  
 -Colombia: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), TMI: 1995/2000 Y 2005/2010. Pobreza: 1993 y 2005  
 -Nicaragua: Encuesta Demografía y Salud (DHS), TMI: 1998 y 2006/2007. Banco Mundial, pobreza: 1995 y 2005  
 -El Salvador: CEPAL, TMI: 1995/2000 Y 2005/2010. Consejo Centroamericano de procuradores de DDHH, pobreza: 1995 y 2005  
 -Rep. Dominicana: Encuesta de Demografía y Salud (DHS) TMI: 2002 y 2007. Oficina Nacional de Estadística (ONE), pobreza: 2002 y 2010.

Considerando magnitud del cambio hacia la equidad, Uruguay y Nicaragua observan para el último período analizado, proporcionalmente mayor respuesta en departamentos pobres que en los ricos, lo que se expresa a través de la elasticidad de la mortalidad infantil con respecto al indicador de pobreza.

Los casos de Bolivia y Belice se separan de la mirada del grupo. En el primer caso, se verifica un retroceso de la pobreza, a la vez que la mortalidad infantil -aunque con mejoras en el tiempo- exhibe retrasos en algunos de sus departamentos. Por su parte, Belice constituye el único país donde la data recogida establece un aumento de la pobreza<sup>8</sup> en algunas unidades sub-nacionales, a la par que se mejoran los indicadores de salud.

De todos modos, las gráficas también establecen un patrón uniforme entre naciones: los niveles de riqueza siguen siendo indicadores consistentemente relevantes a la hora de evaluar indicadores sanitarios. Las enseñanzas surgidas de este material, sin embargo, impide avanzar en un análisis de equidad específico por departamento, para lo cual es necesario comparar la variación de los indicadores sanitarios contra los niveles de pobreza existentes en el período inicial.

### 5.2- Análisis de Indicadores entre Jurisdicciones Sub-Nacionales

En base a lo planteado en la sección previa, las gráficas agrupadas bajo la Figura 2 proponen comparar la variación en la tasa de mortalidad infantil entre extremos temporales (1995-2012), y la incidencia de la pobreza en el período inicial bajo estudio (1995-2000). La desagregación a nivel departamental facilita responder la pregunta básica de este trabajo a nivel de detalle sub-nacional, que inquiriere sobre la posibilidad de identificar movimientos hacia la equidad en los resultados sanitarios en los países de América Latina y el Caribe.

En la medida que los cambios identificados a nivel país en términos de progreso sanitario tuvieran una repercusión significativa en los indicadores de equidad, debería observarse que las mayores tasas de mejora (mayor disminución de la mortalidad y fecundidad adolescente) se hallarán en aquellos departamentos con mayores niveles iniciales de pobreza.

Las gráficas muestran para cada país un esquema de cuatro cuadrantes, definido por la variación para cada departamento/estado/provincia de la tasa de mortalidad (eje vertical) y en el nivel de pobreza original (eje horizontal). Una tendencia negativa en esta gráfica indica que la combinación de factores económicos y de política logró favorecer a las jurisdicciones más rezagadas. Ello identifica en el cuadrante sudeste a los departamentos que alcanzaron caídas más altas por encima de la media en mortalidad, a pesar de su alta tasa de pobreza en el lustro 1995-2000. Por el contrario, una pendiente positiva en la tendencia de comportamiento sub-nacional evidenciaría el movimiento opuesto, con mejor desempeño de los espacios geográficos de mayor concentración económica, llevando a ampliar la brecha de resultados, en dirección opuesta a la equidad.

---

<sup>8</sup> Probablemente atribuible a la escasa población del país, que exhibe indicadores especialmente sensibles a “outliers”. Esta observación requiere de un análisis en mayor profundidad, en tanto pueden esconder diferenciales relevantes al interior de cada departamento -regla que puede aplicarse en cualquiera de los casos sub-nacionales-, con la particularidad que Belice está constituido por un limitado número de departamentos.

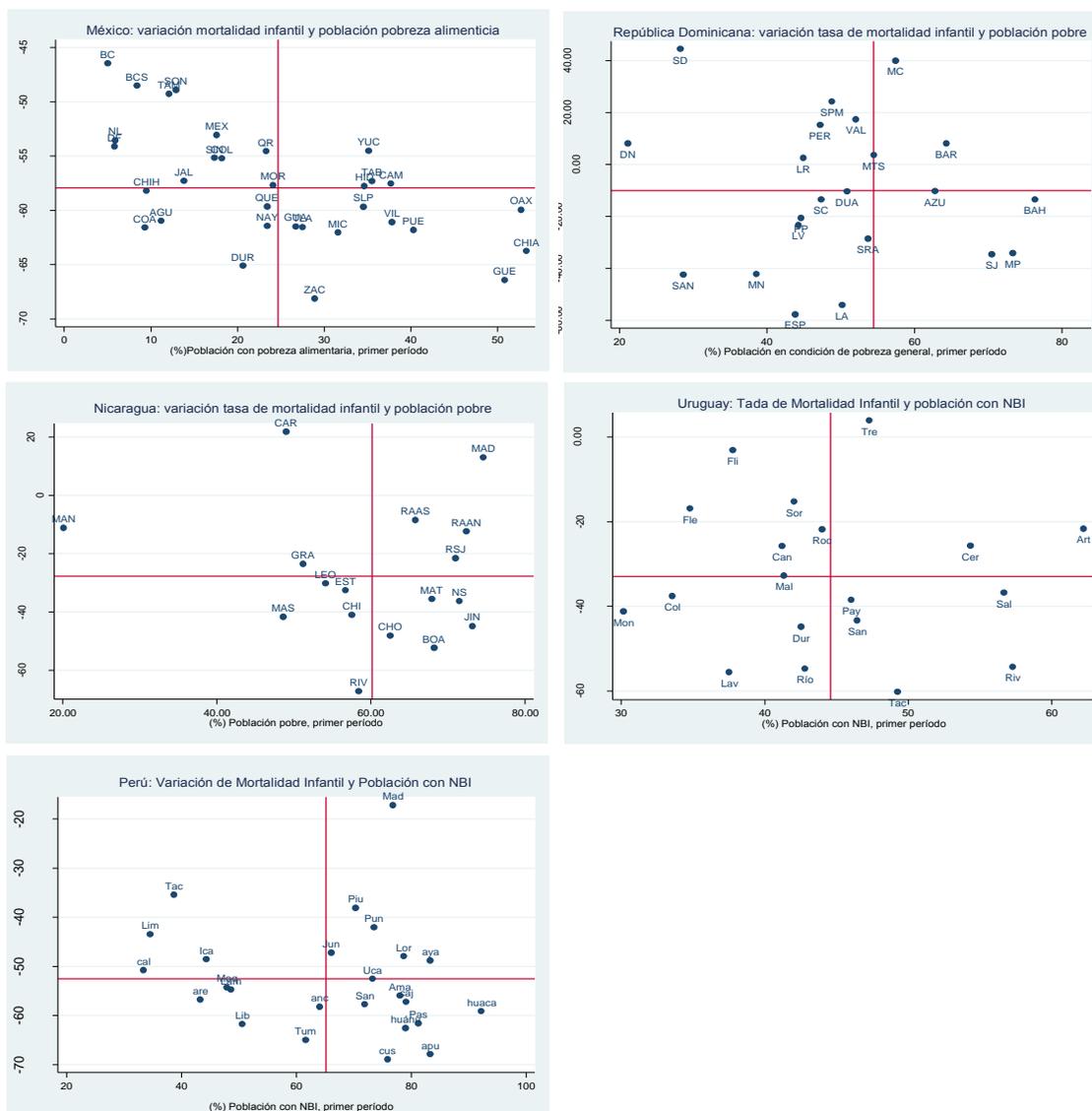


Por el contrario, en Colombia, El Salvador y Nicaragua se identifican pendientes positivas, que favorecen una lectura de rezago en los territorios sub-nacionales más pobres relativamente, aunque con excepciones positivas, tales como Putumayo y Caquetá en Colombia, y Jinotega y Chontales en Nicaragua. Este último país exhibe una marcada dispersión de resultados sanitarios en su interior, lo que hace contrastar los resultados de las tendencias halladas en la sección previa y los resultados que surgen de tomar como base los niveles originarios de pobreza.

Complementariamente, a mayor heterogeneidad en niveles de pobreza inicial entre jurisdicciones sub-nacionales, menor es la representatividad de la tendencia nacional, volviéndose poco concluyente. Alternativamente, países relativamente homogéneos en la distribución de riqueza entre sus departamentos podrían llevar a no contar con tendencias relevantes en términos de sesgos hacia o contra la equidad. Las gráficas de República Dominicana y Uruguay podrían estar comprendidas en alguna de estas opciones, en tanto no evidencian conductas identificables.

**Figura 2 (cont.)**

**Pobreza y Reducción de la Mortalidad Infantil, por País y Departamento**



Fuentes: - Belice: Epidemiology Unit Ministry Of Health TMI: 2006 y 2010. Statistical Institute of Belice (SIB) Pobreza: 2002 y 2009

-Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) TMI: 2000 y 2007, pobreza: 1993 y 2011

-Bolivia: Instituto Nacional de Estadística de Bolivia (INE). TMI: 1998 y 2008, pobreza: 1992 y 2011

-Brasil: Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE) TMI: 1998 Y 2008. Ministerio do desenvolvimento social e combate a fome, pobreza: 2000 y 2010.

-Uruguay: Ministerio de Salud de Uruguay, TMI: 1998 Y 2008. Instituto Nacional de Estadística (INE), pobreza: 1996 y 2011.

-México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), TMI: 2000 y 2013. CONEVAL, pobreza: 2000 y 2005

-Argentina: Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), TMI: 2000 y2010. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), pobreza: 2001 y 2010

-Colombia: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), TMI: 1995/2000 Y 2005/2010. Pobreza: 1993 y 2005

-Nicaragua: Encuesta Demografía y Salud (DHS), TMI: 1998 y 2006/2007. Banco Mundial, pobreza: 1995 y 2005

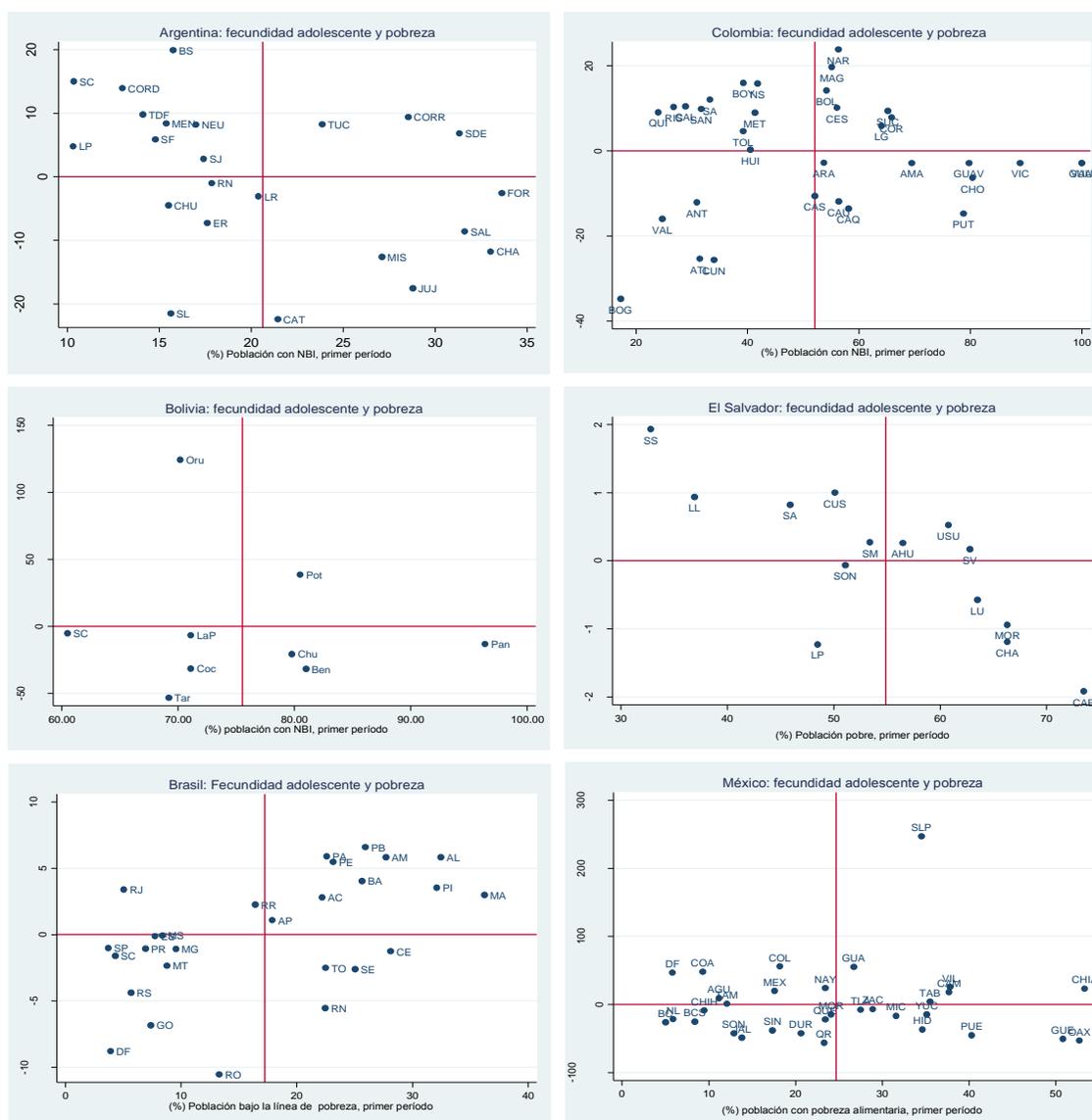
-El Salvador: CEPAL, TMI: 1995/2000 Y 2005/2010. Consejo Centroamericano de procuradores de DDHH, pobreza: 1995 y 2005

-Rep. Dominicana: Encuesta de Demografía y Salud (DHS) TMI: 2002 y 2007. Oficina Nacional de Estadística (ONE), pobreza: 2002 y 2010

Similar desarrollo para el caso de fecundidad adolescente se propone en las gráficas asociadas a la Figura 3. En este particular, dado que las definiciones y fuentes de información difieren entre países, se propone re-escalar los resultados de variación de la fecundidad adolescente, presentando los resultados sub-nacionales como variaciones en torno a la media nacional. La lectura de cada gráfica, de este modo, refleja en el eje vertical los desvíos porcentuales de la variación de la fecundidad adolescente de cada departamento/provincia/estado en comparación con el promedio de las variaciones de dicha variable del país. La población en condiciones de pobreza (necesidades básicas insatisfechas, línea de pobreza, pobreza alimentaria, según el caso), se refleja en el eje horizontal.

**Figura 3**

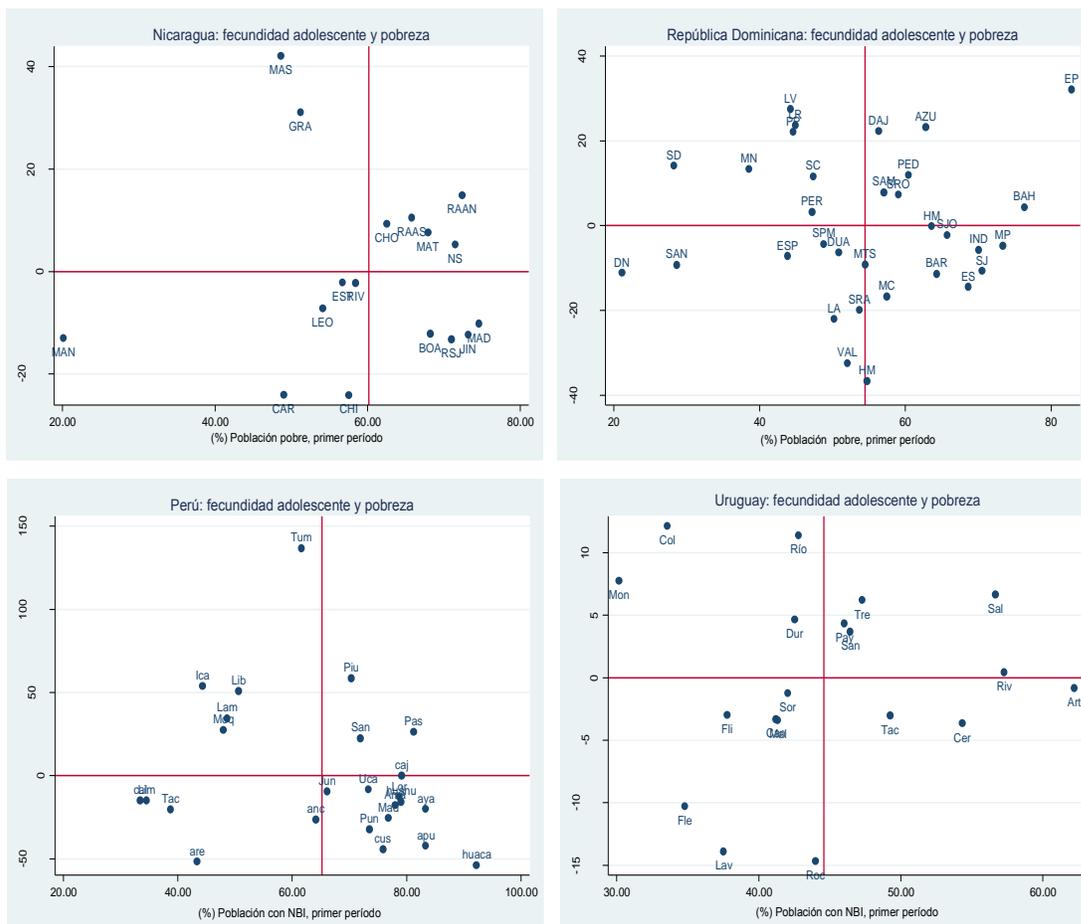
**Pobreza y Reducción de Fertilidad Adolescente, por País y Departamento**



Referencias en Figura 3 (cont.)

**Figura 3 (cont.)**

**Pobreza y Reducción de Fertilidad Adolescente, por País y Departamento**



**Fuentes:**

- Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) pobreza: 1993 y 2011 y Encuesta Demográfica y Salud Familiar (DHS). FA: 2000 y 2012
- Bolivia: Instituto Nacional de Estadística de Bolivia (INE), pobreza: 1992 y 2011. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. FA: 1998 y 2008
- Brasil: Ministerio do desenvolvimento social e combate a fome, pobreza: 2000 y 2010. Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE) FA: 2000 y 2010
- Uruguay: Instituto Nacional de Estadística (INE), pobreza y FA: 1996 y 2011.
- México: CONEVAL, pobreza: 2000 y 2005. Encuesta Nacional de Salud FA: 2000 y 2012
- Argentina: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), pobreza: 2001 y 2010. Ministerio de Salud de la Nación FA: 2001 y 2007
- Colombia: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) Pobreza: 1993 y 2005. FA: 1995/2000-2005/2010
- Nicaragua: Banco Mundial, pobreza: 1995 y 2005. Encuesta Demográfica y Salud (DHS). FA 1998 y 2006/2007
- El Salvador: Consejo Centroamericano de procuradores de DDHH, pobreza: 1995 y 2005. Ministerio de Economía, DIGESTYC, UNFPA y CELADE. FA: 1995/2000-2005/2010
- Rep. Dominicana: Oficina Nacional de Estadística (ONE), pobreza: 2002 y 2010. Encuesta de Demografía y Salud (DHS) FA: 2002 y 2007.

Los resultados alcanzados muestran mayor heterogeneidad, no sólo entre países, sino al interior de los mismos, que los hallados en el estudio de la tasa de mortalidad infantil. Asimismo, no se observa una convergencia tan pronunciada hacia la equidad en resultados como la identificada en el análisis de las tasas de mortalidad infantil. En cinco casos (Argentina, Bolivia, El Salvador, México y Perú) se refleja una tendencia

entre cuadrantes que infiere mayores cambios en departamentos/estados/provincias rezagadas. Paralelamente, en otras cuatro naciones (Brasil, Colombia, Nicaragua y Uruguay) la pendiente sugiere una conducta inversa. Nuevamente, República Dominicana no evidencia un desenvolvimiento definido.

Perú destaca con el 52% de sus departamentos en el cuadrante de mayor reducción de fecundidad adolescente, seguido por Bolivia con 33%. En el extremo opuesto se ubican Brasil y Uruguay, con menos del 20% cada uno.

### 5.3- Análisis de Brechas en Quintiles de Pobreza

El análisis precedente posibilita analizar resultados a nivel sub-nacional, identificando la presencia de diferencias en desempeño sanitario a distintos niveles de pobreza. Sin embargo, refleja dos limitaciones.

La primera de ellas, ya mencionada, es que no logra identificar la heterogeneidad existente al interior de cada jurisdicción, prevaleciendo la mirada del promedio. Si bien es un avance en relación al estudio de parámetros nacionales, aún impide localizar bolsones de pobreza en el territorio. Ello sólo es posible mediante el estudio de bases de datos sustentado en encuestas de hogares, no disponibles homogéneamente en todos los países, lo cual debe ser complementado con investigación cualitativa específica.

La segunda limitación es que cada espacio sub-nacional cuenta con cantidad de habitantes muy disímiles en escala. Una alternativa es construir quintiles de pobreza que neutralicen tales diferencias. Para ello, se propuso condensar los estados/provincias/departamentos en grupos homogéneos de población, consolidando en algunos casos jurisdicciones poco pobladas al tiempo que se debió dividir proporcionalmente otros a fin de ajustar los quintiles armónicamente. Los resultados gráficos de este ejercicio se resumen en la Figura 4.

Al igual que en la primera Figura, las tendencias entre períodos nos brindan información acerca de la evolución de la pobreza y la mortalidad infantil. En la medida que la Figura 4 se nutre de la información sub-nacional ya estudiada, se evidencia la consistencia entre aquellas gráficas y éstas. Adicionalmente, la mirada de quintiles facilita observar la dispersión de resultados. En algunos países, como Uruguay, la cercanía entre los datos de los distintos quintiles es mayor, mientras que en otros casos (ej. Brasil) se encuentran más dispersos.

De comparar en ambos ejes los cambios por quintil se vuelve más evidente la evolución entre indicadores en los dos puntos seleccionados en el tiempo, e incluso la presencia de rezagos. Trazando líneas verticales por grupo de pobreza, se observa que en Brasil o Perú, los cambios de la mortalidad infantil en el primer quintil son particularmente observables, en comparación con otros países, como Colombia por ejemplo. Las diferencias a nivel horizontal permiten inferir igual razonamiento en términos de pobreza, como en los casos de Bolivia o Perú, posibilitando identificar variaciones relativas entre grupos sociales con diferentes niveles económicos.

Esta aproximación gráfica de diferencias en pobreza y mortalidad infantil permite avanzar en la construcción de un indicador que resuma el debate sobre equidad en salud. En la medida en que la diferencial de mortalidad infantil sea mayor que la evolución de la pobreza, puede inferirse una evolución hacia mayor equidad sanitaria, más allá de la reducción de las brechas de ingreso. Más aún, estas brechas pueden ser observadas tanto a nivel nacional como sub-nacional.

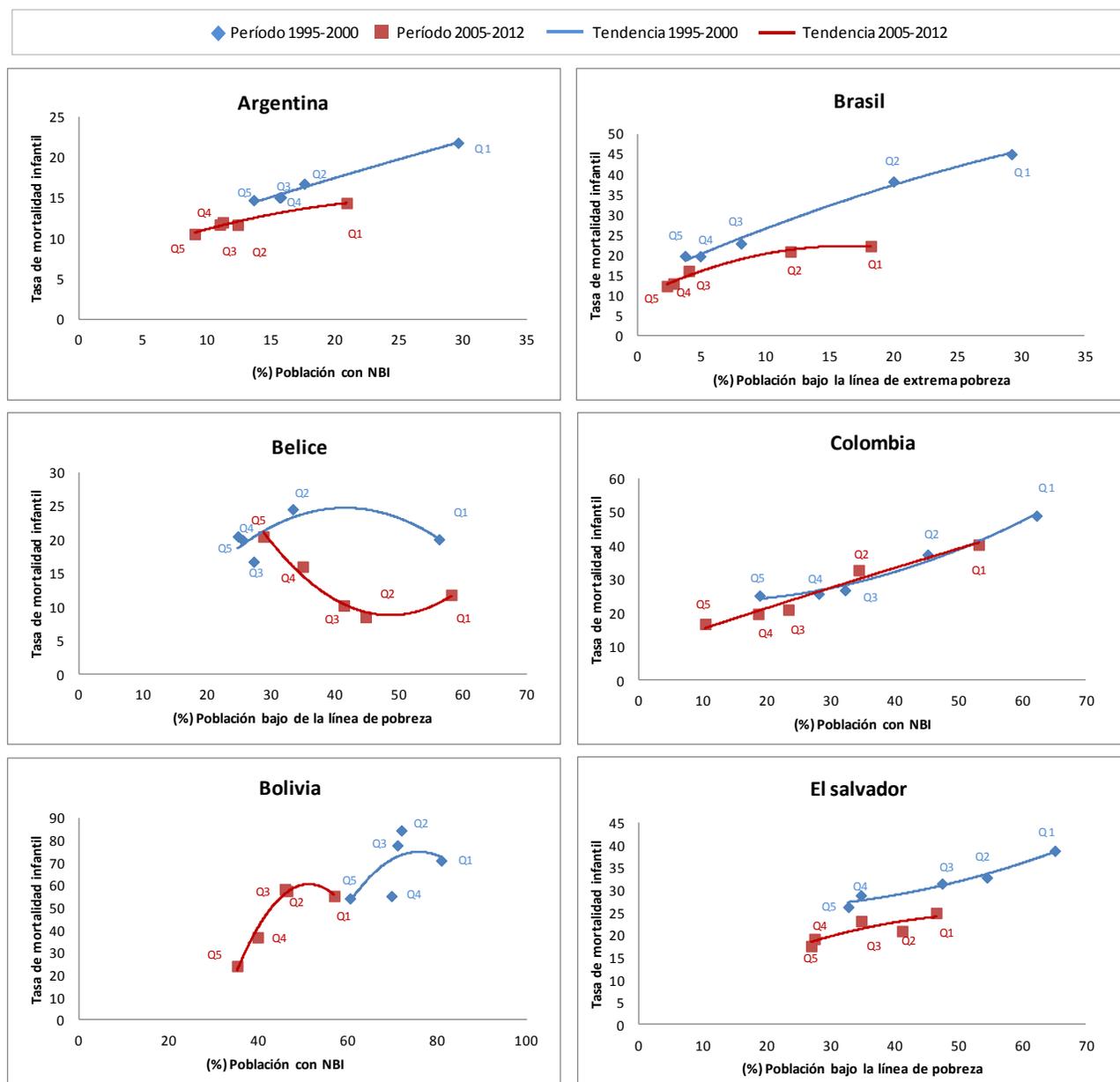
Este argumento deviene en la construcción de un índice que refleja la tasa en la evolución de dos de los indicadores utilizados. Como fuera adelantado en la sección

metodológica, tal índice se implementa con la diferencial de mortalidad infantil entre 1995 y 2012, dividido por la diferencial de pobreza entre los mismos períodos, corrigiendo numerador y denominador con el sustracto de un valor arbitrario (100) para facilitar la incorporación de aquellas jurisdicciones donde se hallaron aumentos muy altos en pobreza o mortalidad.

Un indicador igual a la unidad sugiere que la evolución entre mortalidad y pobreza fue simétrica, en tanto que en el caso que el índice supere ese valor muestra que la caída de la mortalidad fue mayor, imponiendo un efecto adicional sobre la salud.

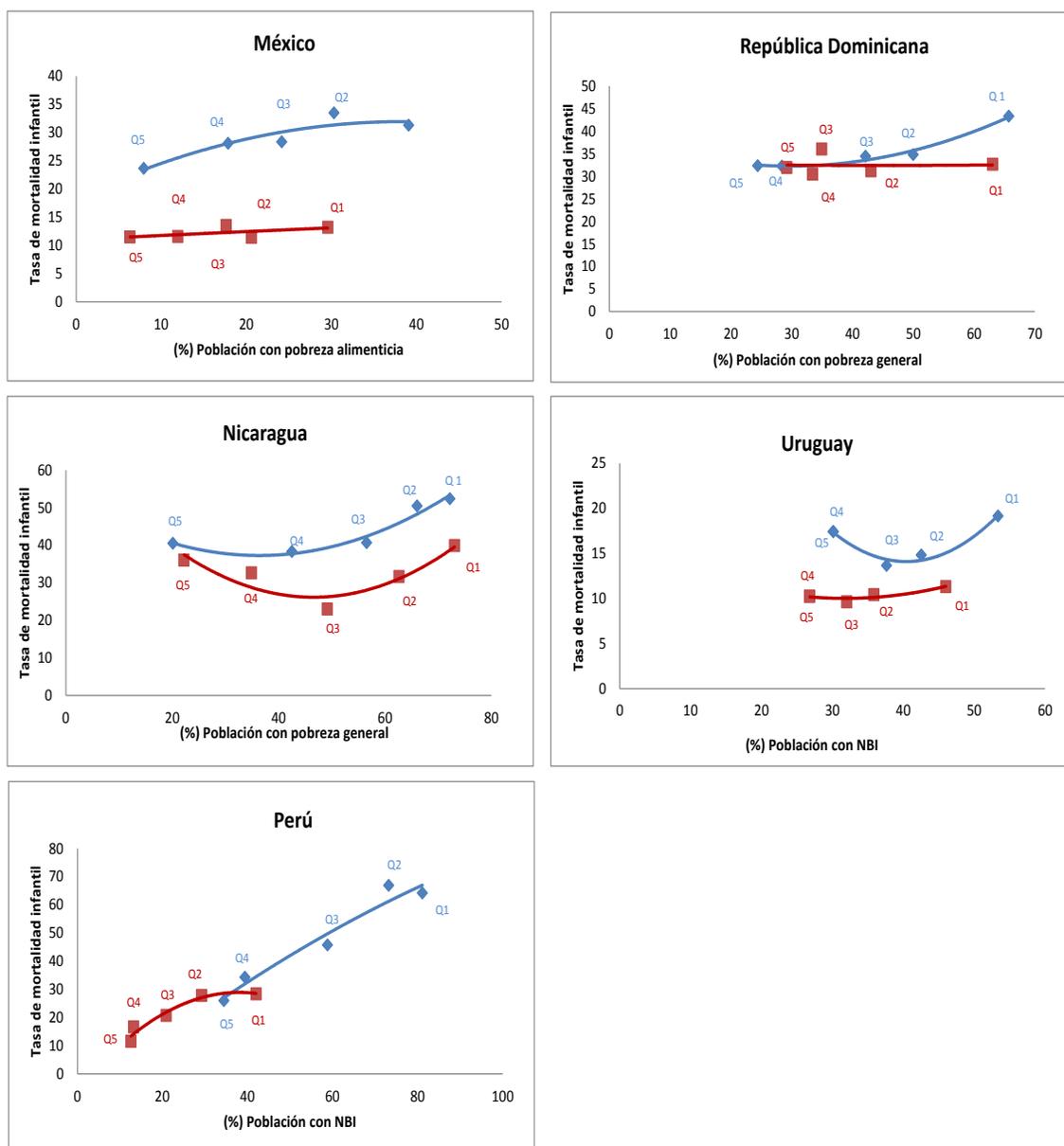
**Figura 4**

**Evolución por quintiles de pobreza**



Referencias en Figura 4 (cont.)

**Figura 4 (cont.)**



Fuentes: - Belice: Epidemiology Unit Ministry Of Health TMI: 2006 y 2010. Statistical Institute of Belice (SIB) Pobreza: 2002 y 2009

-Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) TMI: 2000 y 2007, pobreza: 1993 y 2011

-Bolivia: Instituto Nacional de Estadística de Bolivia (INE). TMI: 1998 y 2008, pobreza: 1992 y 2011

-Brasil: Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE) TMI: 1998 Y 2008. Ministerio do desenvolvimento social e combate a fome, pobreza: 2000 y 2010.

-Uruguay: Ministerio de Salud de Uruguay, TMI: 1998 Y 2008. Instituto Nacional de Estadística (INE), pobreza: 1996 y 2011.

-México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), TMI: 2000 y 2013. CONEVAL, pobreza: 2000 y 2005

-Argentina: Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), TMI: 2000 y 2010. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), pobreza: 2001 y 2010

-Colombia: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), TMI: 1995/2000 Y 2005/2010. Pobreza: 1993 y 2005

-Nicaragua: Encuesta Demografía y Salud (DHS), TMI: 1998 y 2006/2007. Banco Mundial, pobreza: 1995 y 2005

-El Salvador: CEPAL, TMI: 1995/2000 Y 2005/2010. Consejo Centroamericano de procuradores de DDHH, pobreza: 1995 y 2005

-Rep. Dominicana: Encuesta de Demografía y Salud (DHS) TMI: 2002 y 2007. Oficina Nacional de Estadística (ONE), pobreza: 2002 y 2010

#### 5.4-Indicadores de Convergencia en Equidad Sanitaria

Como producto del cálculo de los índices de variación en mortalidad infantil y pobreza, y extendiendo el análisis a otros indicadores, se elaboró una serie de Tablas por país, disponibles en el Anexo II de este trabajo. Las mismas, incorporan en su primera columna el porcentaje de la población bajo la línea de pobreza (o con necesidades básicas insatisfechas, o con pobreza alimentaria) en el primer período, seguido por las tasas de variación de este indicador para el período 1995-2012, por departamento/provincia/ estado.

Las Tablas reportan a continuación los cálculos de variación para dos indicadores de salud (tasa de mortalidad infantil y tasa de embarazo adolescente), para un indicador de resultados del sistema de salud (cobertura de vacuna anti-sarampionosa) y para dos variables de necesidades de atención (incidencia de diarrea y de infección respiratoria aguda). La segunda mitad de la tabla propone la relación entre pobreza (en el denominador) y cada uno de los indicadores de salud mencionados (en el numerador).

Tomando como ejemplo el caso de Perú, en 17 de los 25 departamentos la razón de variaciones es menor a uno, en tanto en 7 de ellos la evolución de la mortalidad infantil fue más exitosa que la de la pobreza. En el departamento de Lambayeque, los cambios en uno y otro indicador fueron en la misma proporción. Para el promedio simple del país, Perú se encuentra marginalmente bajo la par, con 0,98, indicando que tanto los niveles de pobreza como de resultados sanitarios fue casi idéntica.

Observando los promedios nacionales, el caso de México muestra el índice de mayor equidad relativa (1,29) seguido de Uruguay (1,18), mientras que Colombia y Bolivia (con 0,96 y 0,92, respectivamente) son las naciones con tasas menores. Sin embargo, la mirada sub-nacional provee una lectura más detallada, con amplios diferenciales al interior de cada país.

La Tabla 2 resume los cuadros Anexos, reportando el valor medio, mínimo y máximo por país.

**Tabla 2**  
**Variaciones en Pobreza y Resultados del Sector Salud (1995-2012).**  
**Valores promedio, mínimo y máximo por país**

Resumen anexo II		Variaciones							Razón entre variaciones( $\Delta$ variable-100/ $\Delta$ pobreza-100)				
		Pobreza	Pobreza	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa de Fecundidad Adolescente	Vacuna Anti-Sarampionosa	Incidencia Diarrea	Incidencia Infección Resp. Aguda	TMI	FA	VACU S	DIARR	IRA
<i>Argentina</i>	<b>Promedio</b>	<b>20,63</b>	<b>-28,19</b>	<b>-31,39</b>	<b>-0,93</b>	<b>0,48</b>	<b>n.a</b>	<b>4,53</b>	<b>1,03</b>	<b>0,79</b>	<b>0,78</b>	<b>n.a</b>	<b>0,75</b>
	Mínimo	10,33	-44,61	-54,25	-23,38	-29,20	n.a	-63,51	0,74	0,63	0,53	n.a	-0,06
	Máximo	33,63	2,74	6,06	19,00	31,43	n.a	106,33	1,35	0,94	1,33	n.a	1,43
<i>Belice</i>	<b>Promedio</b>	<b>37,83</b>	<b>34,05</b>	<b>-40,76</b>	<b>n.a</b>	<b>1,95</b>	<b>n.a</b>	<b>18,02</b>	<b>-0,22</b>	<b>n.a</b>	<b>-0,14</b>	<b>n.a</b>	<b>1,14</b>
	Mínimo	24,80	-23,54	-69,80	n.a	-12,56	n.a	-41,31	-10,37	n.a	-7,24	n.a	0,15
	Máximo	79,00	115,33	-0,16	n.a	24,71	n.a	102,34	2,46	n.a	1,96	n.a	1,90
<i>Bolivia</i>	<b>Promedio</b>	<b>75,53</b>	<b>-35,80</b>	<b>-25,01</b>	<b>44,65</b>	<b>77,27</b>	<b>9,05</b>	<b>-24,18</b>	<b>0,92</b>	<b>0,40</b>	<b>0,17</b>	<b>0,67</b>	<b>0,92</b>
	Mínimo	60,50	-50,00	-68,12	-8,65	22,66	-26,33	-47,96	0,70	-0,52	-0,39	0,46	0,71
	Máximo	96,40	-25,84	12,35	168,97	150,95	41,50	0,67	1,28	0,72	0,58	0,97	1,12
<i>Brasil</i>	<b>Promedio</b>	<b>17,23</b>	<b>-39,64</b>	<b>-36,63</b>	<b>-27,90</b>	<b>25,30</b>	<b>-57,02</b>	<b>n.a</b>	<b>0,98</b>	<b>0,92</b>	<b>0,54</b>	<b>1,13</b>	<b>n.a</b>
	Mínimo	3,71	-60,45	-67,04	-38,45	-100,00	-81,48	n.a	0,67	0,81	-0,27	0,77	n.a
	Máximo	36,23	2,66	13,82	-21,31	139,06	-4,29	n.a	1,23	1,29	1,37	1,80	n.a
<i>Colombia</i>	<b>Promedio</b>	<b>52,12</b>	<b>-26,35</b>	<b>-19,24</b>	<b>-20,33</b>	<b>39,78</b>	<b>-16,34</b>	<b>-59,56</b>	<b>0,96</b>	<b>0,96</b>	<b>0,48</b>	<b>0,94</b>	<b>1,30</b>
	Mínimo	17,28	-54,28	-43,62	-55,10	-30,06	-51,58	-81,27	0,76	0,79	-1,14	0,70	1,10
	Máximo	100,00	22,60	-4,05	3,48	239,91	16,13	-41,64	1,72	1,40	1,13	1,25	1,56
<i>El Salvador</i>	<b>Promedio</b>	<b>54,89</b>	<b>-24,42</b>	<b>-32,50</b>	<b>-17,57</b>	<b>n.a</b>	<b>-28,28</b>	<b>-13,89</b>	<b>1,07</b>	<b>1,07</b>	<b>0,95</b>	<b>1,03</b>	<b>0,92</b>
	Mínimo	32,80	-44,72	-33,21	-19,49	n.a	-67,61	-38,83	0,92	0,92	0,82	0,80	0,64
	Máximo	73,50	-5,39	-31,79	-15,64	n.a	3,23	18,15	1,26	1,26	1,11	1,32	1,20
<i>México</i>	<b>Promedio</b>	<b>24,65</b>	<b>-27,00</b>	<b>-57,93</b>	<b>31,00</b>	<b>30,42</b>	<b>-9,22</b>	<b>19,64</b>	<b>1,29</b>	<b>0,56</b>	<b>0,57</b>	<b>0,90</b>	<b>0,65</b>
	Mínimo	5,00	-74,00	-68,12	-25,34	2,29	-64,88	-41,37	0,84	-1,42	0,35	-0,12	0,10
	Máximo	53,30	33,04	-46,46	277,83	61,15	121,28	87,01	2,40	1,37	1,21	1,99	1,91
<i>Nicaragua</i>	<b>Promedio</b>	<b>60,16</b>	<b>-10,51</b>	<b>-27,77</b>	<b>-3,90</b>	<b>2,19</b>	<b>28,54</b>	<b>20,78</b>	<b>1,16</b>	<b>0,96</b>	<b>0,90</b>	<b>0,68</b>	<b>0,74</b>
	Mínimo	20,10	-32,80	-67,21	-28,03	-6,98	-10,58	-23,97	0,74	0,47	0,61	0,01	0,17
	Máximo	74,60	10,45	21,88	38,14	18,78	98,36	77,30	1,44	1,31	1,14	1,19	1,31
<i>Perú</i>	<b>Promedio</b>	<b>65,18</b>	<b>-56,84</b>	<b>-52,55</b>	<b>6,47</b>	<b>0,32</b>	<b>-0,21</b>	<b>-13,33</b>	<b>0,98</b>	<b>0,60</b>	<b>0,64</b>	<b>0,65</b>	<b>0,73</b>
	Mínimo	33,40	-71,82	-68,93	-47,39	-22,09	-45,81	-51,33	0,74	-0,29	0,44	0,35	-0,20
	Máximo	92,20	-19,61	-17,14	143,24	28,90	43,30	134,43	1,24	0,92	0,91	1,11	0,94
<i>Rep. Dominicana</i>	<b>Promedio</b>	<b>54,43</b>	<b>-5,69</b>	<b>-10,07</b>	<b>-12,46</b>	<b>-10,99</b>	<b>11,28</b>	<b>-60,10</b>	<b>1,04</b>	<b>1,09</b>	<b>1,08</b>	<b>0,86</b>	<b>1,55</b>
	Mínimo	21,10	-33,57	-57,69	-49,15	-69,43	-40,82	-90,00	0,62	0,65	0,72	-0,55	1,07
	Máximo	82,80	34,19	44,44	19,69	7,12	151,76	-8,87	1,59	1,88	1,82	1,58	2,32
<i>Uruguay</i>	<b>Promedio</b>	<b>44,58</b>	<b>-13,42</b>	<b>-32,96</b>	<b>-34,35</b>	<b>n.a</b>	<b>n.a</b>	<b>n.a</b>	<b>1,18</b>	<b>1,19</b>	<b>n.a</b>	<b>n.a</b>	<b>n.a</b>
	Mínimo	30,14	-23,13	-60,20	-49,05	n.a	n.a	n.a	0,85	1,06	n.a	n.a	n.a
	Máximo	62,2	-1,25	3,89	-22,22	n.a	n.a	n.a	1,48	1,34	n.a	n.a	n.a

Fuentes: Especificadas por país en las Tablas del Anexo II.

**Tabla 3**  
**Variaciones en Pobreza y Determinantes Sociales de la Salud (1995-2012).**  
**Valores promedio, mínimo y máximo por país**

Resumen anexo III		Variaciones						Razón: variaciones y pobreza (1995-2000) [ $\Delta$ variable-100/pobreza(1995-200)-100]					
		Pobreza	Población Total	Densidad Poblacional	Tasa de Analfabetismo	% Población rural	% Población indígena	TMI	Población	Densidad	Analfab.	Pob. Rural	Pob. Indígena
	<b>Promedio</b>	<b>-28,19</b>	<b>13,01</b>	<b>13,04</b>	<b>-29,34</b>	<b>-16,18</b>	<b>-18,12</b>	<b>1,67</b>	<b>1,11</b>	<b>1,11</b>	<b>1,65</b>	<b>1,48</b>	<b>1,50</b>
<i>Argentina</i>	Mínimo	-44,61	6,46	6,39	-37,61	-59,55	-47,57	1,23	0,68	0,68	1,15	1,10	0,92
	Máximo	2,74	39,10	38,65	0,91	1,47	17,62	2,03	1,39	1,39	1,98	1,86	2,07
	<b>Promedio</b>	<b>34,05</b>	<b>28,37</b>	<b>28,37</b>	<b>111,12</b>	<b>5,31</b>	<b>n.a</b>	<b>2,73</b>	<b>1,43</b>	<b>1,43</b>	<b>-1,09</b>	<b>1,90</b>	<b>n.a</b>
<i>Belice</i>	Mínimo	-23,54	14,01	14,01	13,16	-11,51	n.a	1,33	0,86	0,86	-7,94	0,96	n.a
	Máximo	115,33	37,77	37,77	266,67	27,60	n.a	6,11	3,45	3,45	1,15	4,70	n.a
	<b>Promedio</b>	<b>-35,80</b>	<b>67,02</b>	<b>66,83</b>	<b>-75,56</b>	<b>-10,47</b>	<b>15,10</b>	<b>8,00</b>	<b>-0,96</b>	<b>-0,91</b>	<b>11,89</b>	<b>7,51</b>	<b>2,87</b>
<i>Bolivia</i>	Mínimo	-50,00	26,97	26,90	-89,01	-19,96	-22,42	3,43	-25,02	-24,54	4,49	2,72	-2,74
	Máximo	-25,84	190,07	188,33	-71,67	-2,91	130,31	32,59	3,72	3,71	52,50	33,32	6,06
	<b>Promedio</b>	<b>-39,64</b>	<b>14,17</b>	<b>14,17</b>	<b>-23,69</b>	<b>-16,57</b>	<b>0,77</b>	<b>1,69</b>	<b>1,05</b>	<b>1,05</b>	<b>1,52</b>	<b>1,42</b>	<b>-0,93</b>
<i>Brasil</i>	Mínimo	-60,45	3,68	3,68	-55,03	-78,05	-64,03	1,05	0,79	0,79	0,91	1,14	-11,66
	Máximo	2,66	34,09	34,09	21,30	27,51	72,13	2,47	1,87	1,37	2,11	1,86	2,91
	<b>Promedio</b>	<b>-26,35</b>	<b>20,83</b>	<b>20,83</b>	<b>-6,25</b>	<b>-17,61</b>	<b>n.a</b>	<b>2,88</b>	<b>1,87</b>	<b>1,87</b>	<b>2,61</b>	<b>2,91</b>	<b>n.a</b>
<i>Colombia</i>	Mínimo	-54,28	2,75	2,75	-38,41	-70,58	n.a	1,52	0,76	0,76	1,03	1,09	n.a
	Máximo	22,60	72,62	72,62	22,39	32,32	n.a	10,24	4,72	4,72	9,70	11,76	n.a
	<b>Promedio</b>	<b>-24,42</b>	<b>24,75</b>	<b>24,75</b>	<b>-42,30</b>	<b>-19,72</b>	<b>n.a</b>	<b>3,13</b>	<b>1,84</b>	<b>1,84</b>	<b>3,35</b>	<b>2,74</b>	<b>n.a</b>
<i>El Salvador</i>	Mínimo	-44,72	8,46	8,46	-49,49	-65,43	n.a	1,98	0,79	0,79	2,12	2,14	n.a
	Máximo	-5,39	50,45	50,45	-32,96	1,01	n.a	5,00	3,45	3,45	5,37	3,91	n.a
	<b>Promedio</b>	<b>-27,00</b>	<b>18,67</b>	<b>19,09</b>	<b>-18,27</b>	<b>-6,16</b>	<b>18,42</b>	<b>2,19</b>	<b>1,13</b>	<b>1,12</b>	<b>1,64</b>	<b>1,47</b>	<b>1,15</b>
<i>México</i>	Mínimo	-74,00	2,86	2,87	-31,31	-32,57	-33,70	1,54	0,54	0,53	0,91	-0,53	-0,31
	Máximo	33,04	51,50	51,69	14,71	150,00	127,72	3,51	1,89	1,89	2,57	2,26	1,94
	<b>Promedio</b>	<b>-10,51</b>	<b>19,87</b>	<b>19,32</b>	<b>-31,42</b>	<b>-6,21</b>	<b>n.a</b>	<b>3,50</b>	<b>2,13</b>	<b>2,15</b>	<b>3,60</b>	<b>2,89</b>	<b>n.a</b>
<i>Nicaragua</i>	Mínimo	-32,80	5,61	6,73	-38,79	-19,94	n.a	1,39	1,06	1,06	1,57	1,41	n.a
	Máximo	10,45	63,00	58,33	-21,88	7,10	n.a	5,41	3,03	3,03	5,43	4,21	n.a
	<b>Promedio</b>	<b>-56,84</b>	<b>33,93</b>	<b>38,47</b>	<b>-49,11</b>	<b>-22,33</b>	<b>-22,33</b>	<b>5,80</b>	<b>2,57</b>	<b>2,44</b>	<b>5,69</b>	<b>4,60</b>	<b>5,50</b>
<i>Perú</i>	Mínimo	-71,82	16,88	3,38	-60,70	-60,77	-91,10	2,19	0,79	0,60	2,16	1,81	2,83
	Máximo	-19,61	80,85	82,41	-32,79	-6,68	30,48	20,40	9,81	9,95	20,04	13,68	11,44
	<b>Promedio</b>	<b>-5,69</b>	<b>8,41</b>	<b>8,41</b>	<b>-12,71</b>	<b>-31,62</b>	<b>n.a</b>	<b>2,44</b>	<b>2,26</b>	<b>2,26</b>	<b>2,73</b>	<b>3,28</b>	<b>n.a</b>
<i>Rep. Dominicana</i>	Mínimo	-33,57	-2,37	-2,37	-36,67	-57,63	n.a	0,77	0,92	0,92	1,50	1,10	n.a
	Máximo	34,19	53,54	53,54	8,00	12,91	n.a	5,03	5,76	5,76	5,87	7,22	n.a
	<b>Promedio</b>	<b>-13,42</b>	<b>2,87</b>	<b>4,16</b>	<b>n.a</b>	<b>-33,76</b>	<b>n.a</b>	<b>2,46</b>	<b>1,80</b>	<b>1,77</b>	<b>n.a</b>	<b>2,46</b>	<b>n.a</b>
<i>Uruguay</i>	Mínimo	-23,13	-3,80	-3,72	n.a	-100,00	n.a	1,66	1,33	1,21	n.a	1,83	n.a
	Máximo	-1,25	21,93	28,86	n.a	-16,48	n.a	3,61	2,72	2,70	n.a	3,21	n.a

Fuentes: Especificadas por país en las Tablas del Anexo III.

El análisis precedente se aplica al total de los indicadores sanitarios escogidos, mostrando resultados significativamente desiguales. En el promedio nacional de variaciones correspondientes a vacuna anti-sarampionosa e incidencia de diarrea los valores son extremadamente bajos y cercanos a cero, lo que reflejaría que la caída en los niveles de pobreza ha sido superior a las variaciones en los resultados sanitarios. Llamativamente, el indicador que involucra a la tasa de embarazo adolescente es negativo, reflejando que la caída promedio de la pobreza no se acompañó con una disminución de esta trazadora tradicional de salud adolescente.

En términos generales a nivel nacional la Figura 5 introduce una comparación de los dos indicadores sanitarios clave implicados en este estudio. Por una parte, se presenta la reducción entre 1995 y 2012 de la tasa de mortalidad infantil para nueve de las naciones latinoamericanas estudiados en este documento<sup>9</sup>. Este indicador ordena la disposición de los países, encabezados por Brasil, con una caída del 73,03% y Perú con -72,59%. Cierra la presentación el caso argentino, con aproximadamente un 43%.

Por encima de la línea horizontal se introduce un indicador de equidad, el que se encuentra compuesto por la diferencia en la tasa de mortalidad infantil del primer quintil entre 2012 y 1995, dividido por idéntica diferencia alcanzada en el quintil económicamente más rico, multiplicando la tasa por un escalar de diez, por fines expositivos.

$$\frac{[TMI^{Q1}]_{2012-1995}}{[TMI^{Q5}]_{2012-1995}}$$

Un indicador igual a 10 implica igualdad en progresos en la tasa de mortalidad infantil entre quintiles extremos, en tanto que cualquier valor superior a 10 refleja avances, en menor o mayor proporción, hacia la equidad sanitaria.

Se observa que en todos los casos -con excepción de Bolivia- la reducción de la mortalidad infantil se acompaña con movimientos hacia la equidad. En el caso colombiano, el indicador (10,2) brinda un resultado de equilibrio entre quintiles, con avances comparables a través de los grupos sociales extremos, beneficiando marginalmente a los más rezagados económicamente. Brasil, en el otro extremo muestra un indicador de equidad en mortalidad infantil de 30,5. El mismo infiere que cada mejora en el 20% más rico de la población se tradujo en un resultado tres veces más satisfactorio para los más pobres. Esta brecha es la de mayor envergadura encontrada para la región en el período 1995-2012, coincidiendo con los resultados absolutos de reducción de mortalidad infantil en América Latina y el Caribe.

Perú escolta a Brasil en efectividad en la reducción de la mortalidad infantil y alcanza un indicador de equidad sanitaria de 24,8. Entre ambos se ubica Nicaragua, cuya reducción en mortalidad fue significativa aunque con mayor impacto relativo en la convergencia entre departamentos.

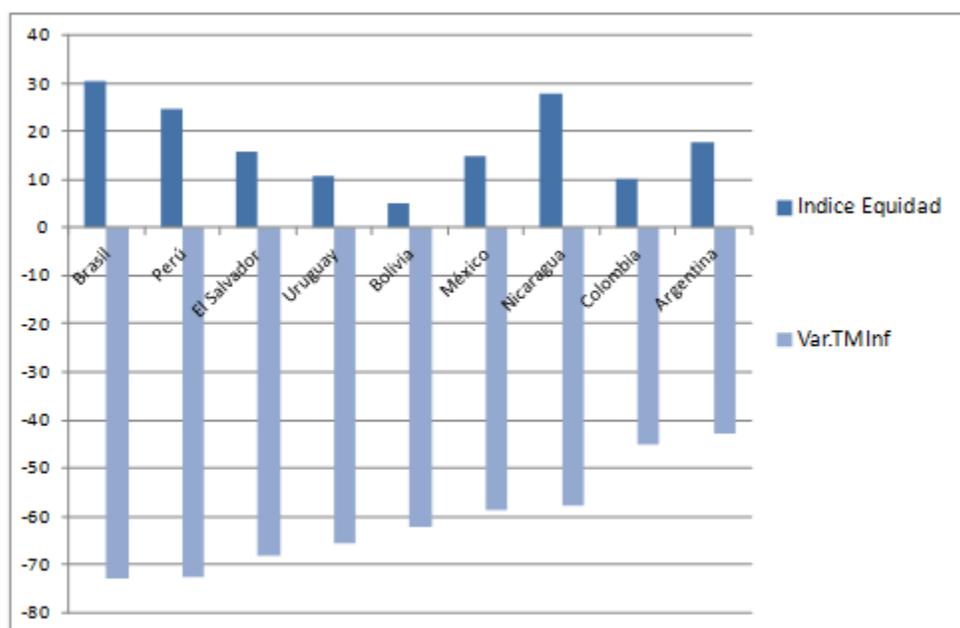
---

<sup>9</sup> Se excluyeron de esta comparación los casos de Belice y República Dominicana, debido a la estructura de escala poblacional. En el caso de Belice, la escasa población a nivel departamental vuelve muy sensible cualquier indicador de mortalidad a casos extremos, perdiendo capacidad explicativa. En el caso dominicano ocurre un fenómeno similar: dada la amplia cantidad de departamentos dominicanos, la población residente en cada uno es -a excepción de la capital nacional- especialmente reducida. De este modo, la construcción del indicador general propuesto, que descansa en data sub-nacional, refleja alta volatilidad al análisis de quintiles.

En la misma dirección, Argentina y México reflejan mayor efecto en la reducción de brechas de equidad que otras naciones como Uruguay y Bolivia, cuya performance en reducción de la mortalidad en infantes fue más alta. Este último caso (Bolivia) es el único de la serie de naciones consideradas donde el indicador de equidad refleja un efecto inverso al deseado (5,7) divergiendo de su trayectoria hacia la equidad.

En resumen, los éxitos alcanzados en la mejora de los indicadores sanitarios (en este caso, la tasa de mortalidad infantil), no necesariamente tiene una correspondencia exacta con un beneficio ponderadamente mayor a los grupos económicamente más pobres.

**Figura 5**  
**Ganancias Sociales en Resultados de Salud**  
**y Convergencia a la Equidad**  
**(1995-2012)**



Fuente: elaboración propia en base a indicadores de país.

### 5.5- Determinantes Sociales y Estructuras de Correlación

Diferenciar el vínculo de la pobreza con indicadores sanitarios como los analizados, y separarlo de la potencial incidencia de otros determinantes sociales de la salud tradicionales constituye una tarea compleja. Idealmente, la estimación de regresiones multivariadas facilitaría el cálculo de significancia estadística de la influencia de cada variable, considerando la multi-causalidad del fenómeno bajo estudio.

Sin embargo, la posibilidad de aislar tales efectos entre variables explicativas puede ser poco satisfactoria, si las mismas cuentan con un alto nivel de correlación entre ellas. Pobreza, analfabetismo, presencia de población rural o incidencia de comunidades originarias en el total de la población del país o sus jurisdicciones sub-nacionales se encuentran generalmente muy vinculadas entre sí, restando capacidad explicativa a la implementación de tales ejercicios de análisis. Estas variables, representativas de los

diferentes determinantes sociales de la salud, están particularmente asociadas unas con las otras.

A fin de confirmar estos argumentos, en el Anexo III se presenta una serie de Tablas por país donde se explicitan estos vínculos. En cada caso, la sección izquierda de la tabla refleja las variaciones 1995-2012 por país y para una serie de indicadores. Ellos son: pobreza, población total, densidad cada mil habitantes, y las tasas de analfabetismo, ruralidad y representatividad de grupos originarios sobre el total de los habitantes de cada jurisdicción. La sección derecha de cada Tabla expone los índices de variación de cada uno de estos indicadores con respecto a la pobreza, replicando el ejercicio realizado en la sección previa para los indicadores de salud. A modo de resumen, la Tabla 3 sintetiza los valores promedio, mínimo y máximo de cada indicador para cada nación considerada.

Dos argumentos principales se desprenden del análisis. El primero de ellos es que salvo excepciones (Bolivia en población y densidad, y Brasil con el indicador de pueblos originarios), las variaciones en determinantes sociales son -en valor absoluto- mayores a los cambios en pobreza. Tanto el analfabetismo como la población rural, por ejemplo, muestran reducciones mayores que la incidencia en necesidades económicas no cubiertas, lo que puede considerarse como un efecto con mayor poder inercial sobre la salud que la misma reducción de la pobreza. Dicho de otro modo, el aumento de la educación y la urbanización potencialmente constituyen inversiones de impacto intertemporal en la erradicación de la pobreza y en el aumento de la equidad, especialmente en salud.

En segundo argumento surge del análisis de las tasas de correlación entre variaciones de los niveles de pobreza y otras variables sociales para cada país. Si bien en gran parte de los casos tales correlaciones son elevadas, no necesariamente se verifica un patrón homogéneo entre países latinoamericanos.

A modo de ejemplo, en Argentina las correlaciones entre pobreza, por un lado, y analfabetismo y densidad, por el otro, resultan moderadas con niveles relativamente bajos de asociación con variables tales como población rural, presencia de pueblos originarios y escala poblacional. Sin embargo, estos indicadores simples de correlación no son significativos en Colombia para ninguna variable (aunque en ambos países la pobreza está dada por el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas).

Por otra parte, en Brasil, El Salvador o Perú los niveles de correlación son significativos para el total de las variaciones consideradas. De todas formas, es la reducción del analfabetismo la correlación más vinculada con la caída de la pobreza, argumento consistente con la literatura conocida sobre inversión en capital humano.

Finalmente, la Tabla 4 cierra el análisis de información construyendo cuatro cuadros resumen. En cada tabla, un determinante individual (pobreza, analfabetismo, incidencia de población rural, e incidencia de población originaria) es correlacionado por país con tres grupos de variaciones en resultados sanitarios. Estos indicadores sanitarios se dividen en tres bloques: indicadores de salud (mortalidad infantil y fecundidad adolescente), incidencia de enfermedades de la pobreza (diarrea e infección respiratoria aguda), y resultados del sector (tasa de inmunización antisarampionosa).

Cada celda de la Tabla 4 reporta un índice de correlación simple. Estos índices no establecen relación causal, sólo proporcionando el nivel de vínculo estadístico identificado entre variables de modo bilateral (análisis bivariado), en ausencia de movimientos en otras variables. En cada caso, se reportan los valores de correlación superiores a 0,3, separándolos de aquellos menores y menos significativos “ns”.

A su vez, dentro del grupo de correlaciones mayores a 0,3, se distingue aquellas asociadas con movimientos pro-equidad (pintadas en verde) de aquellas que no lo son (en naranja). Se define para ello un movimiento pro-equidad cuando las mejoras en los indicadores sanitarios se correlacionan con la presencia de grupos vulnerables (alta ruralidad o presencia de pueblos originarios, baja educación).

Finalmente, para cada familia de variables de resultados sanitarios se construyó una tercera variable establecida como la suma de las otras dos.

Más allá de la falta de información disponible en algunos casos, se observa una marcada heterogeneidad en los vínculos entre grupos de indicadores, tanto en el análisis por país como por determinante social. Naciones extremas son Uruguay, Nicaragua o República Dominicana, por una parte, con nula correlación entre ambos grupos de variables, en tanto Perú, Bolivia y Brasil muestran correlaciones relevantes en nueve celdas cada uno.

Sin embargo, y dentro de esta última terna, los vínculos no son homogéneos: Perú evidencia una sistemática acción pro-equidad particularmente desde el espacio educativo y geográfico, en tanto que Bolivia, a pesar de reconocer avances de integración de la población de bajos recursos (todos los indicadores dan no-significativos), aún muestra desafíos asociados con la población rural y sus pueblos originarios. Brasil, por su parte, confirma en esta Tabla la acción sanitaria de la lucha contra la pobreza en materia de mortalidad infantil pero rezagos en la temática de embarazo adolescente.

Por su parte, México y Argentina se ubican en un espacio intermedio, con efectos positivos hacia la equidad, específicamente en fecundidad adolescente (Argentina) y mortalidad infantil (México). Colombia, por su parte ofrece un escenario más complejo, con correlaciones negativas de resultados de salud tanto con pobreza como con educación y población rural, confirmando el debate sobre la sustentabilidad de los resultados de la reforma al año 2012.

**Tabla 4**  
**Correlaciones en Pobreza, Determinantes Sociales**  
**e Indicadores de Salud (1995-2012).**

**Resultados por país.**

Tabla de correlaciones		Pobreza en el Período Inicial										
		ARG	BEL	BOL	BRA	COL	ELS	MEX	NIC	PER	RDO	URU
		NBI	LP	NBI	LPE	PA	LP	PA	LP	NBI	LP	NBI
Variaciones	(1) Tasa de Mortalidad Infantil	NS	NS	NS	-0.480	0.566	0.666	-0.578	NS	NS	NS	NS
	(2) Tasa de Fecundidad Adolescente	-0.401	n.a	NS	0.540	NS	-0.777	NS	NS	NS	NS	NS
	(1)+(2)	NS	NS	NS	-0.348	0.3817	-0.668	NS	NS	NS	NS	NS
	(3) Incidencia de Diarrea	n.a	n.a	NS	0.385	0.477	NS	NS	NS	-0.307	NS	n.a
	(4) Incidencia Infección Resp. Aguda	NS	0.373	NS	n.a	NS	NS	NS	NS	NS	NS	n.a
	(3)+(4)	NS	0.373	NS	0.385	0.309	NS	NS	NS	-0.362	NS	n.a
(5) Vacuna Anti-Sarampionosa	NS	0.795	0.732	0.516	NS	n.a	0.393	NS	0.646	NS	n.a	
Tabla de correlaciones		Analfabetismo en el Período Inicial										
		ARG	BEL	BOL	BRA	COL	ELS	MEX	NIC	PER	RDO	URU
		NBI	LP	NBI	LPE	PA	LP	PA	LP	NBI	LP	NBI
Variaciones	(1) Tasa de Mortalidad Infantil	NS	-0.838	NS	-0.704	0.569	0.589	-0.522	NS	-0.398	NS	n.a
	(2) Tasa de Fecundidad Adolescente	-0.375	n.a	NS	0.377	0.312	-0.729	NS	NS	-0.410	NS	n.a
	(1)+(2)	NS	-0.838	NS	-0.625	0.6005	-0.638	NS	NS	-0.511	NS	n.a
	(3) Incidencia de Diarrea	n.a	n.a	0.305	NS	0.486	NS	NS	NS	-0.302	NS	n.a
	(4) Incidencia Infección Resp. Aguda	NS	NS	-0.378	n.a	NS	NS	NS	NS	NS	NS	n.a
	(3)+(4)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	-0.35	NS	n.a	
(5) Vacuna Anti-Sarampionosa	NS	-0.315	NS	0.515	NS	n.a	0.415	NS	0.769	NS	n.a	
Tabla de correlaciones		Población Rural en el Período Inicial										
		ARG	BEL	BOL	BRA	COL	ELS	MEX	NIC	PER	RDO	URU
		NBI	LP	NBI	LPE	PA	LP	PA	LP	NBI	LP	NBI
Variaciones	(1) Tasa de Mortalidad Infantil	NS	-0.676	0.311	NS	0.464	0.624	-0.629	NS	NS	-0.320	NS
	(2) Tasa de Fecundidad Adolescente	-0.404	n.a	NS	NS	NS	-0.674	NS	NS	-0.408	NS	NS
	(1)+(2)	NS	-0.676	NS	NS	0.3549	-0.565	NS	NS	-0.485	NS	NS
	(3) Incidencia de Diarrea	n.a	n.a	0.371	NS	0.362	NS	NS	NS	-0.314	NS	n.a
	(4) Incidencia Infección Resp. Aguda	NS	0.599	NS	n.a	NS	NS	NS	NS	NS	NS	n.a
	(3)+(4)	NS	0.599	0.320	NS	NS	NS	NS	NS	-0.349	NS	n.a
(5) Vacuna Anti-Sarampionosa	NS	NS	NS	0.386	NS	n.a	NS	NS	0.804	NS	n.a	
Tabla de correlaciones		Población Indígena										
		ARG	BEL	BOL	BRA	COL	ELS	MEX	NIC	PER	RDO	URU
		NBI	LP	NBI	LPE	PA	LP	PA	LP	NBI	LP	NBI
Variaciones	(1) Tasa de Mortalidad Infantil	NS	n.a	NS	0.327	n.a	n.a	NS	n.a	NS	n.a	n.a
	(2) Tasa de Fecundidad Adolescente	NS	n.a	0.437	0.188	n.a	n.a	NS	n.a	NS	n.a	n.a
	(1)+(2)	NS	n.a	0.436	0.3898	n.a	n.a	NS	n.a	NS	n.a	n.a
	(3) Incidencia de Diarrea	n.a	n.a	0.305	NS	n.a	n.a	NS	n.a	NS	n.a	n.a
	(4) Incidencia Infección Resp. Aguda	NS	n.a	-0.312	n.a	n.a	n.a	NS	n.a	NS	n.a	n.a
	(3)+(4)	NS	n.a	NS	NS	n.a	n.a	NS	n.a	NS	n.a	n.a
(5) Vacuna Anti-Sarampionosa	NS	n.a	-0.422	NS	n.a	n.a	NS	n.a	NS	n.a	n.a	

Fuente: Elaboración propia en base a información nacional.  
 Las tablas completas de correlación por país se encuentran en el Anexo IV.

## 6- Debate de Políticas

Una mirada de conjunto sobre la evolución de indicadores de pobreza y resultados sanitarios se presenta en la Tabla 5 a continuación. La misma resume por país el indicador promedio de pobreza en el período inicial (1995-2000)<sup>10</sup> para el total nacional, su variación hasta el período 2007-2012, y las medias y desvíos de las tasas de mortalidad infantil y fecundidad adolescente.

En el primer caso -tasa de mortalidad infantil-, la existencia de información estandarizada y comparable entre países, permite el reporte de la media nacional junto a los valores mínimos y máximos en jurisdicciones sub-nacionales. Se observa que la brecha con respecto a la media nacional sigue siendo amplia en naciones como Bolivia (21,97) y Colombia (13,32), seguidas por Nicaragua y República Dominicana (9,4 y 8,27, respectivamente). En estos casos, la dispersión con respecto al promedio al interior del país supera la media regional, de 7,21. En el otro extremo, con desvíos menores al valor promedio de los países considerados en la región se encuentran México (1,75), Argentina (2,6) y Uruguay (2,73). Asimismo, puede identificarse una correlación entre la riqueza per cápita del país (PBI per capita en dólares internacionales, en Tabla 1) con estas brechas de distribución de resultados intra-país, aunque se destacan particularmente los desempeños relativamente más satisfactorios de El Salvador y Belice.

Por su parte, el estudio de indicadores asociados con fecundidad adolescente, tal como fuera mencionado a lo largo del trabajo y en documentos previos (Maceira, 2015), enfrenta desafíos para su análisis. En primer lugar, su definición se encuentra sujeta a escrutinio debido a que el espacio temporal utilizado para definir adolescencia varía entre países, extendiéndose entre los 10-11 años como límite inferior hasta 13, lo que restringe la homogeneidad de la información recibida. En segundo lugar, las fuentes de información no corresponden en todos los casos a instrumentos comparables: en algunos provienen de bases administrativas/hospitalarias, en tanto en otros se originan en auto-reportes originados en encuestas de hogares<sup>11</sup>.

En todo caso, las variaciones promedio del país con respecto al primer período no exhiben la homogeneidad a la baja identificada en las tasas de mortalidad infantil. En su lugar, en tres naciones se observan incrementos de fecundidad adolescente (Bolivia, México y Perú), y una amplia dispersión en los valores dentro de aquellos países que evidenciaron resultados positivos.

---

<sup>10</sup> Excepto Belice, donde el año base es 2000-2005.

<sup>11</sup> Asimismo, la evolución dispar en el tratamiento de la salud adolescente desde la mirada de política pública sanitaria es compleja. Particularmente, el abordaje de temáticas asociadas con embarazo adolescente e interrupción de embarazo resulta controversial en algunas sociedades. Ello influye no sólo en el diseño y la implementación de políticas, sino también en los mensajes sobre garantía de derechos, y el respeto y la orientación de conductas individuales. Estos argumentos repercuten en los reportes de encuestas de hogares, que claramente no son homogéneos entre países e incluso entre jurisdicciones sub-nacionales al interior de un país.

Algunos casos de países analizados para este estudio permitieron identificar evoluciones diferentes, e incluso contradictorias, de este indicador. A partir de la identificación de estas diferencias, el análisis de medias nacionales en la tasa de fecundidad adolescente no necesariamente permite extraer enseñanzas similares a aquellas surgidas del estudio de la mortalidad infantil. Se propuso entonces construir una variable, utilizada en la Figura 3, que estandariza los valores existentes por departamento, y los reporta como la variación entre los dos períodos pero en términos de desvíos porcentuales con respecto a la variación nacional promedio. Ello no resuelve la limitación en comparaciones de medias, y valores mínimos y máximos (excluidos de la Tabla por estos motivos), pero constituye un mecanismo imperfecto para el análisis de progresos por país.

**Tabla 5**  
**Evolución de Indicadores Sanitarios y Pobreza en América Latina. Resumen**

(1995-2000)	ARG	BEL <sub>1</sub>	BOL	BRA	COL	ELS	MEX	NIC	PER	RDO	URU
<b>Población pobre</b>											
Promedio país	20,63	37,83	75,53	17,23	52,12	54,89	24,65	60,16	65,18	54,43	44,58
Variación promedio 1995-2012	-28,19	20,04	-35,80	-39,64	-26,35	-24,42	-27,00	-10,51	-56,84	-5,69	-13,42
<b>Tasa de mortalidad al quinto año</b>											
Promedio país	18,09	21,32	61,00	32,92	40,71	34,93	29,54	44,81	45,54	36,68	15,59
Desvío estandar	4,57	5,30	16,01	13,16	13,95	5,17	6,09	12,46	16,85	9,84	3,98
Mínimo	30,40	16,40	35	17,00	23,70	26,20	19,59	29,20	20,00	23,00	7,59
Máximo	-31,39	31,35	86,00	65,33	88,50	42,80	43,82	75,20	84,00	61,00	23,77
Variación promedio 1995-2012	-31,39	-42,97	-25,01	-36,63	-19,24	-32,50	-57,93	-27,77	-52,55	-10,07	-32,96
<b>Tasa de Fecundidad Adolescente</b>											
Promedio país	36,48	n.a	16,18	10,63	0,13	0,10	7,78	27,45	15,92	25,91	16,52
Desvío estandar (sobre promedio nacional) <sub>2</sub>	6,10	n.a	7,89	2,80	0,03	0,01	1,93	6,31	7,47	5,67	2,88
Variación promedio 1995-2012	-0,93	n.a	44,65	-27,90	-20,33	-17,57	31,00	-3,90	6,47	-12,46	-34,35

1 Los datos de Belice corresponden al período 2000-2005 por no contar con datos anteriores

2 A fines comparativos la variable "fecundidad adolescente" se estandarizó restándole a cada observación su promedio

En conclusión, es posible referir a cierta asociación definida entre variaciones entre mortalidad infantil y pobreza, aunque en todos los casos se identifican diferencias en resultados sanitarios que requiere ser explicados por otros determinantes, más allá de las políticas de ingreso.

Dicho de otro modo, las condiciones iniciales de cada país (producto per cápita o niveles de pobreza, acceso a educación y densidad urbana), son parte responsable en la explicación de los resultados alcanzados por cada país. De la misma manera, las condiciones del contexto internacional favorecieron en América Latina la presencia de tasas de crecimiento elevadas durante esta última década. Ambos argumentos permiten un efecto benéfico sobre las posibilidades del sector y su dinámica de convergencia hacia un estadio de mayor equidad.

Sin embargo, debe notarse que el análisis presentado en las secciones previas no permite una asociación determinística entre las variables de contexto socio-económico, los resultados sanitarios y su efecto distributivo. Ello conduce a incorporar y profundizar en dos elementos: (a) el diseño de las intervenciones sanitarias (la estrategia o modelo de cuidado de la salud del país), y (b) la presencia de desvíos al interior de cada nación, que revalorizan las capacidades de gestión local.

**Bolivia** ha centrado su estrategia sanitaria en la implementación de programas basados en grupos poblacionales priorizados, bajo el esquema de Seguros Públicos de Salud, lo que luego se constituyó en una tendencia regional. El actual Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), gestionado desde el Ministerio de Salud y Deportes desde el 2002, cuenta con grupos específicos de prestaciones protocolizadas. Los Gobiernos Municipales están encargados de implementar el Seguro y administrar la Cuenta Municipal de Salud SUMI (CMS-SUMI) desde donde se realizar los pagos. Los mismos se efectúan a partir de la prestación de paquetes de intervenciones a los establecimientos del Sector Público y otros adheridos al SUMI bajo convenio. Cada municipio cuenta con un DILOS (Directorio Local de Salud) encargado de vigilar el cumplimiento de la política nacional de salud, y dentro de ella, la implementación del SUMI. En paralelo, jurisdicciones departamentales (Tarija, Beni, por ejemplo) implementan seguros específicos para población sin empleo formal.

Desde 1990 **Brasil** ofrece a través del Sistema Único de Salud (SUS) cobertura teórica a aproximadamente el 75% de la población, co-financiado por el Gobierno Nacional, y sus pares estatales y municipales. Su organización es descentralizada, siguiendo un modelo tradicional de subsidio a la oferta y con programas asociados con población específica, lo cual lo separa de la tendencia general de la región. Formalmente no existe restricción al tipo de servicios cubiertos por el SUS, aunque tampoco existe una garantía explícita de prestaciones específicas. Dentro del ámbito del SUS funciona el Programa de Salud de la Familia (PSF), caracterizado por la formación de equipos multidisciplinarios y agentes comunitarios que brindan cobertura a la mitad de la población. Otras iniciativas federales y estatales procuran avanzar en la salud de la niñez y la adolescencia, como el Plan Nacional para la Primera Infancia (PNPI). El PNPI propone acciones articuladas de promoción de derechos de los niños hasta 6 años, coordinadas por el Consejo Nacional de los Derechos del Niño y del Adolescente (CONANDA).

**Colombia**, a partir de 1991 plantea un nuevo modelo de aseguramiento social que combinó algunos elementos ya existentes en otros países, y le otorgó un marco institucional nacional al modelo de aseguramiento social en salud. El mismo está basado en la nominalidad de sus beneficiarios, la concentración de recursos contributivos y la definición de paquetes definidos de servicios con capitales asociadas. Desde la administración pública se avanzó en el proceso de descentralización, complementada por la participación privada en gestión y prestación. Su acción en niñez se orientó al desarrollo de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, con enfoque de atención integral. La entrada al sistema se realiza a través de las Entidades Promotoras de Salud -EPS-, responsables de garantizar el acceso a todos los servicios de salud. Asimismo, la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) del Ministerio de Salud y Protección Social, se concentra en los niños menores de 5 años, de cumplimiento obligatorio en el Plan Nacional de Salud. La autoridad sanitaria nacional es la encargada de regular el programa, y los municipios y departamentos lo ejecutan dentro de sus centros de salud y hospitales.

En 2003 se instrumentó en **México** un sistema de atención en salud -el “Seguro Popular”, brindando acceso y protección financiera a aquellos sin seguridad social, correspondientes a los cuatro deciles de ingreso más rezagados. El plan se traduce en la garantía de un paquete de prestaciones mínimas dentro del primer y segundo nivel de atención. El incremento de recursos ministeriales y la mejora en la distribución de los mismos entre Estados sub-nacionales expandieron los beneficios otorgados para los niños menores a 5 años de edad, lanzando tres años más tarde el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) como parte del Seguro Popular. El SMNG establece que los niños afiliados tendrán garantizadas prestaciones de salud y medicamentos comprendidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), con cargo al Fondo de Protección de Gastos Catastróficos (FPCG). La cobertura ofrece un paquete integral de 116 prestaciones preventivas y curativas. La Secretaría de Promoción y Prevención de Salud recibe los fondos, y los distribuye de modo capitado entre los ministerios estatales. En paralelo, el país cuenta con otros programas verticales de coordinación federal y gestión descentralizada, como el de Salud Sexual y Reproductiva de la Población Adolescente, entre otros.

Por su parte, el modelo actual de atención pública de la salud al/la niño/a y adolescente en **Argentina** a partir del 2005 combina dos modelos. El primero, enmarcado en la oferta pública tradicional y basada en centros de salud y hospitales públicos provinciales y municipales, es financiado por presupuestos fijos de cada provincia. El mismo es estructurado mediante Programas Nacionales (de Niñez, de Inmunización, de Salud Integral en la Adolescencia, de Salud Sexual y Procreación Responsable), que proveen capacitación, coordinación e insumos. El segundo modelo se implementa a través de mecanismos de pago basados en el enrolamiento de población sin cobertura formal y el

cumplimiento de metas (trazadoras), llamado Programa Sumar (originalmente Plan Nacer). El Programa Nacer/Sumar inicialmente fue diseñado como un plan materno-infantil para las provincias más rezagadas, orientado a niños/as y adolescentes de 6 a 19 años, y mujeres hasta los 64 años. El mismo perseguía objetivos explícitos para la disminución de las tasas de mortalidad materna e infantil, promoviendo controles preventivos, y se implementa mediante compromisos de gestión entre el Ministerio Nacional y los Ministerios Provinciales. Cada provincia planea los mecanismos de distribución de fondos recibidos, incluyendo premios por desempeño al personal de centros de salud y la compra de equipamiento. Actualmente se propone avanzar en el desarrollo de seguros provinciales de salud para la población vulnerable, en paralelo a los seguros sociales de salud (Obras Sociales Provinciales y Nacionales) que ya contaban con un Programa Médico Obligatorio definido y supervisado por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Desde 2002 **Belice** implementa una reforma sectorial que insta un Seguro Nacional de Salud (SNS) que procura fortalecer el papel normativo y regulatorio del Ministerio de Salud nacional. Los mecanismos utilizados son la descentralización de tareas en regiones sanitarias y la división de funciones de financiamiento y prestación, en el marco del cual opera el Programa Materno-Infantil. Al igual que en el caso argentino, el SNS ha ido implementando por región sanitaria un sistema de financiamiento complementario al presupuesto ministerial. Este complemento obliga a sus prestadores (en este caso, públicos y privados) a otorgar un paquete de servicios de cuidado y prevención, abonando un pago capitado mensual. Los desembolsos se dirigen tanto a clínicas como a médicos/as en base a su rendimiento, quedando sujeto un 30% del mismo al cumplimiento de una combinación de indicadores de eficiencia, calidad y procesos administrativos.

En **Uruguay**, se implementa en 2008 el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), a partir del cual las instituciones de la Seguridad Social perciben capitales en función de sus afiliados, ajustadas por sexo y edad, y el cumplimiento de metas asistenciales. Ello forma parte de un cambio en el modelo de atención, incluyéndose dentro de sus metas la atención a grupos prioritarios como los/as niños/as de hasta un año y embarazadas, y agregándose posteriormente niños/as hasta tres años y adolescentes de 15 a 19 años. Las Metas Asistenciales establecen prestaciones prioritarias a ser brindadas en todas las instituciones de salud del país, recibiendo un incentivo económico a su cumplimiento. Ellas se financian a partir de las cuotas que el sistema percibe por los afiliados a las instituciones de la Seguridad Social y el presupuesto público en prestaciones de salud. Los valores a alcanzar en cada indicador se fija con respecto al desempeño institucional y al promedio nacional. En el año 2009 la totalidad de los prestadores privados integrantes del sistema cumplían con las metas pautadas por el Ministerio de Salud Pública, con mayor variabilidad en el subsector público.

La acción sanitaria de **Nicaragua** incluye el Programa de Atención Integral a la Niñez (PAININ). Implementado por el Ministerio de la Familia, Asociaciones y Organizaciones No Gubernamentales, se orienta a niños/as menores de seis años en condiciones de pobreza de comunidades rurales y urbanas marginales. Dirigido a fortalecer la Red de Centros Infantiles Comunitarios (CICOs) mediante ONGs, el plan incluye asimismo educación inicial, estimulación temprana y alimentación complementaria, así como consejería para madres, embarazadas y lactantes. El país adicionalmente desarrolla centralmente otros programas, tales como el de Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil 2008-2015, que se enmarca en el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). Implementado desde el MINSA, el MAIS brinda atención priorizada a los niños menores de dos años, y a las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio. En coordinación con ello se implementa la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) en acuerdo con otros programas extra-ministeriales.

A partir del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en Perú se prioriza una lista de condiciones de salud a ser financiadas por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean estas públicas, privadas o mixtas. Las personas no cubiertas quedan entonces bajo la órbita del Seguro Integral de Salud (SIS), que surge de la fusión del Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil surge en 2001. Dentro del SIS se diseña el Programa de Salud Materno Neonatal y el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-FC), siendo este último el marco de referencia para la atención de salud en el país. Oficializado en 2011, la iniciativa toma como prioridad las zonas de mayor concentración de pobreza y las poblaciones relativamente más vulnerables. El financiamiento del programa se define a través de una asignación per cápita asignada a cada gobierno regional según el número de población beneficiada dentro de la órbita pública, considerando heterogeneidades territoriales (estructura etérea, sexo, pobreza, etc.), y articulando mecanismos de transferencia en función de resultados. El Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012 - 2021 profundiza un modelo descentralizado, mediante un programa de garantías de cuidado a niñas/os y adolescentes hasta los 17 años.

Este desglose de las características salientes de los modelos sanitarios de países, ordenados temporalmente, nos permite identificar elementos comunes y diferencias generales para el debate.

En primer lugar, todos los modelos que lograron avanzar en resultados sanitarios más satisfactorios, en mayor o menor medida buscan alejarse de la estructura fragmentada que caracterizaron a los sistemas de salud de la región, y confluir a formatos unificados o coordinados. Ello aporta a esquemas de financiamiento con subsidios cruzados explícitos entre grupos de diferentes ingresos, a la vez que incrementa la escala de la población a cargo, proveyendo mayor sustento financiero a la estructura de protección social en salud. Esta convergencia tiene como correlato la búsqueda de estructuras de garantía de derechos comunes entre individuos.

En algunos casos, tal convergencia ocurre de manera explícita, como Belice o Uruguay-las dos naciones de menor escala en esta muestra-, aunque con modelos que provienen de distintos orígenes. Mientras que en el primer caso la estrategia consistió en un movimiento hacia un esquema de cobertura formal surgido desde un sistema tradicional de subsidio a la oferta, el caso uruguayo requirió reorientar un conjunto complejo de instituciones sanitarias ya existentes. El esfuerzo de reforma implicó la instrumentación de una Junta Nacional de Salud que concentra los fondos y responsabilidades de diseño del sistema a través de capitales corregidas y metas explícitas.

Este desarrollo claramente hereda el diseño de la reforma colombiana de los noventa, con diferencias importantes, tanto en términos de los instrumentos de control de gestión aplicados, como de las variables socioeconómicas del contexto que condicionan el accionar de la reforma. Tales variables inciden en la capacidad contributiva sobre la que se asienta uno y otro modelo, como también en la diversidad de perfiles epidemiológicos al interior de cada uno, más desafiantes en la nación andina.

En otros países el factor del cambio se localiza en el sector público, desde donde se propone avanzar en una cobertura mayor o más eficaz de sus poblaciones rezagadas económicamente. El objetivo de mediano plazo en estos casos es desarrollar programas específicos que reduzcan las brechas de acceso. El modelo peruano y en cierta medida los seguros públicos de Argentina (Programa Sumar) y México (Seguro Popular) proponen avanzar en esa dirección.

La diferencia más significativa entre un grupo y el otro es que en el segundo conjunto de países subsiste la segmentación entre modelos, más allá de la intencionalidad en avanzar en estructuras más cohesionadas. En este segundo contingente de países

persiste la presencia de subsistemas, y la política implementada se direcciona a enriquecer el funcionamiento del sector público.

El modo de llevarlo a cabo es mediante el uso de incentivos específicos asociados al desempeño y a la nominalidad de los usuarios, replicando esquemas de seguros sociales - en algunos países ampliamente extendidos- dentro de la órbita pública, y financiados con fondos estatales. En cierta medida, los cambios complementan la estructura de subsidio a la oferta del modelo público con instrumentos propios del esquema de subsidio a la demanda.

No obstante, el punto de partida de cada uno de estos casos, al que podría sumarse de modo más incipiente a El Salvador y la República Dominicana, se diferencian entre ellos, tanto en términos de sus recursos disponibles, capacidad y calidad del sistema público previo a la reforma, como en la dispersión de las necesidades de sus usuarios. Los niveles de ingreso per capita de Argentina y crecientemente de México son más altos que los de Perú, ubicado en un estadio intermedio de la distribución latinoamericana. Asimismo, mientras los dos primeros cuentan con estructuras federales de gobierno donde se asientan los procesos de descentralización sanitaria, en Perú, El Salvador y República Dominicana esta construcción requiere un aprendizaje institucional mayor. De todos modos, los mecanismos de monitoreo y evaluación constituyen un desafío a considerar a fin de establecer el verdadero impacto de cada iniciativa.

En el caso de Brasil, se ha procurado sistemáticamente sostener el modelo de subsidio a la oferta durante los últimos treinta años (SUS). Los avances se apoyan en el desarrollo de mayor coordinación entre niveles descentralizados de gestión a fin de alcanzar a los más necesitados. A pesar de ello, no logra dar cobertura al total de la población del país, generando el surgimiento de seguros privados complementarios. Nuevamente, la presencia de políticas sociales inclusivas, particularmente en los últimos años, logró complementar las acciones sectoriales. Ello convirtió al país en el mayor exponente en la reducción de la mortalidad infantil y de la brecha de equidad entre grupos sociales.

Sin embargo, tanto Brasil como Argentina y México comparten espacios comunes en sus estrategias sanitarias: los tres asientan la atención a los más necesitados en sectores públicos que se propone fortalecer a través de esquemas de gestión a nivel sub-nacional.

Los casos de Bolivia y Nicaragua responden a necesidades propias de naciones con menor desarrollo económico relativo: el peso de enfermedades transmisibles es sustancialmente mayor a la media regional, y a capacidades financieras públicas son más escasas (Tabla 1). Probablemente a partir de ello es que se implementaron programas específicos para grupos priorizados como parte de los ejes básicos de las reformas sectoriales. Si bien pueden hallarse coincidencias con algunos de los modelos mencionados previamente, en cuanto a segmentación y prevalencia de estrategias de fortalecimiento público, las acciones de priorización como herramienta principal define el accionar de las últimas décadas en ambos países.

Analizando las reformas desde la perspectiva de los instrumentos utilizados, se observa un grupo protagónico de herramientas. Entre ellas: descentralización en la gestión, nominalidad de usuarios, definición explícita de intervenciones, programas asociados a grupos priorizados, pagos asociados a desempeño.

Estas herramientas tienen como trasfondo común la decisión de favorecer la gobernabilidad y la transparencia del sector por diferentes razones. La definición de paquetes de servicios explícitos y la nominalidad identifican obligatoriedad de cumplimiento de cobertura, lo que puede traducirse en un mecanismo de publicitar derechos, hacerlos homogéneos, y generar mecanismos de control. La priorización de sectores específicos de la población, en todo en o en parte orienta las acciones clave en poblaciones materno-infantiles principalmente.

Por su parte, la descentralización promueve la distribución de recursos en niveles sub-nacionales, aspirando a lograr mayor *accountability* y demandando mayor capacidad de gestión. El tercer instrumento, el mecanismo de pago asociado a desempeño, genera incentivos a la separación de funciones y facilita la asociación entre desembolsos y prestaciones.

Un resumen de herramientas aplicadas en diferentes países de la región se presenta en la Tabla 6.

**Tabla 6**  
**Modelos de Salud Latinoamericanos.**  
**Caracterización de Programas de Niñez y Adolescencia**

País	Nombre del Programa	Específico o Niñez (E) // General (G)	Paquete Definido		Gestión Centraliz. (C) /Descentr. (D)		Modo de Pago: Presup.Fijo (PF) // Capita (C) // Desempeño (PD)	
			Niñez	Adolesc.	Niñez	Adolesc.	Niñez	Adolesc.
Argentina	Plan Nacer/Sumar	E	si	si	D	D	PF+PD	PF+PD
Uruguay	Metas Asistenciales (SNIS)	G	si	si	D	D	C	C
Brasil	Plan Nacional Primera Infancia+Red Cigüeña	E	no	no	D	D	PF	PF
México	Seguro Popular /Seguro Médico Nueva Generación	E	si	no	D	D	PF+PD	PF
Colombia	Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia	E	si	no	D	D	PF	PF
Perú	Programa Estratégico Materno-Infantil	E	si	si	D	D	PF+C	PF+C
Rep.Dominicana	Unidades de Atención Primaria (UNAP)	E	no	si	C	D	PF	PF
El Salvador	Política de Protección Integral Niñez y Adolescencia (PNPINA)	E	no	no	C	C	PF	PF
Belice	Seguro Nacional de Salud	G	si	no	C	n.a.	C	n.a.
Nicaragua	Programa de Atención Integral a la Niñez (PAININ)	E	no	no	C	D	PF	PF
Bolivia	Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)	E	si	no	D	n.a.	PD	PF

Fuente: Maceira (2015)

Se desprende del cuadro que la presencia de programas específicos en niñez forma parte de nueve de los once modelos sanitarios estudiados, siendo las excepciones Uruguay y Belice, cuyos Seguros Nacionales contienen metas específicas para este grupo poblacional. Mientras tanto, la inclusión de paquetes definidos de intervenciones gana protagonismo (en siete de los once países), separando los modelos vinculados principalmente con subsidios a la oferta pública de aquellos mixtos. Como fuera mencionado, nominalidad y prestaciones explícitas encuentran en los niños, aunque no necesariamente a los adolescentes, en el foco de concentración del sector.

En paralelo al impulso de la nominalidad y la garantía explícita de prestaciones, los modelos de aseguramiento público o social se apoyan en pagos capitados o asociados a desempeño (en seis casos), diferenciados de los presupuestos fijos puros que sostienen a hospitales y centros de salud estatal.

Como se desprende del cuadro y del análisis de las secciones anteriores, no existe una correlación específica entre casos exitosos en la reducción de la mortalidad infantil y del embarazo adolescente, las brechas entre grupos sociales y los instrumentos de reforma utilizados. Uruguay y Belice, países de escasa población relativa dentro de sus grupos de ingreso no cuentan con programas específicos o sistemas descentralizados, pero mostraron ser efectivos en mejorar sus indicadores. Brasil y Perú, por su parte, refieren resultados exitosos con estructuras de pago y estrategias de garantías explícitas particularmente diferenciadas.

Si bien los esfuerzos de nominalización con paquetes definidos sugieren mejoras en la cobertura (Uruguay, Bolivia) y en la reducción de la brecha de equidad (Nicaragua, Argentina y en parte México), tampoco pueden considerarse aisladamente de otros factores. Específicamente, los contenidos de los paquetes de servicios garantizados

deben permitir la reducción del riesgo financiero de las familias, y ser respuesta a sus perfiles epidemiológicos específicos. Garantías insuficientes o desarticuladas de las necesidades prevalentes de la población priorizada pueden contribuir en ineficiencia en la asignación de recursos, con escaso impacto en la equidad.

Finalmente, la descentralización de los sistemas de salud, en ocasiones visto como una herramienta idónea para mejorar el impacto de los recursos invertidos en el sector, requiere de grandes desarrollos en capacidad de gestión. Como se observa en el Cuadro 6, la derivación de fondos para su administración local es una de las herramientas más difundidas en América Latina. Sin embargo, ella descansa en habilidades locales de manejo de recursos, toma de decisiones y capacidad de seguimiento de tales recursos para conocer la efectividad de su impacto. Asimismo, una gestión no planificada de recursos sanitarios puede imponer riesgos adicionales en la reducción de brechas de equidad entre estados y departamentos dentro de un país. El mapa regional de reducción de mortalidad infantil no es concluyente en su alineación con espacios descentralizados de salud.

### 7- Conclusiones

El documento tiene como fin identificar si los países observados con relativamente mejores avances en resultados de salud durante los últimos veinte años se correlacionan con reducciones en la brecha de equidad a su interior. A su vez, se procura establecer si existe asociación entre la presencia de algún tipo de reforma de salud y estos avances sanitarios, considerando que unos y otros se desarrollan y alcanzan en contextos macroeconómicos y sociales específicos. Desde allí se establecen algunas líneas de debate de políticas sanitarias y su correlato en la salud de la niñez, aprovechando los avances logrados en los dos documentos anteriores.

El trabajo avanza en una línea de investigación sobre sistemas de salud comparados en América Latina y sus programas en niñez y adolescencia (Maceira 2014; 2015). En ellos se muestra cómo naciones de mayor desarrollo económico relativo sistemáticamente invierten mayores recursos en salud, y generan espacios más amplios de protección financiera desde el sector público. Sin embargo, tales estrategias difieren a lo largo de la región, incluso en naciones de desarrollo económico comparable.

En algunos casos, los esquemas implementados establecen mecanismos segmentados por grupo de ingreso, donde cada sub-sistema es considerado responsable de la salud de conjuntos diferentes de la población, usualmente definidos por capacidad de pago. Ello genera usualmente brechas de acceso, diferenciales de calidad y cargas económicas disímiles entre familias. En otros, se implementan modelos unificados o movimientos hacia la unificación de recursos con explicitación de prestaciones y derechos garantidos. Algunas naciones, por su parte, reconociendo sus limitaciones presupuestarias escogen programas de priorización, dentro de los cuales usualmente se encuentra la población materno-infantil.

La mayor participación pública -o de las instituciones de seguridad social dependientes- no sólo puede verse traducida en una alta proporción del financiamiento sectorial en manos del Estado. Estructuras normativas más sólidas, regulaciones más eficaces, y modos de seguimiento y evaluación de las actividades desarrolladas con fondos públicos, también constituyen parte importante del menú de intervenciones gubernamentales, especialmente en sistemas segmentados de salud.

También se ha mostrado que este vínculo “inversión - resultados sanitarios” no es determinístico. La eficacia de los fondos aportados al sector también depende de los mecanismos de regulación, aseguramiento, gestión y prestación de servicios

predominantes en cada país. A partir de ello es que se ha avanzado en la discusión de cómo se organizan los sistemas sanitarios, y particularmente los programas de niñez y adolescencia, a fin de identificar patrones comunes en los casos exitosos, espacios desafiantes de intervención y tendencias regionales.

La información disponible muestra grandes avances sanitarios en la reducción de la mortalidad tanto infantil como infantil de vida, aunque visualiza escenarios más heterogéneos en las tasas regional de fertilidad adolescente. A fin de analizar las implicancias sobre la equidad sanitaria de estos resultados, el documento propone un conjunto de mediciones, que se traducen en comparaciones gráficas y de indicadores generados para este fin.

Tomando el período 1995-2012, el análisis por departamento/estado/provincia al interior del país refleja la presencia y persistencia de desigualdades, aunque con realidades heterogéneas entre los once países escogidos para el estudio. En algunos casos, la ganancia relativa en indicadores sanitarios de los grupos más rezagados es mayor, mientras que en otros la dispersión intra-país revela grandes desafíos a futuro.

Los resultados hallados para el conjunto de los casos latinoamericanos analizados sugieren que si bien la reducción de la pobreza ha logrado acortar las brechas de equidad en los resultados sanitarios a nivel promedio, subsisten espacios de desigualdades que podrían relacionarse con diferencias de desempeño de la gestión territorial entre departamentos, incluso expuestos a niveles de pobreza, educación y ruralidad similar.

El trabajo muestra asimismo que no existe necesaria correspondencia entre eficacia en reducir los índices de mortalidad infantil y la reducción de la brecha de equidad entre quintiles de pobreza en tal indicador. A modo de ejemplo, Brasil y Perú ofrecen las caídas más significativas en mortalidad infantil, aunque otras naciones con resultados relativamente menores -Nicaragua, Argentina o México- exhiben reducciones en la dispersión intra-país, tomando tanto la información por jurisdicciones como por quintiles de pobreza.

En el debate de las estrategias sanitarias y de los instrumentos implementados, fue posible identificar patrones eficaces (aquellos que reducen la fragmentación y aumentan la garantía de derechos bajo esquemas de protección financiera), tales como nominalidad, definición explícita de derechos e incentivos asociados al cumplimiento de metas. Sin embargo, se observa que la misma política sanitaria puede ser exitosa bajo ciertos contextos, y neutral en otros, dependiendo de la calidad de ejecución de algunos de sus componentes clave: expansión de cobertura explícita, seguimiento y evaluación de los mecanismos de incentivos monetarios implementados, descentralización.

Más allá de ello, la fragmentación de gran parte de los sistemas de salud hace que las reformas afecten de modo desigual a distintos los grupos poblacionales. Asimismo, la presencia de planes de transferencias condicionadas de ingresos, programas de acceso a agua potable, o políticas de promoción y educación para la salud puede tener un impacto beneficioso en algunos grupos de ingreso y ser neutrales en otros, más allá de la política de sectorial.

Es por esta multi-causalidad que es menester contar con programas de seguimiento y evaluación, que identifiquen y aislen especificidades nacionales y por sub-sistemas, proveyendo evidencia sobre el efecto directo de una reforma o programa implementado. Este tipo de iniciativas permite establecer la relación entre el indicador sanitario escogido y la intervención a evaluar, en el contexto de los factores epidemiológicos, conductuales e institucionales donde tal intervención se desenvuelve.

## 8- Referencias y Fuentes de Información

### Referencias

Adler, N. E. and J. M. Ostrove, "Socioeconomic status and health: what we know and what we don't," *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, vol. 896, pp. 3-15, 2006.

Almeida, C. "Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90," *Cad. Saude Publica*, vol. 18, no. 4, pp. 905-925, 2002.

Almeida-Filho, N., I. Kawachi, A. Pellegrini, and N. Dachs, "Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995)," *Am. J. Public Health*, vol. 93, no. 12, pp. 2037-2043, 2003.

Barros, A. J. D. and C. G. Victora, "Measuring Coverage in MNCH: Determining and Interpreting Inequalities in Coverage of Maternal, Newborn, and Child Health Interventions," *PLoS Med.*, vol. 10, no. 5, p. e1001390, 2013.

Boerma, J. T., J. Bryce, Y. Kinfu, H. Axelson, and C. G. Victora, "Mind the gap: equity and trends in coverage of maternal, newborn, and child health services in 54 countdown countries," *Lancet*, vol. 371, pp. 1259-1267, 2008.

Maceira, D. "Estructura de los Programas de Salud en Niñez y Adolescencia en América Latina y el Caribe. Espacios Institucionales para alcanzar la Cobertura Universal en Salud", Documento de Trabajo no.123, Area de Economía, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)/UNICEF LACRO. Mayo 2015.

Maceira, D. "Cuadrantes de Análisis en los Sistemas de Salud de América Latina", Documento de Trabajo no.122, Área de Economía, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)/UNICEF LACRO. Diciembre 2014.

Maceira, D. "Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe.", Iniciativas Latinoamericanas (HSPH, FPMD, PHR, PAHO, USAID), Edición Especial 3, 2001.

Timaeus, I. M. "in Child Differentials Health \*," *Heal. Transit. Rev.*, vol. 5, no. 2, pp. 163-190, 2013.

Victora, C. G., A. J. Barros, H. Axelson, Z. A. Bhutta, M. Chopra, G. V. França, K. Kerber, B. R. Kirkwood, H. Newby, C. Ronsmans, and J. T. Boerma, "How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 Countdown to 2015 countries: an analysis of national surveys," *Lancet*, vol. 380, no. 9848, pp. 1149-1156, 2012.

### Fuentes de Información

#### Argentina

- TMI: Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Ministerio de Salud de la Nación.
- Fecundidad adolescente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Anuario Estadísticas Vitales.
- Pobreza: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).
- Densidad: <http://www.sig.indec.gov.ar/censo2010/> (dato 2010) y Censo de Población y

vivienda 2001

- Vacunación Sarampión: Ministerio de Salud.
- Diarrea: Ministerio de Salud, boletín integrado de vigilancia.2012
- Población: Censos de Población y Vivienda 2001 y 2010.
- Tasa de analfabetismo: Censos de Población y Vivienda 2001 y 2010.
- Población Indígena: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y Ministerio de Educación <http://coleccion.educ.ar/coleccion/CD9/contenidos/recursos/datos-mapas>
- IRA: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Indicadores básicos 1999 y 2012.
- Población rural: Censos de Población y Vivienda 2001 y 2010.

### Belice

- TMI: Elaboración propia en base a: Epidemiology Unit Ministry Of Health. (2011). Health Statistics of Belize 2006-2010, 1-174.
- Fecundidad adolescente: UNICEF. (2011). Belice Mutiple Indicator Cluster Survey 2011.
- Pobreza: D. Economics and P. H. Ross, "Government of Belize and the Caribbean Development Bank Country Poverty Assessment Final Report Volume 1. Main Report August 2010 Halcrow Group Limited In association with Decision Economics and Penny Hope Ross Working with The Belize National Assessment," vol. 1, no. August 2010, 2010.
- Densidad: Instituto de Estadística de Belice
- Vacuna de Sarampión: Epidemiology Unit Ministry Of Health. (2011). Health Statistics of Belize 2006-2010, 1-174.
- Tasa de analfabetismo: Instituto de Estadística de Belice
- IRA: Epidemiology Unit Ministry Of Health. (2011). Health Statistics of Belize 2006-2010, 1-174.
- Población: Instituto de Estadística de Belice
- Población Rural: Instituto de Estadística de Belice

### Bolivia

- TMI: Instituto de Estadística de Bolivia.
- Fecundidad adolescente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bolivia 1998 y 2008
- Pobreza: Instituto de Estadística de Bolivia.
- Densidad: Instituto de Estadística de Bolivia
- Vacuna Sarampión: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bolivia 1998 y 2008
- Diarrea: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bolivia 1998 y 2008
- Población: Instituto de Estadística de Bolivia.
- Tasa de analfabetismo: "Resultados del censo 2012". Instituto de Estadística de Bolivia
- Población Indígena: Instituto de Estadística de Bolivia.
- IRA: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bolivia 1998 y 2008
- Población Rural: Instituto de Estadística de Bolivia.

### Brasil

- TMI: Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE), series históricas.
- Fecundidad adolescente: Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE). (proyecciones de población 2000-2030)
- Pobreza: E. Martignoni, "ESTUDO TÉCNICO No. 23/2012 Estimativas da População em Extrema Pobreza da PNAD ajustadas ao Censos 2000 e 2010 Técnico respo," MINISTÉRIO DO Desenvolv. Soc. E Combat. À FOME Secr. AVALIAÇÃO E GESTÃO DA INFORMAÇÃO, pp. 1-6, 2012.
- Densidad: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/> (2010) y elaboración propia en base a proyecciones de población (2000)

## Documentos de Trabajo CEDES 132/2017

- Vacuna sarampión: Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE), series históricas.
- Diarrea: Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE), series históricas.
- Población: Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE)
- Tasa de analfabetismo: Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE), series históricas.
- Población indígena: Brasil. Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística - IBGE, “Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça,” p. 31, 2012.
- Población Urbana: Sinopsis del censo demográfico 2010:  
<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8>

### Colombia

- TMI: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), indicadores demográficos (1995-2000). Encuesta Demografía y Salud (DHS) (2010).
- Fecundidad adolescente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).
- Pobreza: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).
- Densidad: elaboración propia en base a ESTIMACIONES DE POBLACIÓN 1985-2005 Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2005-2020 NACIONAL Y DEPARTAMENTAL (DANE).
- Vacuna sarampión: Ministerio de Salud. Coberturas de vacunación departamental
- Diarrea: Encuesta Demográfica y Salud Familiar (DHS). Colombia 1995 y 2010.
- Población: ESTIMACIONES DE POBLACIÓN 1985-2005 Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2005-2020 NACIONAL Y DEPARTAMENTAL (DANE).
- Tasa de analfabetismo: Organización Panamericana de la Salud (OPS).  
[http://www.col.ops-oms.org/sivigila/Indicadores/2001\\_seccion3.pdf](http://www.col.ops-oms.org/sivigila/Indicadores/2001_seccion3.pdf) y  
[http://www.dane.gov.co/revista\\_ib/html\\_r8/articulo3.html](http://www.dane.gov.co/revista_ib/html_r8/articulo3.html)
- IRA: Encuesta Demográfica y Salud Familiar (DHS). Colombia 1995 y 2010.
- Población Rural: Organización Panamericana de la Salud (OPS). [http://www.col.ops-oms.org/sivigila/Indicadores/2001\\_seccion3.pdf](http://www.col.ops-oms.org/sivigila/Indicadores/2001_seccion3.pdf) e indicadores básicos de salud 2011.

### El Salvador

- TMI: “Proyección de la población de El Salvador 1995-2025.” Ministerio de Economía, DIGESTYC, UNFPA y CELADE, 1996. <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/7366>
- Fecundidad adolescente: “Proyección de la población de El Salvador 1995-2025.” Ministerio de Economía, DIGESTYC, UNFPA y CELADE, 1996.
- Pobreza: “Políticas públicas regionales sobre la reducción de la pobreza en Centroamérica y su incidencia en el pleno disfrute de los derechos humanos,” Cons. Centroam. Procur. Derechos Humanos IIDH Secr. Técnica, 2008.
- Densidad: elaboración propia en base a datos de “Proyección de la población de El Salvador 1995-2025.” Ministerio de Economía, DIGESTYC, UNFPA y CELADE, 1996.
- Diarrea: Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) 1998 Y 2008
- IRA: Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) 1998 Y 2008
- Población: “Proyección de la población de El Salvador 1995-2025.” Ministerio de Economía, DIGESTYC, UNFPA y CELADE, 1996.
- Tasa de analfabetismo: V Censo de Población y IV de Vivienda, 1992 y Censo de Población y vivienda 2007
- Población rural: V Censo de Población y IV de Vivienda, 1992 y Censo de Población y vivienda 2007.

### México

- TMI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
- Fecundidad adolescente: elaboración propia con base de datos Encuesta Nacional de

Salud (ENSA) 2000 Y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012.

- Pobreza: CONEVAL. (2010). La pobreza por ingresos en México.
- Densidad: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
- Vacuna Sarampión: Elaboración propia con base de datos Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 y Encuesta Nacional de Nutrición (ENSANUT) 2012, evidencia para la política pública en salud.
- Diarrea: Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 y Encuesta Nacional de Nutrición (ENSANUT) 2012
- IRA: Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 y Encuesta Nacional de Nutrición (ENSANUT) 2012
- Tasa de analfabetismo: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
- Población Indígena: Censo General de Población y Vivienda 2000 y INEGI (dato 2005)
- Población rural: Perfil socio demográfico de los estados unidos mexicanos, Censo de Población y vivienda 2010 (INEGI).

### Nicaragua

- TMI: Encuesta Demografía y Salud (DHS) 1998 y 2006/2007
- Fecundidad adolescente: Encuesta Demografía y Salud (DHS) 1998 y 2006/2007
- Pobreza: Dirección de Centroamérica, Sector Económico y Reducción de la Pobreza, Región de América Latina y el Caribe “Nicaragua Informe sobre la Pobreza 1993-2005,” Doc. del Banco Mundial, Informe No. - 39736, 2008 (página 210)
- Densidad: VII Censo de Población y III de Vivienda 1995, Resumen censal y VIII Censo de Población y IV de Vivienda 2005, Resumen censal.
- Vacuna sarampión: Encuesta Demografía y Salud (DHS) 1998 y 2006/2007
- Diarrea: Encuesta Demografía y Salud (DHS) 1998 y 2006/2007
- IRA: Encuesta Demografía y Salud (DHS) 1998 y 2006/2007
- Tasa de analfabetismo: Instituto Nacional de Información y desarrollo (INIDE) (dato 1995) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). Indicadores básicos 2007.
- Población Urbana: VII Censo de Población y III de Vivienda 1995, Resumen censal y VIII Censo de Población y IV de Vivienda 2005, Resumen censal
- Población: VII Censo de Población y III de Vivienda 1995, Resumen censal y VIII Censo de Población y IV de Vivienda 2005, Resumen censal

### Perú

- TMI: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (dato 2000) y INEI, “Perú : Mortalidad Infantil y sus Diferenciales por Departamento, Provincia y Distrito 2007,” 2009. (dato 2007)
- Fecundidad adolescente: Encuesta Demográfica y Salud Familiar (DHS). Perú 2000 y 2012
- Pobreza: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (dato 2011) y <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0068/cpob0008.htm> (dato 1993)
- Densidad: : Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (dato 1993) y [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0015/ca-p-512.htm](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0015/ca-p-512.htm) (dato 2010)
- Vacuna Sarampión: Encuesta Demográfica y Salud Familiar (DHS). Perú 1996 y 2010
- Diarrea: Encuesta Demográfica y Salud Familiar (DHS). Perú 1996 y 2010
- Población: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Población censada y proyecciones por departamentos.
- Tasa de analfabetismo: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (dato 2012) y <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0024/5.htm> (dato 1993)

## Documentos de Trabajo CEDES 132/2017

- Población Indígena: elaboración propia en base a Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda y <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0001/capit102.htm>
- IRA: Demográfica y Salud Familiar (DHS). Perú 1996 y 2010
- Población rural : : Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

### República Dominicana

- TMI: Encuesta de Demografía y Salud (DHS) 2002 y 2007.
- Fecundidad adolescente: Encuesta de Demografía y Salud (DHS) 2002 y 2007.
- Pobreza: Oficina Nacional de Estadística (ONE)
- Densidad: Elaboración propia en base a proyecciones de población de la Oficina Nacional de Estadística.
- Vacuna Sarampión: Encuesta de Demografía y Salud (DHS) 2002 y 2007
- Diarrea: Encuesta de Demografía y Salud (DHS) 2002 y 2007
- IRA: Encuesta de Demografía y Salud (DHS) 2002 y 2007
- Población: Oficina Nacional de Estadística (ONE). Proyecciones de población.
- Tasa de analfabetismo: Encuesta de Demografía y Salud (DHS) 2002 y 2007.
- Población rural: Censo 1993 (ONE) y IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010

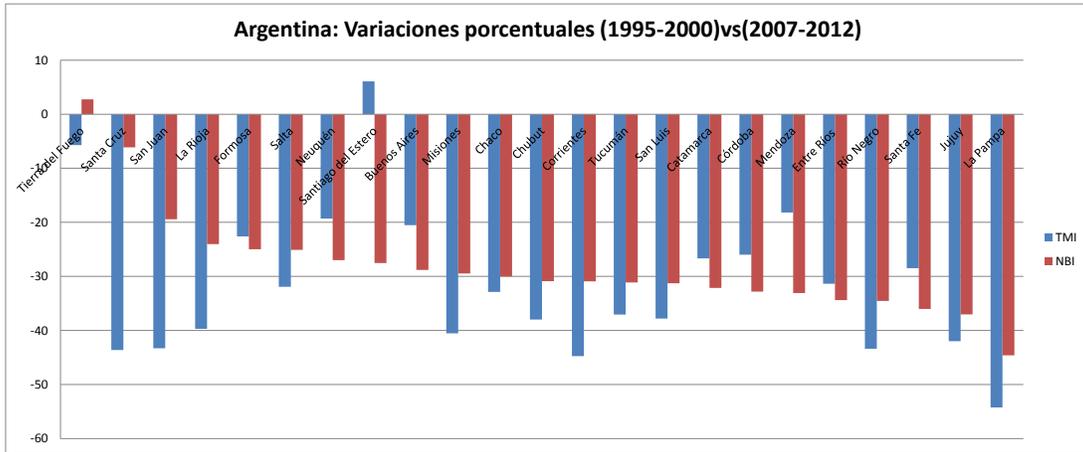
### Uruguay

- TMI: Ministerio de Salud de Uruguay
- Tasa de fecundidad: Instituto Nacional de Estadística (INE). Atlas\_fasciculo\_3\_Fecundidad
- Pobreza: Instituto Nacional de Estadística (INE). “Atlas Socio demográfico de la desigualdad del Uruguay” y J. Calvo and C. Giraldez, “Las Necesidades Básicas Insatisfechas en Uruguay,” p. 47, 1996.
- Densidad: Instituto Nacional de Estadística (INE)
- Población: Instituto Nacional de Estadística (INE)
- Tasa de analfabetismo: Ministerio de Educación. [http://educacion.mec.gub.uy/innovaportal/file/38167/1/logros\\_2012\\_final\\_digital.pdf](http://educacion.mec.gub.uy/innovaportal/file/38167/1/logros_2012_final_digital.pdf)
- Población Rural: Instituto Nacional de Estadística (INE). Anuario estadístico 2011 y Censo de población y vivienda 1996.

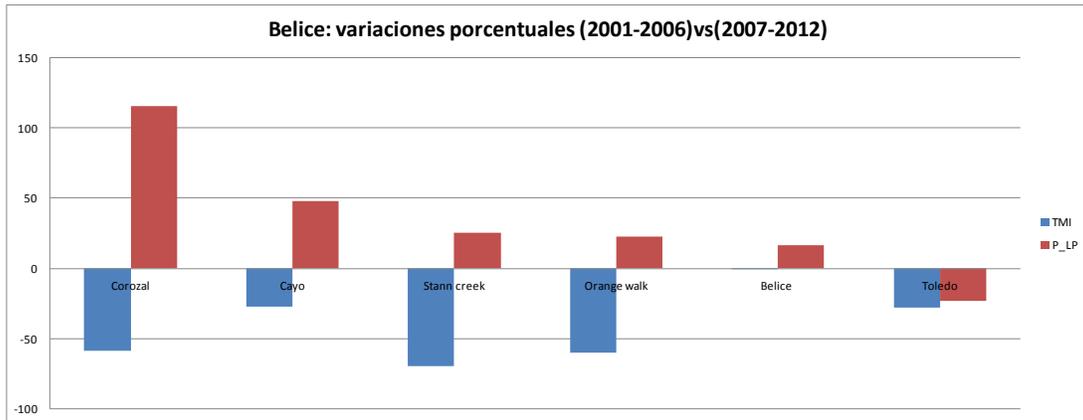
**ANEXOS**

**Anexo I**

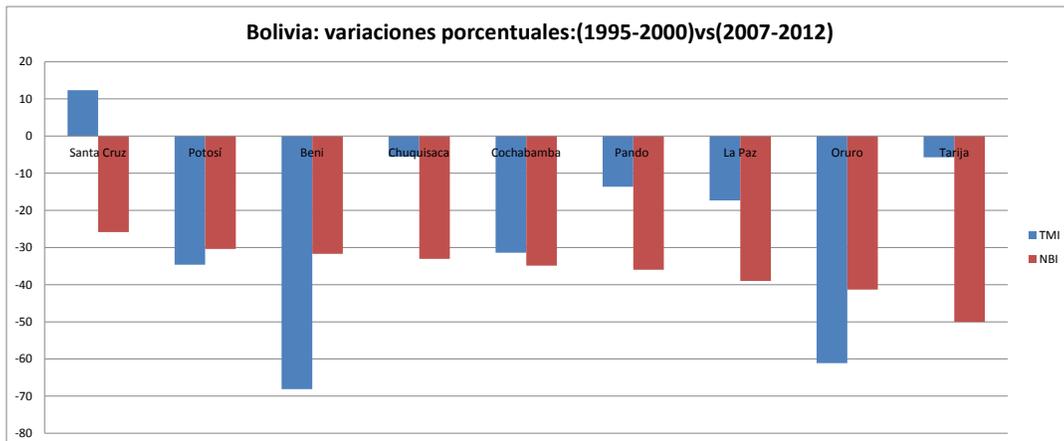
**Variaciones Porcentuales por País y Departamento en Tasa de Mortalidad Infantil y Pobreza**



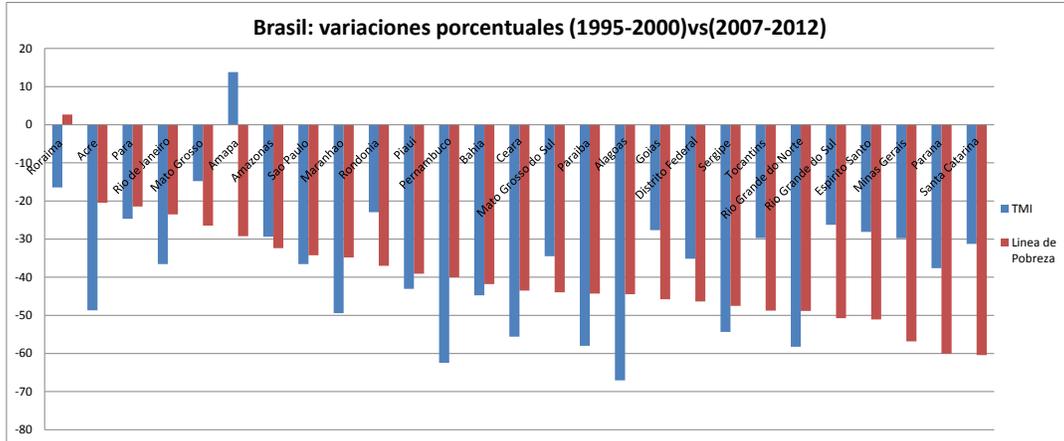
Fuente: Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) y Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).



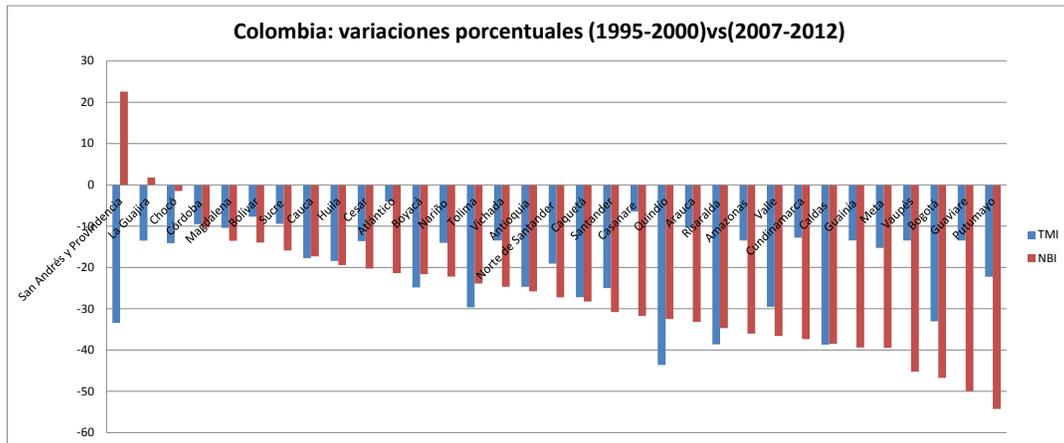
Fuente: Epidemiology Unit Ministry Of Health y Statistical Institute of Belize (SIB) .



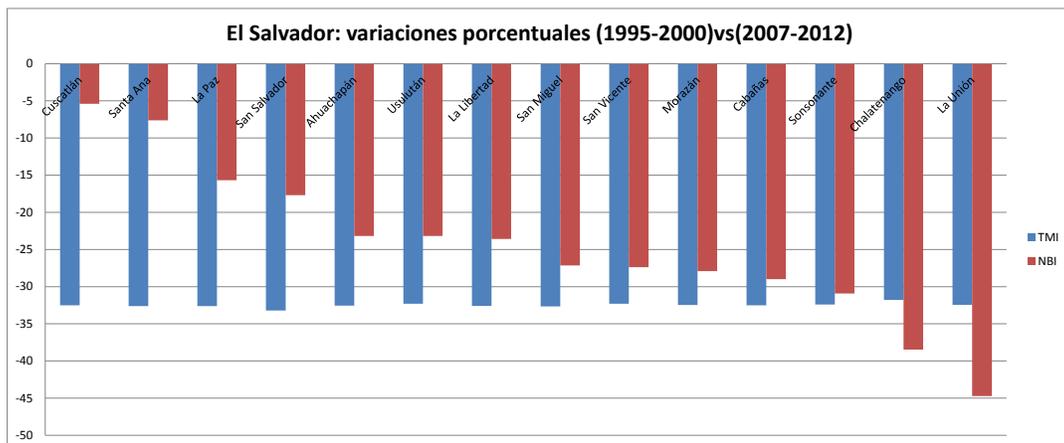
Fuente: Instituto Nacional de Estadística de Bolivia (INE).



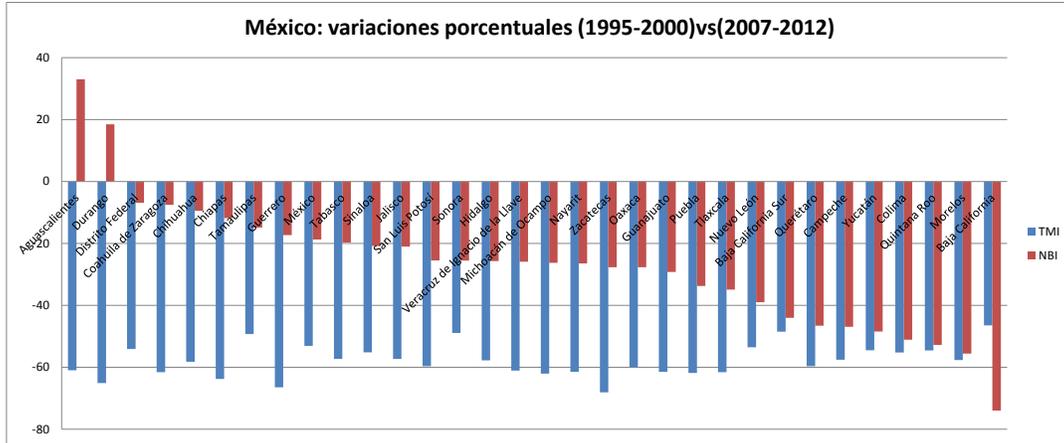
Fuente: Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE) y Ministerio do desenvolvimento social e combate a fome.



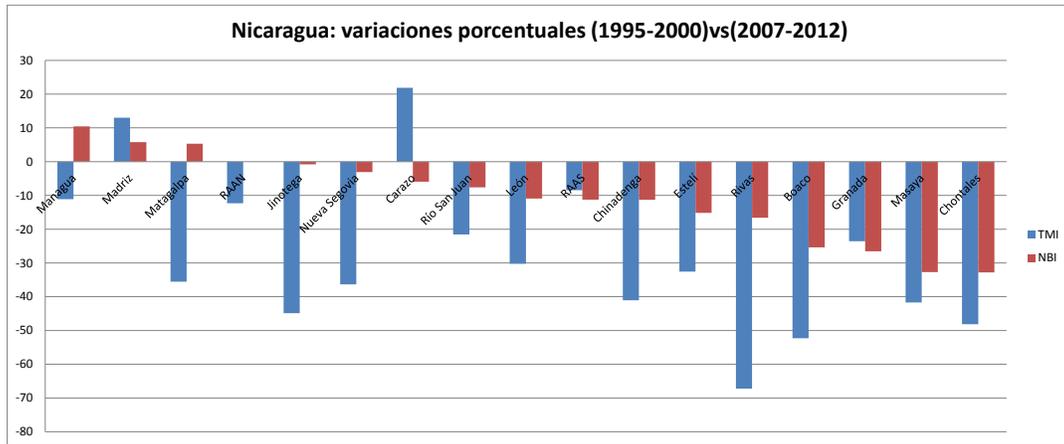
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).



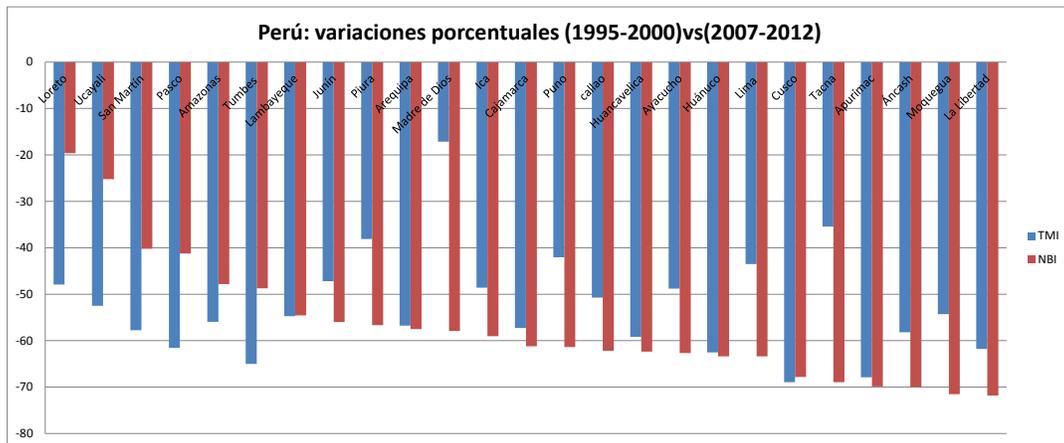
Fuente: CEPAL y Consejo Centroamericano de procuradores de DDHH.



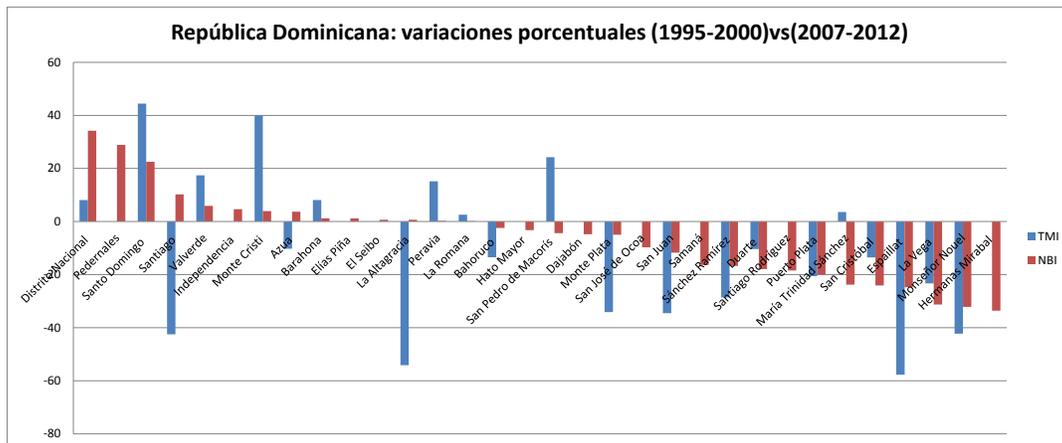
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).



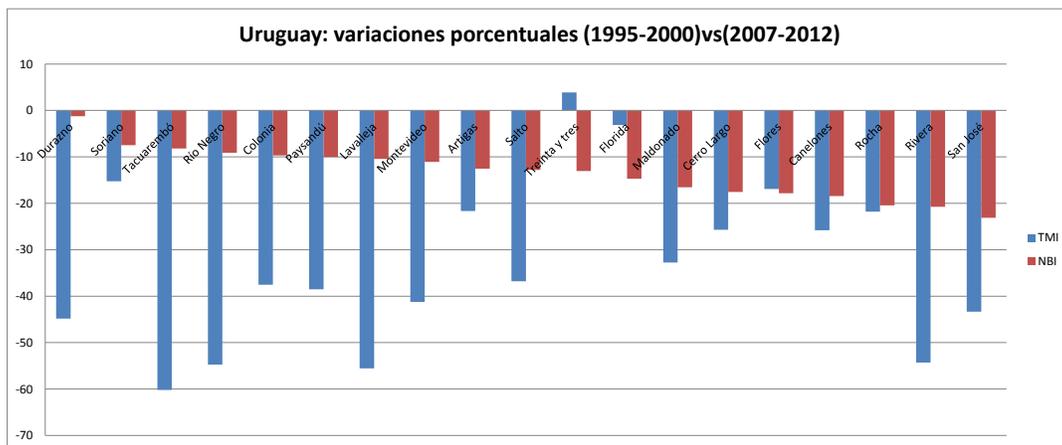
Fuente: Encuesta Demografía y Salud (DHS) y Banco Mundial.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).



Fuente: Encuesta de Demografía y Salud (DHS) y Oficina Nacional de Estadística (ONE).



Fuente: Ministerio de Salud de Uruguay e Instituto Nacional de Estadística (INE).

## Anexo II

Evolución de Indicadores Sanitarios y Niveles de Pobreza Iniciales,  
por País y por Jurisdicción Sub-Nacional

Argentina									Razón entre variaciones ( $\Delta$ variable-100/ $\Delta$ NBI-100)				
Departamento	% Población NBI 2001	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012						TMI	FA	VACU S	DIARR	IRA	
		NBI	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa de Fecundidad Adolescente	Vacuna Anti- Sarampionosa	Incidencia Diarrea	Incidencia Infección Resp. Aguda						
	(1)	(1)	(2)	(2)	(2)	(2)	(3)						
La Pampa	10.33	-44.61	-54.25	3.86	4.49	n.a	24.21	1.07	0.66	0.66	n.a	0.52	
Santa Cruz	10.36	-6.12	-43.60	14.11	25.93	n.a	106.33	1.35	0.81	0.70	n.a	-0.06	
Córdoba	13.00	-32.82	-26.00	13.00	5.49	n.a	-13.02	0.95	0.66	0.71	n.a	0.85	
Tierra del Fuego, Antártida e Isla	14.12	2.74	-5.71	8.90	-29.20	n.a	-38.73	1.09	0.94	1.33	n.a	1.43	
Santa Fe	14.79	-36.03	-28.47	4.94	10.89	n.a	-3.95	0.94	0.70	0.66	n.a	0.76	
Mendoza	15.38	-33.07	-18.18	7.44	0.00	n.a	-63.51	0.89	0.70	0.75	n.a	1.23	
Chubut	15.50	-30.88	-37.97	-5.43	2.15	n.a	7.81	1.05	0.81	0.75	n.a	0.70	
San Luis	15.63	-31.28	-37.79	-22.49	-11.82	n.a	-29.09	1.05	0.93	0.85	n.a	0.98	
Buenos Aires	15.76	-28.81	-20.53	19.00	-2.02	n.a	-1.36	0.94	0.63	0.79	n.a	0.79	
Neuquén	17.00	-26.98	-19.30	7.26	5.15	n.a	-17.49	0.94	0.73	0.75	n.a	0.93	
San Juan	17.42	-19.43	-43.30	1.88	3.13	n.a	1.56	1.20	0.82	0.81	n.a	0.82	
Entre Ríos	17.62	-34.38	-31.36	-8.21	7.37	n.a	16.18	0.98	0.81	0.69	n.a	0.62	
Río Negro	17.86	-34.53	-43.37	-1.95	1.96	n.a	-14.61	1.07	0.76	0.73	n.a	0.85	
La Rioja	20.40	-24.02	-39.71	-4.00	-26.61	n.a	67.79	1.13	0.84	1.02	n.a	0.26	
Catamarca	21.45	-32.13	-26.67	-23.38	25.58	n.a	9.37	0.96	0.93	0.56	n.a	0.69	
Tucumán	23.86	-31.11	-37.05	7.30	8.99	n.a	36.65	1.05	0.71	0.69	n.a	0.48	
Misiones	27.11	-29.45	-40.54	-13.53	31.43	n.a	-31.09	1.09	0.88	0.53	n.a	1.01	
Corrientes	28.54	-30.90	-44.74	8.43	-22.13	n.a	-16.08	1.11	0.70	0.93	n.a	0.89	
Jujuy	28.79	-37.03	-41.99	-18.49	16.47	n.a	-8.89	1.04	0.86	0.61	n.a	0.79	
Santiago del Estero	31.32	-27.52	6.06	5.88	-19.42	n.a	27.65	0.74	0.74	0.94	n.a	0.57	
Salta	31.62	-25.11	-31.91	-9.56	-18.87	n.a	-19.43	1.05	0.88	0.95	n.a	0.95	
Chaco	33.03	-30.00	-32.88	-12.75	-13.54	n.a	3.54	1.02	0.87	0.87	n.a	0.74	
Formosa	33.63	-24.98	-22.61	-3.51	5.56	n.a	60.34	0.98	0.83	0.76	n.a	0.32	
<b>Promedio</b>	<b>20.63</b>	<b>-28.19</b>	<b>-31.39</b>	<b>-0.93</b>	<b>0.48</b>	<b>n.a</b>	<b>4.53</b>	<b>1.03</b>	<b>0.79</b>	<b>0.78</b>	<b>n.a</b>	<b>0.75</b>	
Correlación con % población con NBI (1995- 2000)	1.000	-0.106	0.147	-0.401	-0.190	n.a	0.024						

Fuente:

- (1) Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).
- (2) Ministerio de Salud de la Nación.
- (3) Organización Panamericana de la Salud (OPS)

**Belice**

Departamento	% Población bajo la línea de pobreza 1995- 2000	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012						Razón entre variaciones ( $\Delta$ variable-100/ $\Delta$ LPI-100)				
		LP	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa de Fecundidad Adolescente	Vacuna Anti- Sarampionos a	Incidencia Diarrea	Incidencia Infección Resp. Aguda	TMI	FA	VACU S	DIARR	IRA
		(1)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)					
Belice	24.80	16.13	-0.16	n.a	1.32	n.a	-32.02	1.19	n.a	1.18	n.a	1.57
Corozal	26.10	115.33	-58.97	n.a	-10.95	n.a	102.34	-10.37	n.a	-7.24	n.a	0.15
Cayo	27.40	48.18	-27.45	n.a	-1.69	n.a	29.34	2.46	n.a	1.96	n.a	1.36
Stann creek	34.80	25.57	-69.80	n.a	-12.56	n.a	-41.31	2.28	n.a	1.51	n.a	1.90
Orange walk	34.90	22.64	-59.95	n.a	10.86	n.a	-29.70	2.07	n.a	1.15	n.a	1.68
Toledo	79.00	-23.54	-28.25	n.a	24.71	n.a	79.48	1.04	n.a	0.61	n.a	0.17
<b>Promedio</b>	<b>37.83</b>	<b>34.05</b>	<b>-40.76</b>	<b>n.a</b>	<b>1.95</b>	<b>n.a</b>	<b>18.02</b>	<b>-0.22</b>	<b>n.a</b>	<b>-0.14</b>	<b>n.a</b>	<b>1.14</b>
<b>Correlación con % población NBI (1995- 2000)</b>	1.000	-0.668	0.075	n.a	0.795	n.a	0.373					

Fuente:

(1) Instituto de Estadística de Belice.

(2) Epidemiology Unit Ministry Of Health.

## Bolivia

Departamento	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012							Razón entre variaciones ( $\Delta$ variable-100/ $\Delta$ NBI-100)				
	% Población NBI 1995-2000	NBI	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa de Fecundidad Adolescente	Vacuna Anti- Sarampionosa	Incidencia Diarrea	Incidencia Infección Resp. Aguda	TMI	FA	VACU S	DIARR	IRA
	(1)	(1)	(1)	(2)	(2)	(2)	(2)					
Santa Cruz	60.50	-41.32	-61.11	39.38	42.72	23.36	-19.40	1.14	0.43	0.41	0.54	0.84
Tarija	69.20	-50.00	-5.71	-8.65	47.00	11.11	-28.80	0.70	0.72	0.35	0.59	0.86
Oruro	70.20	-33.05	-5.56	168.97	22.66	33.67	-25.00	0.79	-0.52	0.58	0.50	0.94
La Paz	71.10	-34.88	-31.40	37.93	35.64	-9.03	-31.18	0.97	0.46	0.48	0.81	0.97
Cochabamba	71.10	-36.01	-13.64	13.02	106.89	-7.47	-10.30	0.84	0.64	-0.05	0.79	0.81
Chuquisaca	79.80	-31.70	-68.12	23.88	77.86	3.92	-47.96	1.28	0.58	0.17	0.73	1.12
Potosí	80.50	-25.84	12.35	83.17	60.73	41.50	-25.53	0.70	0.13	0.31	0.46	1.00
Beni	81.00	-30.37	-34.62	12.81	150.95	-26.33	-30.10	1.03	0.67	-0.39	0.97	1.00
Pando	96.40	-39.00	-17.31	31.32	150.95	10.68	0.67	0.84	0.49	-0.37	0.64	0.71
<b>Promedio</b>	<b>75.53</b>	<b>-35.80</b>	<b>-25.01</b>	<b>44.65</b>	<b>77.27</b>	<b>9.05</b>	<b>-24.18</b>	<b>0.92</b>	<b>0.40</b>	<b>0.17</b>	<b>0.67</b>	<b>0.92</b>
<b>Correlación con % población NBI (1995-2000)</b>	1.000	0.320	0.186	-0.098	0.732	-0.127	0.275					

Fuente:

(1) Instituto de Estadística de Bolivia.

(2) Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bolivia 1998 y 2008

## Brasil

Departamento	% Población bajo la línea de extrema pobreza 1995-2000	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012						Razón entre variaciones ( $\Delta$ variable-100/ $\Delta$ LPE-100)				
		LPE	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa de Fecundidad Adolescente	Vacuna Anti- Sarampionosa	Incidencia Diarrea	Incidencia Infección Resp. Aguda	TMI	FA	VACU S	DIARR	IRA
		(1)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)					
Sao Paulo	3.71	-34.24	-36.54	-28.92	5.43	-68.97	n.a	1.02	0.96	0.70	1.26	n.a
Distrito Federal	3.90	-46.34	-35.13	-36.70	-100.00	-60.00	n.a	0.92	0.93	1.37	1.09	n.a
Santa Catarina	4.31	-60.45	-31.24	-29.50	13.59	-72.73	n.a	0.82	0.81	0.54	1.08	n.a
Rio de Janeiro	5.04	-23.50	-36.57	-24.49	23.37	-61.29	n.a	1.11	1.01	0.62	1.31	n.a
Rio Grande do Sul	5.66	-50.73	-26.24	-32.28	14.25	-62.96	n.a	0.84	0.88	0.57	1.08	n.a
Parana	6.92	-60.05	-37.61	-28.95	8.94	-77.78	n.a	0.86	0.81	0.57	1.11	n.a
Goias	7.38	-45.76	-27.63	-34.75	28.47	-62.22	n.a	0.88	0.92	0.49	1.11	n.a
Espirito Santo	7.75	-51.07	-28.10	-28.03	6.33	-67.35	n.a	0.85	0.85	0.62	1.11	n.a
Mato Grosso do Sul	8.36	-43.97	-34.47	-27.98	29.44	-22.81	n.a	0.93	0.89	0.49	0.85	n.a
Mato Grosso	8.78	-26.47	-14.80	-30.25	30.71	-55.22	n.a	0.91	1.03	0.55	1.23	n.a
Minas Gerais	9.56	-56.84	-29.78	-28.99	n.a	-62.50	n.a	0.83	0.82	n.a	1.04	n.a
Rondonia	13.29	-36.99	-22.93	-38.45	16.37	-74.07	n.a	0.90	1.01	0.61	1.27	n.a
Roraima	16.40	2.66	-16.44	-25.64	5.89	-75.35	n.a	1.20	1.29	0.97	1.80	n.a
Amapa	17.88	-29.22	13.82	-26.83	-24.18	-52.63	n.a	0.67	0.98	0.96	1.18	n.a
Acre	22.19	-20.46	-48.69	-25.10	45.76	-27.63	n.a	1.23	1.04	0.45	1.06	n.a
Rio Grande do Norte	22.46	-48.85	-58.25	-33.46	21.91	-81.48	n.a	1.06	0.90	0.52	1.22	n.a
Tocantins	22.50	-48.77	-29.72	-30.42	38.47	-77.59	n.a	0.87	0.88	0.41	1.19	n.a
Para	22.59	-21.46	-24.67	-21.99	97.80	-47.89	n.a	1.03	1.00	0.02	1.22	n.a
Pernambuco	23.15	-40.04	-62.44	-22.42	22.98	-50.00	n.a	1.16	0.87	0.55	1.07	n.a
Sergipe	25.04	-47.52	-54.36	-30.51	29.84	-65.45	n.a	1.05	0.88	0.48	1.12	n.a
Bahia	25.64	-41.80	-44.76	-23.87	64.33	-59.14	n.a	1.02	0.87	0.25	1.12	n.a
Paraiba	25.93	-44.29	-57.97	-21.31	36.41	-46.05	n.a	1.09	0.84	0.44	1.01	n.a
Amazonas	27.70	-32.37	-29.34	-22.06	18.39	-19.40	n.a	0.98	0.92	0.62	0.90	n.a
Ceara	28.12	-43.50	-55.58	-29.16	7.47	-78.82	n.a	1.08	0.90	0.64	1.25	n.a
Piaui	32.13	-39.09	-43.04	-24.37	37.80	-52.38	n.a	1.03	0.89	0.45	1.10	n.a
Alagoas	32.47	-44.46	-67.04	-22.06	139.06	-53.64	n.a	1.16	0.84	-0.27	1.06	n.a
Maranhao	36.23	-34.79	-49.41	-24.91	39.01	-4.29	n.a	1.11	0.93	0.45	0.77	n.a
<b>Promedio</b>	<b>17.23</b>	<b>-39.64</b>	<b>-36.63</b>	<b>-27.90</b>	<b>25.30</b>	<b>-57.02</b>	<b>n.a</b>	<b>0.98</b>	<b>0.92</b>	<b>0.54</b>	<b>1.13</b>	<b>n.a</b>
<b>Correlación con% de población bajo la LPE (1995-2000)</b>	1.000	0.178	-0.480	0.540	0.516	0.385	n.a					

Fuente:

(1) Ministerio do desenvolvimento social e combate a fome.

(2) Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE)

## Colombia

Departamento	% Población NBI 1995- 2000	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012						Razón entre variaciones ( $\Delta$ variable-100/ $\Delta$ NBI-100)				
		NBI	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa de Fecundidad Adolescente	Vacuna Anti- Sarampionosa	Incidencia Diarrea	Incidencia Infección Resp. Aguda	TMI	FA	VACU S	DIARR	IRA
	(1)	(1)	(1)	(1)	(2)	(3)	(3)					
Bogotá	17.28	-46.74	-33.07	-55.10	0.30	-41.56	-81.27	0.91	1.06	0.68	0.96	1.24
Quindío	23.99	-32.47	-43.62	-11.27	12.08	-35.11	-56.65	1.08	0.84	0.66	1.02	1.18
Valle	24.72	-36.59	-29.54	-36.34	42.25	-25.19	-50.75	0.95	1.00	0.42	0.92	1.10
Risaralda	26.75	-34.70	-38.64	-9.99	24.37	-36.17	-58.37	1.03	0.82	0.56	1.01	1.18
Caldas	28.90	-38.53	-38.70	-9.83	-10.65	-22.34	-53.22	1.00	0.79	0.80	0.88	1.11
Antioquia	30.95	-25.83	-24.71	-32.43	-1.07	-37.66	-43.72	0.99	1.05	0.80	1.09	1.14
Atlántico	31.46	-21.37	-4.05	-45.70	-30.06	-51.58	-41.64	0.86	1.20	1.07	1.25	1.17
Santander	31.70	-30.81	-25.00	-10.51	142.35	-6.92	-63.55	0.96	0.84	-0.32	0.82	1.25
San Andrés y Providencia	33.31	22.60	-33.45	-8.34	43.24	n.a	n.a	1.72	1.40	0.73	n.a	n.a
Cundinamarca	34.02	-37.38	-12.80	-46.02	-7.08	-13.70	-71.56	0.82	1.06	0.78	0.83	1.25
Tolima	39.22	-23.89	-29.66	-15.72	2.36	-11.98	-76.69	1.05	0.93	0.79	0.90	1.43
Boyacá	39.26	-21.64	-24.84	-4.33	32.08	-12.33	-74.41	1.03	0.86	0.56	0.92	1.43
Huila	40.49	-19.42	-18.45	-20.03	-0.10	-18.56	-50.00	0.99	1.01	0.84	0.99	1.26
Meta	41.34	-39.45	-15.27	-11.36	125.57	0.68	-69.67	0.83	0.80	-0.18	0.71	1.22
Norte de Santander	41.83	-27.26	-19.08	-4.52	82.34	11.54	-57.48	0.94	0.82	0.14	0.70	1.24
Casanare	52.10	-31.78	-6.45	-30.90	17.60	n.a	n.a	0.81	0.99	0.63	n.a	n.a
Arauca	53.76	-33.20	-10.39	-23.16	55.53	n.a	n.a	0.83	0.92	0.33	n.a	n.a
Bolívar	54.19	-13.99	-7.71	-6.09	-10.11	-19.05	-49.05	0.94	0.93	0.97	1.04	1.31
Magdalena	55.15	-13.55	-10.43	-0.57	14.27	16.13	-56.00	0.97	0.89	0.76	0.74	1.37
Cesar	56.10	-20.27	-13.62	-10.21	54.70	7.74	-62.80	0.94	0.92	0.38	0.77	1.35
Nariño	56.31	-22.23	-14.07	3.48	239.91	-45.31	-69.52	0.93	0.79	-1.14	1.19	1.39
Cauca	56.40	-17.35	-17.76	-32.19	43.97	-18.75	-73.63	1.00	1.13	0.48	1.01	1.48
Caquetá	58.16	-28.25	-27.21	-33.90	8.01	2.40	-52.12	0.99	1.04	0.72	0.76	1.19
La Guajira	64.08	1.79	-13.51	-14.49	64.65	-1.94	-53.60	1.16	1.17	0.36	1.04	1.56
Sucre	65.21	-15.87	-9.45	-10.93	52.81	-1.36	-56.27	0.94	0.96	0.41	0.87	1.35
Córdoba	65.88	-10.30	-9.55	-12.49	34.95	-18.37	-51.33	0.99	1.02	0.59	1.07	1.37
Amazonas	69.45	-36.05	-13.49	-23.23	52.35	n.a	n.a	0.83	0.91	0.35	n.a	n.a
Putumayo	78.77	-54.28	-22.25	-35.11	34.10	n.a	n.a	0.79	0.88	0.43	n.a	n.a
Guaviare	79.76	-49.99	-13.49	-23.23	-29.87	n.a	n.a	0.76	0.82	0.87	n.a	n.a
Chocó	80.39	-1.49	-14.12	-26.71	-15.01	-12.68	-56.03	1.12	1.25	1.13	1.11	1.54
Vichada	88.92	-24.70	-13.49	-23.23	152.90	n.a	n.a	0.91	0.99	-0.42	n.a	n.a
Guainía	100.00	-39.38	-13.49	-23.23	95.20	n.a	n.a	0.81	0.88	0.03	n.a	n.a
Vaupés	100.00	-45.23	-13.49	-23.23	-11.21	n.a	n.a	0.78	0.85	0.77	n.a	n.a
<b>Promedio</b>	<b>52.12</b>	<b>-26.35</b>	<b>-19.24</b>	<b>-20.33</b>	<b>39.78</b>	<b>-16.34</b>	<b>-59.56</b>	<b>0.96</b>	<b>0.96</b>	<b>0.48</b>	<b>0.94</b>	<b>1.30</b>
<b>Correlación con % población con NBI (1995- 2000)</b>	1.000	-0.056	0.566	0.049	0.151	0.477	0.130					

Fuente:

- (1) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).
- (2) Ministerio de Salud. Coberturas de vacunación departamental.
- (3) Encuesta Demográfica y Salud Familiar (DHS). Colombia 1995 y 2010.

## El Salvador

Departamento	Personas bajo la línea de pobreza(%) 1995-2000 (1)	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012						Razón entre variaciones ( $\Delta$ variable-100/ $\Delta$ Pobreza-100)				
		pobreza (1)	Tasa de Mortalidad Infantil (2)	Tasa de Fecundidad Adolescente (2)	Vacuna Anti-Sarampionosa (3)	Incidencia Diarrea (3)	Incidencia Infección Resp. Aguda (3)	TMI	FA	VACU S	DIARR	IRA
San Salvador	32.80	-17.68	-33.21	-15.64	n.a	-20.00	-18.21	1.13	0.98	n.a	1.02	1.00
La Libertad	36.90	-23.58	-32.59	-16.63	n.a	1.12	13.62	1.07	0.94	n.a	0.80	0.70
Santa Ana	45.90	-7.63	-32.62	-16.75	n.a	-39.82	-10.06	1.23	1.08	n.a	1.30	1.02
La Paz	48.50	-15.67	-32.62	-18.80	n.a	-32.62	-38.83	1.15	1.03	n.a	1.15	1.20
Cuscatlán	50.10	-5.39	-32.50	-16.57	n.a	3.23	-17.75	1.26	1.11	n.a	0.92	1.12
Sonsonante	51.10	-30.92	-32.41	-17.64	n.a	-55.86	-27.11	1.01	0.90	n.a	1.19	0.97
San Miguel	53.40	-27.15	-32.66	-17.30	n.a	-67.61	18.15	1.04	0.92	n.a	1.32	0.64
Ahuachapán	56.50	-23.19	-32.56	-17.31	n.a	-18.54	-37.98	1.08	0.95	n.a	0.96	1.12
Usulután	60.80	-23.19	-32.31	-17.05	n.a	-31.60	-19.55	1.07	0.95	n.a	1.07	0.97
San Vicente	62.80	-27.39	-32.30	-17.40	n.a	-1.55	-7.49	1.04	0.92	n.a	0.80	0.84
La Unión	63.50	-44.72	-32.45	-18.15	n.a	-49.15	-30.18	0.92	0.82	n.a	1.03	0.90
Morazán	66.30	-27.90	-32.48	-18.51	n.a	-23.25	1.57	1.04	0.93	n.a	0.96	0.77
Chalatenango	66.30	-38.46	-31.79	-18.77	n.a	-40.17	-1.79	0.95	0.86	n.a	1.01	0.74
Cabañas	73.50	-28.98	-32.52	-19.49	n.a	-20.15	-18.87	1.03	0.93	n.a	0.93	0.92
<b>Promedio</b>	<b>54.89</b>	<b>-24.42</b>	<b>-32.50</b>	<b>-17.57</b>	<b>n.a</b>	<b>-28.28</b>	<b>-13.89</b>	<b>1.07</b>	<b>0.95</b>	<b>n.a</b>	<b>1.03</b>	<b>0.92</b>
<b>Correlación con % población en condición de pobreza (1995-2000)</b>	1.000	-0.565	0.666	-0.777	n.a	-0.146	-0.074					

Fuente:

(1) Cons. Centroam. Procur. Derechos Humanos IIDH Secr. Técnica, 2008.

(2) Ministerio de Economía, DIGESTYC, UNFPA y CELADE, 1996.

(3) Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) 1998 Y 2008.

## México

Departamento	% Población con pobreza alimentaria 1995-2000 (1)	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012						Razón entre variaciones ( $\Delta$ variable-100/ $\Delta$ pobreza-100)				
		pobreza alimentaria (1)	Tasa de Mortalidad Infantil (2)	Tasa de Fecundidad Adolescente (3)	Vacuna Anti- Sarampionosa (3)	Incidencia Diarrea (3)	Incidencia Infección Resp. Aguda (3)	TMI	FA	VACU S	DIARR	IRA
Baja California	5.00	-74.00	-46.46	5.03	22.69	121.28	51.83	0.84	0.55	0.44	-0.12	0.28
Distrito Federal	5.80	-6.90	-54.12	77.70	21.20	-12.21	49.26	1.44	0.21	0.74	1.05	0.47
Nuevo León	5.90	-38.98	-53.55	9.36	38.47	-2.30	25.06	1.10	0.65	0.44	0.74	0.54
Baja California Sur	8.40	-44.05	-48.50	5.59	32.58	12.41	33.77	1.03	0.66	0.47	0.61	0.46
Coahuila de Zaragoza	9.30	-7.53	-61.59	78.76	2.29	48.75	34.07	1.50	0.20	0.91	0.48	0.61
Chihuahua	9.50	-9.47	-58.21	22.36	11.48	-13.95	-8.06	1.45	0.71	0.81	1.04	0.99
Aguascalientes	11.20	33.04	-60.98	40.46	18.73	-33.55	-27.73	2.40	0.89	1.21	1.99	1.91
Tamaulipas	12.10	-14.88	-49.26	31.86	45.17	-10.71	69.88	1.30	0.59	0.48	0.96	0.26
Sonora	12.90	-25.58	-48.90	-11.33	31.89	-19.63	-25.32	1.19	0.89	0.54	0.95	1.00
Jalisco	13.80	-21.01	-57.30	-17.71	29.77	-12.17	1.05	1.30	0.97	0.58	0.93	0.82
Sinaloa	17.30	-20.81	-55.17	-7.02	29.31	-64.88	40.32	1.28	0.89	0.59	1.36	0.49
México	17.60	-18.75	-53.06	51.02	26.76	37.38	-5.17	1.29	0.41	0.62	0.53	0.89
Colima	18.20	-51.10	-55.21	86.88	17.76	-16.31	17.52	1.03	0.09	0.54	0.77	0.55
Durango	20.60	18.45	-65.11	-11.33	28.60	-34.72	63.44	2.02	1.37	0.88	1.65	0.45
Quintana Roo	23.30	-52.79	-54.55	-25.34	40.76	5.51	7.73	1.01	0.82	0.39	0.62	0.60
Nayarit	23.40	-26.50	-61.46	55.06	44.24	-43.07	11.99	1.28	0.36	0.44	1.13	0.70
Querétaro	23.40	-46.58	-59.65	8.86	20.86	2.13	-41.37	1.09	0.62	0.54	0.67	0.96
Morelos	24.10	-55.60	-57.68	16.37	42.38	-48.04	-2.82	1.01	0.54	0.37	0.95	0.66
Guanajuato	26.70	-29.21	-61.50	86.00	31.60	-39.84	-19.45	1.25	0.11	0.53	1.08	0.92
Tlaxcala	27.50	-34.91	-61.56	23.05	44.41	-54.22	-14.41	1.20	0.57	0.41	1.14	0.85
Zacatecas	28.90	-27.68	-68.12	24.11	33.84	55.93	-4.58	1.32	0.59	0.52	0.35	0.82
Michoacán de Ocampo	31.60	-26.27	-62.03	14.23	36.89	-10.39	27.78	1.28	0.68	0.50	0.87	0.57
San Luis Potosí	34.50	-25.51	-59.67	277.83	23.46	-34.68	-7.82	1.27	-1.42	0.61	1.07	0.86
Hidalgo	34.60	-25.72	-57.76	-5.58	22.10	-49.64	45.56	1.25	0.84	0.62	1.19	0.43
Yucatán	35.10	-48.43	-54.51	16.41	20.61	0.00	35.12	1.04	0.56	0.53	0.67	0.44
Tabasco	35.50	-19.72	-57.31	34.85	22.06	43.18	8.65	1.31	0.54	0.65	0.47	0.76
Campeche	37.70	-46.95	-57.55	49.37	27.10	-21.64	-1.38	1.07	0.34	0.50	0.83	0.69
Veracruz de Ignacio de la Llave	37.80	-25.93	-61.10	56.65	20.06	-24.48	87.01	1.28	0.34	0.63	0.99	0.10
Puebla	40.30	-33.75	-61.82	-14.09	43.63	-30.23	62.40	1.21	0.85	0.42	0.97	0.28
Guerrero	50.80	-17.32	-66.45	-19.46	55.43	13.97	4.74	1.42	1.02	0.38	0.73	0.81
Oaxaca	52.70	-27.70	-59.94	-22.25	26.10	-25.00	35.76	1.25	0.96	0.58	0.98	0.50
Chiapas	53.30	-11.82	-63.76	54.27	61.15	-33.99	73.73	1.46	0.41	0.35	1.20	0.23
<b>Promedio</b>	<b>24.65</b>	<b>-27.00</b>	<b>-57.93</b>	<b>31.00</b>	<b>30.42</b>	<b>-9.22</b>	<b>19.64</b>	<b>1.29</b>	<b>0.56</b>	<b>0.57</b>	<b>0.90</b>	<b>0.65</b>
<b>Correlación con % población Pobr. Alimentaria(1995-2000)</b>	<b>1.000</b>	<b>-0.049</b>	<b>-0.578</b>	<b>0.016</b>	<b>0.393</b>	<b>-0.256</b>	<b>0.149</b>					

Fuente:

- (1) CONEVAL. (2010). La pobreza por ingresos en México..
- (2) Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
- (3) Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 Y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012

Nicaragua

Departamento	incidencia de pobreza(%) 1995-2000	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012						Razón entre variaciones ( $\Delta$ variable-100/ $\Delta$ Pobreza-100)				
		pobreza (1)	Tasa de Mortalidad Infantil (2)	Tasa de Fecundidad Adolescente (2)	Vacuna Anti- Sarampionosa (2)	Incidencia Diarrea (2)	Incidencia Infección Resp. Aguda (2)	TMI	FA	VACU S	DIARR	IRA
Managua	20.10	10.45	-11.11	-16.87	4.61	-7.01	-1.01	1.24	1.31	1.07	1.19	1.13
Masaya	48.60	-32.72	-41.72	38.14	-1.91	47.83	45.79	1.07	0.47	0.77	0.39	0.41
Carazo	49.00	-5.92	21.88	-27.97	-2.14	28.57	-13.11	0.74	1.21	0.96	0.67	1.07
Granada	51.20	-26.56	-23.55	27.16	4.29	50.00	22.50	0.98	0.58	0.76	0.40	0.61
León	54.10	-10.91	-30.23	-11.15	-1.28	36.73	21.60	1.17	1.00	0.91	0.57	0.71
Estelí	56.70	-15.17	-32.55	-6.06	-4.70	-10.58	26.67	1.15	0.92	0.91	0.96	0.64
Chinandega	57.50	-11.30	-41.05	-28.03	3.67	1.24	77.19	1.27	1.15	0.87	0.89	0.20
Rivas	58.40	-16.61	-67.21	-6.12	0.32	98.36	29.38	1.43	0.91	0.85	0.01	0.61
Chontales	62.50	-32.80	-48.14	5.42	18.64	42.11	77.30	1.12	0.71	0.61	0.44	0.17
RAAS	65.80	-11.25	-8.43	6.62	18.78	76.62	5.65	0.97	0.84	0.73	0.21	0.85
Matagalpa	67.90	5.30	-35.55	3.73	-4.03	-10.38	-23.80	1.43	1.02	1.10	1.17	1.31
Boaco	68.20	-25.37	-52.29	-16.03	-5.44	70.69	-23.97	1.21	0.93	0.84	0.23	0.99
Río San Juan	71.00	-7.61	-21.57	-17.15	-3.26	32.09	34.84	1.13	1.09	0.96	0.63	0.61
Nueva Segovia	71.50	-3.08	-36.36	1.35	4.25	22.95	9.38	1.32	0.96	0.93	0.75	0.88
RAAN	72.40	0.00	-12.34	10.97	-1.17	16.18	32.11	1.12	0.89	1.01	0.84	0.68
Jinotega	73.20	-0.82	-44.87	-16.28	13.57	-1.33	6.08	1.44	1.15	0.86	1.01	0.93
Madriz	74.60	5.76	13.01	-14.08	-6.98	-8.97	26.59	0.92	1.21	1.14	1.16	0.78
<b>Promedio</b>	<b>60.16</b>	<b>-10.51</b>	<b>-27.77</b>	<b>-3.90</b>	<b>2.19</b>	<b>28.54</b>	<b>20.78</b>	<b>1.16</b>	<b>0.96</b>	<b>0.90</b>	<b>0.68</b>	<b>0.74</b>
<b>Correlación con % población en condición de pobreza (1995-2000)</b>	1.000	0.033	-0.127	-0.006	-0.008	0.039	0.024					

Fuente:

(1) Banco Mundial, Informe No. - 39736, 2008

(2) Encuesta Demografía y Salud (DHS) 1998 y 2006/2007.

## Perú

Departamento	% Población NBI 1995-2000	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012						Razón entre variaciones ( $\Delta$ variable-100/ $\Delta$ NBI-100)				
		NBI	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa de Fecundidad Adolescente	Vacuna Anti- Sarampionosa	Incidenci a Diarrea	Incidencia Infección Resp. Aguda	TMI	FA	VACU S	DIARR	IRA
		(1)	(1)	(2)	(2)	(2)	(2)					
Callao	33.4	-62.18	-50.73	-8.33	-14.19	9.45	12.96	0.93	0.67	0.70	0.56	0.54
Lima	34.5	-63.39	-43.50	-8.33	-14.19	9.45	12.96	0.88	0.66	0.70	0.55	0.53
Tacna	38.7	-68.94	-35.42	-13.75	-4.03	35.40	134.43	0.80	0.67	0.62	0.38	-0.20
Arequipa	43.3	-57.51	-56.75	-45.26	-0.69	-30.25	-39.71	1.00	0.92	0.64	0.83	0.89
Ica	44.3	-59.04	-48.57	60.23	-22.09	11.38	-10.37	0.93	0.25	0.77	0.56	0.69
Moquegua	47.9	-71.52	-54.29	33.80	-7.91	30.85	-51.33	0.90	0.39	0.63	0.40	0.88
Lambayeque	48.6	-54.55	-54.74	40.91	-1.43	-30.83	-43.28	1.00	0.38	0.66	0.85	0.93
La Libertad	50.6	-71.82	-61.78	57.29	1.64	-2.94	-27.56	0.94	0.25	0.57	0.60	0.74
Tumbes	61.6	-48.73	-65.00	143.24	-9.80	35.71	-40.33	1.11	-0.29	0.74	0.43	0.94
Áncash	64.1	-69.97	-58.20	-19.88	1.87	25.49	-5.73	0.93	0.71	0.58	0.44	0.62
Junín	66.1	-55.98	-47.21	-2.88	2.77	-7.58	-33.17	0.94	0.66	0.62	0.69	0.85
Piura	70.3	-56.65	-38.11	64.95	-7.54	41.13	5.00	0.88	0.22	0.69	0.38	0.61
San Martín	71.9	-40.21	-57.76	28.91	-5.19	-10.48	-23.11	1.13	0.51	0.75	0.79	0.88
Ucayali	73.3	-25.21	-52.50	-1.85	-9.18	-38.66	-7.27	1.22	0.81	0.87	1.11	0.86
Puno	73.5	-61.36	-42.03	-25.83	4.80	43.30	-48.95	0.88	0.78	0.59	0.35	0.92
Cusco	75.9	-67.82	-68.93	-37.79	3.82	18.64	-47.16	1.01	0.82	0.57	0.48	0.88
Madre de Dios	76.8	-57.93	-17.14	-19.07	-12.96	-4.68	-37.90	0.74	0.75	0.72	0.66	0.87
Amazonas	78	-47.79	-55.96	-11.32	15.10	-19.70	11.82	1.06	0.75	0.57	0.81	0.60
Loreto	78.7	-19.61	-47.92	-6.40	-8.78	26.14	-11.00	1.24	0.89	0.91	0.62	0.93
Huánuco	79	-63.36	-62.54	-9.23	18.32	-14.94	47.86	0.99	0.67	0.50	0.70	0.32
Cajamarca	79.1	-61.21	-57.25	6.42	14.60	-6.25	-47.78	0.98	0.58	0.53	0.66	0.92
Pasco	81.2	-41.23	-61.55	32.84	18.60	-29.76	27.65	1.14	0.48	0.58	0.92	0.51
Apurímac	83.3	-69.85	-67.89	-35.78	2.99	-45.81	-45.55	0.99	0.80	0.57	0.86	0.86
Ayacucho	83.3	-62.66	-48.80	-13.62	12.64	-34.47	-40.37	0.91	0.70	0.54	0.83	0.86
Huancavelica	92.2	-62.36	-59.15	-47.39	28.90	-15.76	-25.29	0.98	0.91	0.44	0.71	0.77
<b>Promedio</b>	<b>65.18</b>	<b>-56.84</b>	<b>-52.55</b>	<b>6.47</b>	<b>0.32</b>	<b>-0.21</b>	<b>-13.33</b>	<b>0.98</b>	<b>0.60</b>	<b>0.64</b>	<b>0.65</b>	<b>0.73</b>
<b>Correlación con % población NBI (1995-2000)</b>	<b>1.000</b>	<b>0.287</b>	<b>-0.185</b>	<b>-0.236</b>	<b>0.646</b>	<b>-0.307</b>	<b>-0.264</b>					

Fuente:

- (1) Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)  
(2) Encuesta Demográfica y Salud Familiar (DHS). Perú 2000 y 2012

## República Dominicana

Departamento	Personas en condición de pobreza (%) 1995-2000	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012						Razón entre variaciones ( $\Delta$ variable-100/ $\Delta$ Pobreza-100)				
		pobreza	Tasa de	Tasa de	Vacuna Anti-Sarampionosa	Incidencia Diarrea	Incidencia Infección Resp. Aguda	TMI	FA	VACU S	DIARR	IRA
			Mortalidad Infantil	Fecundidad Adolescente								
(1)	(1)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)						
Distrito Nacional	21.10	34.19	8.11	-23.63	-20.07	-4.31	-52.38	1.40	1.88	1.82	1.58	2.32
Santo Domingo	28.22	22.52	44.44	1.64	-16.28	3.64	-67.35	0.72	1.27	1.50	1.24	2.16
Santiago	28.63	10.26	-42.50	-21.72	-12.44	20.90	-71.37	1.59	1.36	1.25	0.88	1.91
Monseñor Nouel	38.54	-32.16	-42.22	0.91	5.49	-28.51	-58.40	1.08	0.75	0.72	0.97	1.20
Españat	43.83	-24.71	-57.69	-19.65	0.00	-13.28	-63.28	1.26	0.96	0.80	0.91	1.31
La Vega	44.24	-31.28	-23.33	15.04	-3.13	10.40	-45.54	0.94	0.65	0.79	0.68	1.11
Puerto Plata	44.60	-19.97	-20.59	9.63	2.39	41.01	-52.31	1.01	0.75	0.81	0.49	1.27
La Romana	44.91	0.17	2.56	11.28	0.87	4.24	-83.05	0.98	0.89	0.99	0.96	1.83
Peravia	47.19	0.28	15.15	-9.26	-3.18	17.78	-65.70	0.85	1.10	1.03	0.82	1.66
San Cristóbal	47.35	-24.09	-13.51	-0.89	-1.60	-5.03	-74.52	0.91	0.81	0.82	0.85	1.41
San Pedro de Macorís	48.79	-4.37	24.24	-16.81	0.77	-27.20	-58.79	0.73	1.12	0.95	1.22	1.52
La Altagracia	50.20	0.66	-54.10	-34.46	-14.55	4.32	-63.97	1.55	1.35	1.15	0.96	1.65
Duarte	50.83	-17.88	-10.34	-18.80	-69.43	21.37	-80.32	0.94	1.01	1.44	0.67	1.53
Valverde	52.04	5.87	17.39	-44.93	-6.37	151.76	-8.87	0.88	1.54	1.13	-0.55	1.16
Sánchez Ramírez	53.70	-16.72	-28.57	-32.37	-16.14	34.19	-62.27	1.10	1.13	1.00	0.56	1.39
María Trinidad Sánchez	54.51	-23.77	3.57	-21.66	-14.40	40.44	-58.80	0.78	0.98	0.92	0.48	1.28
Hermanas Mirabal	54.73	-33.57	n.a	-49.15	-6.41	8.53	-67.76	n.a	1.12	0.80	0.68	1.26
Dajabón	56.35	-4.78	n.a	9.85	-32.72	53.66	-56.63	n.a	0.86	1.27	0.44	1.49
Samaná	57.06	-16.38	n.a	-4.61	-5.12	27.66	-48.26	n.a	0.90	0.90	0.62	1.27
Monte Cristi	57.43	3.93	40.00	-29.21	7.12	35.34	-66.00	0.62	1.34	0.97	0.67	1.73
Santiago Rodríguez	59.06	-18.46	n.a	-5.19	-7.47	33.61	-90.00	n.a	0.89	0.91	0.56	1.60
Pedernales	60.44	28.88	n.a	-0.57	-27.51	7.22	-27.91	n.a	1.41	1.79	1.30	1.80
Azua	62.80	3.72	-10.26	10.81	-15.65	18.54	-49.50	1.15	0.93	1.20	0.85	1.55
Hato Mayor	63.61	-3.25	n.a	-12.63	4.24	-40.82	-83.71	n.a	1.09	0.93	1.36	1.78
Barahona	64.33	1.21	8.11	-23.85	-10.40	-12.65	-66.15	0.93	1.25	1.12	1.14	1.68
San José de Ocoa	65.74	-9.74	n.a	-14.72	-3.01	3.11	-17.54	n.a	1.05	0.94	0.88	1.07
El Seibo	68.62	0.70	n.a	-26.89	-4.44	27.78	-67.77	n.a	1.28	1.05	0.73	1.69
Independencia	70.05	4.65	n.a	-18.18	-25.31	-27.80	-71.68	n.a	1.24	1.31	1.34	1.80
San Juan	70.49	-11.72	-34.55	-23.17	-19.07	-21.71	-67.38	1.20	1.10	1.07	1.09	1.50
Monte Plata	73.35	-4.98	-34.09	-17.23	-12.49	-27.88	-68.68	1.28	1.12	1.07	1.22	1.61
Bahoruco	76.36	-2.40	-13.46	-8.16	-13.91	-5.35	-57.63	1.11	1.06	1.11	1.03	1.54
Elías Piña	82.80	1.19	n.a	19.69	-11.39	10.11	-49.77	n.a	0.81	1.13	0.91	1.52
<b>Promedio</b>	<b>54.43</b>	<b>-5.69</b>	<b>-10.07</b>	<b>-12.46</b>	<b>-10.99</b>	<b>11.28</b>	<b>-60.10</b>	<b>1.04</b>	<b>1.09</b>	<b>1.08</b>	<b>0.86</b>	<b>1.55</b>
<b>Correlación con % población en condición de pobreza (1995-2000)</b>	1.000	-0.102	-0.103	0.016	-0.067	-0.095	0.062					

Fuente:

- (1) Oficina Nacional de Estadística (ONE)  
(2) Encuesta de Demografía y Salud (DHS) 2002 y 2007.

## Uruguay

Departamento	% Población NBI 1995-2000	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012						Razón entre variaciones ( $\Delta$ variable-100/ $\Delta$ NBI-100)				
		NBI	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa de Fecundidad Adolescente	Vacuna Anti- Sarampionosa	Incidencia Diarrea	Incidencia Infección Resp.	TMI	FA	VACU S	DIARR	IRA
	(1)	(1)	(2)	(1)								
Montevideo	30.14	-11.08	-41.22	-26.61	n.a	n.a	n.a	1.27	1.14	n.a	n.a	n.a
Colonia	33.55	-9.69	-37.53	-22.22	n.a	n.a	n.a	1.25	1.11	n.a	n.a	n.a
Flores	34.80	-17.82	-16.93	-44.63	n.a	n.a	n.a	0.99	1.23	n.a	n.a	n.a
Lavalleja	37.52	-10.45	-55.54	-48.25	n.a	n.a	n.a	1.41	1.34	n.a	n.a	n.a
Florida	37.76	-14.72	-3.14	-37.34	n.a	n.a	n.a	0.90	1.20	n.a	n.a	n.a
Canelones	41.19	-18.43	-25.79	-37.68	n.a	n.a	n.a	1.06	1.16	n.a	n.a	n.a
Maldonado	41.33	-16.53	-32.75	-37.75	n.a	n.a	n.a	1.14	1.18	n.a	n.a	n.a
Soriano	42.05	-7.49	-15.26	-35.58	n.a	n.a	n.a	1.07	1.26	n.a	n.a	n.a
Durazno	42.53	-1.25	-44.83	-29.70	n.a	n.a	n.a	1.43	1.28	n.a	n.a	n.a
Río Negro	42.80	-9.11	-54.73	-22.95	n.a	n.a	n.a	1.42	1.13	n.a	n.a	n.a
Rocha	43.99	-20.44	-21.80	-49.05	n.a	n.a	n.a	1.01	1.24	n.a	n.a	n.a
Paysandú	46.02	-10.04	-38.51	-30.00	n.a	n.a	n.a	1.26	1.18	n.a	n.a	n.a
San José	46.44	-23.13	-43.33	-30.66	n.a	n.a	n.a	1.16	1.06	n.a	n.a	n.a
Treinta y tres	47.27	-13.05	3.89	-28.14	n.a	n.a	n.a	0.85	1.13	n.a	n.a	n.a
Tacuarembó	49.24	-8.20	-60.20	-37.37	n.a	n.a	n.a	1.48	1.27	n.a	n.a	n.a
Cerro Largo	54.33	-17.54	-25.70	-38.00	n.a	n.a	n.a	1.07	1.17	n.a	n.a	n.a
Salto	56.66	-12.81	-36.79	-27.68	n.a	n.a	n.a	1.21	1.13	n.a	n.a	n.a
Rivera	57.28	-20.74	-54.31	-33.90	n.a	n.a	n.a	1.28	1.11	n.a	n.a	n.a
Artigas	62.20	-12.54	-21.67	-35.19	n.a	n.a	n.a	1.08	1.20	n.a	n.a	n.a
<b>Promedio</b>	<b>44.58</b>	<b>-13.42</b>	<b>-32.96</b>	<b>-34.35</b>	<b>n.a</b>	<b>n.a</b>	<b>n.a</b>	<b>1.18</b>	<b>1.19</b>	<b>n.a</b>	<b>n.a</b>	<b>n.a</b>
<b>Correlación con % población NBI (1995-2000)</b>	1.00	-0.19	-0.05	0.03	n.a	n.a	n.a					

Fuente:

(1) Instituto Nacional de Estadística (INE)

(2) Ministerio de Salud de Uruguay

## Anexo III

Determinantes Sociales y Pobreza. Evolución Regional  
por País y por Jurisdicción Sub-Nacional

## Argentina

Departamento	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012						Razón: variaciones y pobreza (1995-2000) [ $\Delta$ variable-100/pobreza(1995-200)-100]					
	NBI	Población Total	Densidad Poblacional	Tasa de Analfabetismo	% Población rural	% Población indígena	TMI	Población	Densidad	Analfab.	Pob. Rural	Pob. Indígena
	(1)	(2)	(2)	(2)	(2)	(1)(3)						
Corrientes	-30.90	6.62	6.57	-34.04	-16.75	-47.57	2.03	1.31	1.31	1.88	1.63	2.07
Jujuy	-37.03	10.04	10.01	-33.91	-16.13	-23.94	1.99	1.26	1.26	1.88	1.63	1.74
Chaco	-30.00	7.19	7.20	-31.36	-24.07	0.00	1.98	1.39	1.39	1.96	1.85	1.49
Salta	-25.11	12.55	12.54	-32.76	-22.27	-3.40	1.93	1.28	1.28	1.94	1.79	1.51
Misiones	-29.45	14.09	14.09	-33.57	-11.26	-29.00	1.93	1.18	1.18	1.83	1.53	1.77
Formosa	-24.98	8.96	8.99	-31.59	-14.08	0.01	1.85	1.37	1.37	1.98	1.72	1.51
Tucumán	-31.11	8.19	8.19	-31.94	-6.56	-30.26	1.80	1.21	1.21	1.73	1.40	1.71
La Rioja	-24.02	15.06	15.18	-26.07	-19.76	-42.24	1.76	1.07	1.07	1.58	1.50	1.79
Río Negro	-34.53	15.52	15.66	-34.73	-17.06	-7.40	1.75	1.03	1.03	1.64	1.43	1.31
San Juan	-19.43	9.84	9.78	-29.14	-8.26	-20.33	1.74	1.09	1.09	1.56	1.31	1.46
La Pampa	-44.61	6.57	6.39	-29.88	-9.97	17.62	1.72	1.04	1.04	1.45	1.23	0.92
San Luis	-31.28	17.50	17.60	-37.61	-12.11	-16.04	1.63	0.98	0.98	1.63	1.33	1.38
Chubut	-30.88	23.20	23.14	-35.66	-16.19	-10.30	1.63	0.91	0.91	1.61	1.38	1.31
Catamarca	-32.13	9.94	9.97	-31.21	-11.88	-22.75	1.61	1.15	1.15	1.67	1.42	1.56
Santa Cruz	-6.12	39.10	38.65	-21.45	1.47	-26.80	1.60	0.68	0.68	1.35	1.10	1.41
Entre Ríos	-34.38	6.72	6.73	-30.86	-18.44	-27.14	1.59	1.13	1.13	1.59	1.44	1.54
Santa Fe	-36.03	6.46	6.46	-27.78	-15.60	-22.04	1.51	1.10	1.10	1.50	1.36	1.43
Córdoba	-32.82	7.89	7.90	-30.36	-8.30	-26.21	1.45	1.06	1.06	1.50	1.24	1.45
Neuquén	-26.98	16.26	16.26	-32.68	-26.56	-6.54	1.44	1.01	1.01	1.60	1.52	1.28
Buenos Aires	-28.81	13.00	12.99	-13.31	-23.53	-22.50	1.43	1.03	1.03	1.35	1.47	1.45
Mendoza	-33.07	10.08	10.12	-32.01	-7.58	-16.83	1.40	1.06	1.06	1.56	1.27	1.38
Santiago del Estero	-27.52	8.65	8.59	-33.79	-7.71	-4.21	1.37	1.33	1.33	1.95	1.57	1.52
Tierra del Fuego, Antártida e Isla:	2.74	25.85	26.89	0.91	-59.55	-28.88	1.23	0.86	0.85	1.15	1.86	1.50
<b>Promedio</b>	<b>-28.19</b>	<b>13.01</b>	<b>13.04</b>	<b>-29.34</b>	<b>-16.18</b>	<b>-18.12</b>	<b>1.67</b>	<b>1.11</b>	<b>1.11</b>	<b>1.65</b>	<b>1.48</b>	<b>1.50</b>
<b>Correlación con % población con NBI (1995-2000)</b>	-0.106	-0.409	-0.409	-0.355	-0.010	0.076						

Fuente:

- (1) Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).
- (2) Censos de Población y Vivienda 2001 y 2010.
- (3) Ministerio de Educación <http://coleccion.educ.ar/coleccion/CD9/contenidos/recursos/datos-mapas>

## Belice

Departamento	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012						Razón: variaciones y pobreza (1995-2000) [ $\Delta$ variable-100/pobreza(1995-200)-100]					
	LP	Población Total	Densidad Poblacional	Tasa de Analfabetismo	% Población rural	% Población indígena	TMI	Población	Densidad	Analfab.	Pob. Rural	Pob. Indígena
	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)							
Toledo	-23.54	27.52	27.52	266.67	1.31	n.a	6.11	3.45	3.45	-7.94	4.70	n.a
Stann creek	25.57	34.93	34.93	62.61	9.94	n.a	2.60	1.00	1.00	0.57	1.38	n.a
Orange walk	22.64	14.01	14.01	86.39	6.47	n.a	2.46	1.32	1.32	0.21	1.44	n.a
Corozal	115.33	21.15	21.15	78.68	-1.95	n.a	2.15	1.07	1.07	0.29	1.38	n.a
Cayo	48.18	37.77	37.77	159.22	-11.51	n.a	1.76	0.86	0.86	-0.82	1.54	n.a
Belice	16.13	34.84	34.84	13.16	27.60	n.a	1.33	0.87	0.87	1.15	0.96	n.a
<b>Promedio</b>	<b>34.05</b>	<b>28.37</b>	<b>28.37</b>	<b>111.12</b>	<b>5.31</b>	<b>n.a</b>	<b>2.73</b>	<b>1.43</b>	<b>1.43</b>	<b>-1.09</b>	<b>1.90</b>	<b>n.a</b>
<b>Correlación con % población NBI (1995-2000)</b>	-0.668	-0.115	-0.115	0.842	-0.156	n.a						

Fuente:

(1) Instituto de estadística de Belice.

**Bolivia**

Departamento	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012						Razón: variaciones y pobreza (1995-2000) [ $\Delta$ variable-100/pobreza(1995-200)-100]					
	NBI	Población Total	Densidad Poblacional	Tasa de Analfabetismo	% Población rural	% Población indígena	TMI	Población	Densidad	Analfab.	Pob. Rural	Pob. Indígena
	(1)	(1)	(1)	(2)	(1)	(1)						
Pando	-39.00	190.07	188.33	-89.01	-19.96	109.88	32.59	-25.02	-24.54	52.50	33.32	-2.74
Chuquisaca	-31.70	26.97	26.90	-72.09	-14.29	-22.42	8.32	3.62	3.62	8.52	5.66	6.06
Beni	-30.37	52.51	52.71	-75.86	-6.55	130.31	7.09	2.50	2.49	9.26	5.61	-1.60
La Paz	-34.88	42.38	42.35	-72.55	-7.67	-8.11	4.55	1.99	1.99	5.97	3.73	3.74
Potosí	-25.84	27.50	27.66	-71.67	-2.91	-13.88	4.50	3.72	3.71	8.80	5.28	5.84
Santa Cruz	-41.32	94.61	94.57	-77.24	-7.54	-9.61	4.08	0.14	0.14	4.49	2.72	2.77
Cochabamba	-36.01	58.36	58.32	-73.48	-13.27	-16.19	3.93	1.44	1.44	6.00	3.92	4.02
Oruro	-33.05	45.30	45.20	-74.66	-5.35	-16.02	3.54	1.84	1.84	5.86	3.54	3.89
Tarija	-50.00	65.47	65.42	-73.47	-16.68	-18.06	3.43	1.12	1.12	5.63	3.79	3.83
<b>Promedio</b>	<b>-35.80</b>	<b>67.02</b>	<b>66.83</b>	<b>-75.56</b>	<b>-10.47</b>	<b>15.10</b>	<b>8.00</b>	<b>-0.96</b>	<b>-0.91</b>	<b>11.89</b>	<b>7.51</b>	<b>2.87</b>
<b>Correlación con % población NBI (1995-2000)</b>	0.320	0.477	0.474	-0.600	-0.396	0.670						

Fuente:

- (1) Instituto de Estadística de Bolivia.
- (2) Censo Nacional de Población y Vivienda 2012

Brasil

Departamento	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012						Razón: variaciones y pobreza (1995-2000) [ $\Delta$ variable-100/pobreza(1995-200)-100]					
	LPE	Población Total	Densidad Poblacional	Tasa de Analfabetismo	% Población rural	% Población indígena	TMI	Población	Densidad	Analfab.	Pob. Rural	Pob. Indígena
	(1)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)						
Alagoas	-44.46	7.68	7.68	-25.80	-17.54	59.68	2.47	1.37	1.37	1.86	1.74	1.84
Maranhao	-34.79	13.46	13.46	-34.35	27.51	5.09	2.34	1.36	1.36	2.11	1.14	0.14
Ceara	-43.50	11.19	11.19	-35.50	-12.57	24.64	2.16	1.24	1.24	1.89	1.57	0.88
Paraiba	-44.29	8.46	8.46	-18.07	-14.91	72.13	2.13	1.24	1.24	1.59	1.55	2.78
Pernambuco	-40.04	8.33	8.33	-26.80	-15.61	40.52	2.11	1.19	1.19	1.65	1.50	1.75
Piaui	-39.09	8.37	8.37	-28.86	-7.73	8.01	2.11	1.35	1.35	1.90	1.59	0.25
Sergipe	-47.52	13.38	13.38	-29.91	-7.53	-18.53	2.06	1.16	1.16	1.73	1.43	-0.74
Rio Grande do Norte	-48.85	11.63	11.63	-24.85	-16.82	-10.42	2.04	1.14	1.14	1.61	1.51	-0.46
Bahia	-41.80	3.68	3.68	-30.38	-15.24	-15.82	1.95	1.30	1.30	1.75	1.55	-0.62
Acre	-20.46	24.88	24.88	-4.11	-18.33	61.36	1.91	0.97	0.97	1.34	1.52	2.76
Amazonas	-32.37	21.29	21.29	-2.13	-17.01	21.60	1.79	1.09	1.09	1.41	1.62	0.78
Tocantins	-48.77	16.63	16.63	-34.52	-17.48	0.89	1.67	1.08	1.08	1.74	1.52	0.04
Para	-21.46	18.70	18.70	-13.05	-5.90	-15.25	1.61	1.05	1.05	1.46	1.37	-0.67
Parana	-60.05	8.06	8.06	-36.89	-21.10	-38.61	1.48	0.99	0.99	1.47	1.30	-5.58
Mato Grosso do Sul	-43.97	15.20	15.20	-31.19	-9.78	18.32	1.47	0.93	0.93	1.43	1.20	2.19
Rio de Janeiro	-23.50	8.02	8.02	-25.25	-16.99	-58.81	1.44	0.97	0.97	1.32	1.23	-11.66
Minas Gerais	-56.84	7.81	7.81	-31.19	-18.28	-25.38	1.43	1.02	1.02	1.45	1.31	-2.66
Sao Paulo	-34.24	9.16	9.16	-27.96	-38.37	-40.74	1.42	0.94	0.94	1.33	1.44	1.46
Rondonia	-36.99	11.48	11.48	21.30	-26.35	4.95	1.42	1.02	1.02	0.91	1.46	0.37
Distrito Federal	-46.34	21.88	21.88	-28.60	-21.20	-41.05	1.41	0.81	0.81	1.34	1.26	-10.52
Roraima	2.66	33.74	33.74	12.24	-1.83	31.72	1.39	0.79	0.79	1.05	1.22	1.93
Espirito Santo	-51.07	10.04	10.04	-26.64	-18.95	-24.82	1.39	0.98	0.98	1.37	1.29	-3.20
Goias	-45.76	18.29	18.29	-28.44	-19.90	-64.03	1.38	0.88	0.88	1.39	1.29	-8.67
Santa Catarina	-60.45	14.56	14.56	-31.52	-78.05	12.52	1.37	0.89	0.89	1.37	1.86	2.91
Rio Grande do Sul	-50.73	4.16	4.16	-27.13	-18.81	-20.45	1.34	1.02	1.02	1.35	1.26	-3.62
Mato Grosso	-26.47	18.51	18.51	-14.88	-11.87	22.80	1.26	0.89	0.89	1.26	1.23	2.60
Amapa	-29.22	34.09	34.09	-55.03	-6.86	10.47	1.05	0.80	0.80	1.89	1.30	0.59
<b>Promedio</b>	<b>-39.64</b>	<b>14.17</b>	<b>14.17</b>	<b>-23.69</b>	<b>-16.57</b>	<b>0.77</b>	<b>1.69</b>	<b>1.05</b>	<b>1.05</b>	<b>1.52</b>	<b>1.42</b>	<b>-0.93</b>
Correlación con% de población bajo la LPE (1995-2000)	0.1775	-0.017	-0.017	0.0286	0.5407	0.5675						

Fuente:

- (1) Ministerio do desenvolvimento social e combate a fome.
- (2) Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE)

## Colombia

Departamento	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012						Razón: variaciones y pobreza (1995-2000) [ $\Delta$ variable-100/pobreza(1995-200)-100]					
	NBI	Población Total	Densidad Poblacional	Tasa de Analfabetismo	% Población rural	% Población indígena	TMI	Población	Densidad	Analfab.	Pob. Rural	Pob. Indígena
	(1)	(1)	(1)	(1) (2)	(2)							
Guainía	-39.38	33.34	33.34	-11.56	-17.36	n.a	-	-	-	-	-	n.a
Vaupés	-45.23	22.77	22.77	-38.41	-20.99	n.a	-	-	-	-	-	n.a
Vichada	-24.70	47.73	47.73	-7.48	-30.39	n.a	10.24	4.72	4.72	9.70	11.76	n.a
Chocó	-1.49	15.43	15.43	1.95	-16.16	n.a	5.82	4.31	4.31	5.00	5.92	n.a
Putumayo	-54.28	17.12	17.12	-33.90	-21.72	n.a	5.76	3.90	3.90	6.31	5.73	n.a
Guaviare	-49.99	23.42	23.42	-11.01	-41.86	n.a	5.61	3.78	3.78	5.48	7.01	n.a
Amazonas	-36.05	24.89	24.89	-23.64	1.23	n.a	3.71	2.46	2.46	4.05	3.23	n.a
Córdoba	-10.30	23.78	23.78	-3.61	-6.13	n.a	3.21	2.23	2.23	3.04	3.11	n.a
La Guajira	1.79	72.62	72.62	n.a	32.32	n.a	3.16	0.76	0.76	n.a	1.88	n.a
Sucre	-15.87	14.99	14.99	-2.01	7.95	n.a	3.15	2.44	2.44	2.93	2.65	n.a
Caquetá	-28.25	17.48	17.48	13.00	-20.43	n.a	3.04	1.97	1.97	2.08	2.88	n.a
Cauca	-17.35	12.80	12.80	-19.38	-3.66	n.a	2.70	2.00	2.00	2.74	2.38	n.a
Nariño	-22.23	19.42	19.42	-15.38	-7.26	n.a	2.61	1.84	1.84	2.64	2.45	n.a
Cesar	-20.27	20.14	20.14	22.39	-28.20	n.a	2.59	1.82	1.82	1.77	2.92	n.a
Magdalena	-13.55	13.45	13.45	2.67	-45.95	n.a	2.46	1.93	1.93	2.17	3.25	n.a
Arauca	-33.20	24.83	24.83	-9.84	-18.45	n.a	2.39	1.63	1.63	2.38	2.56	n.a
Bolívar	-13.99	15.61	15.61	-7.86	-54.35	n.a	2.35	1.84	1.84	2.35	3.37	n.a
Casanare	-31.78	34.66	34.66	-19.64	-48.20	n.a	2.22	1.36	1.36	2.50	3.09	n.a
Tolima	-23.89	5.34	5.34	0.95	-13.07	n.a	2.13	1.56	1.56	1.63	1.86	n.a
Boyacá	-21.64	3.88	3.88	-22.90	-19.11	n.a	2.06	1.58	1.58	2.02	1.96	n.a
Norte de Santander	-27.26	13.24	13.24	2.78	-14.05	n.a	2.05	1.49	1.49	1.67	1.96	n.a
San Andrés y Providencia	22.60	12.09	12.09	12.50	0.36	n.a	2.00	1.32	1.32	1.31	1.49	n.a
Huila	-19.42	22.39	22.39	-1.12	3.70	n.a	1.99	1.30	1.30	1.70	1.62	n.a
Meta	-39.45	36.65	36.65	-16.09	-28.34	n.a	1.97	1.08	1.08	1.98	2.19	n.a
Caldas	-38.53	2.75	2.75	-22.73	-19.23	n.a	1.95	1.37	1.37	1.73	1.68	n.a
Risaralda	-34.70	9.01	9.01	15.52	-9.51	n.a	1.89	1.24	1.24	1.15	1.49	n.a
Quindío	-32.47	8.22	8.22	-10.53	-18.13	n.a	1.89	1.21	1.21	1.45	1.55	n.a
Santander	-30.81	8.16	8.16	-24.00	-15.23	n.a	1.83	1.34	1.34	1.82	1.69	n.a
Antioquia	-25.83	21.25	21.25	12.12	-18.18	n.a	1.81	1.14	1.14	1.27	1.71	n.a
Valle	-36.59	15.77	15.77	-7.27	-8.87	n.a	1.72	1.12	1.12	1.43	1.45	n.a
Cundinamarca	-37.38	28.27	28.27	-8.82	-21.24	n.a	1.71	1.09	1.09	1.65	1.84	n.a
Bogotá	-46.74	24.68	24.68	15.00	10.00	n.a	1.61	0.91	0.91	1.03	1.09	n.a
Atlántico	-21.37	21.19	21.19	18.18	-70.58	n.a	1.52	1.15	1.15	1.19	2.49	n.a
<b>Promedio</b>	<b>-26.35</b>	<b>20.83</b>	<b>20.83</b>	<b>-6.25</b>	<b>-17.61</b>	<b>n.a</b>	<b>2.88</b>	<b>1.87</b>	<b>1.87</b>	<b>2.61</b>	<b>2.91</b>	<b>n.a</b>
<b>Correlación con % población con NBI (1995-2000)</b>	1.000	0.389	0.389	-0.380	-0.060	n.a						

Fuente:

- (1) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).  
(2) Organización Panamericana de la Salud (OPS)

El Salvador

Departamento	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012						Razón: variaciones y pobreza (1995-2000) [ $\Delta$ variable-100/pobreza(1995-200)-100]					
	pobreza	Población Total	Densidad Poblacional	Tasa de Analfabetismo	% Población rural	% Población indígena	TMI	Población	Densidad	Analfab.	Pob. Rural	Pob. Indígena
	(1)	(2)	(2)	(3)	(3)							
Cabañas	-28.98	8.46	8.46	-42.31	-3.70	n.a	5.00	3.45	3.45	5.37	3.91	n.a
Morazán	-27.90	9.12	9.12	-39.03	0.74	n.a	3.93	2.70	2.70	4.13	2.95	n.a
Chalatenango	-38.46	8.87	8.87	-43.02	1.01	n.a	3.91	2.70	2.70	4.24	2.94	n.a
La Unión	-44.72	15.34	15.34	-32.96	-9.41	n.a	3.63	2.32	2.32	3.64	3.00	n.a
San Vicente	-27.39	18.74	18.74	-40.19	-10.90	n.a	3.56	2.18	2.18	3.77	2.98	n.a
Usulután	-23.19	8.58	8.58	-37.58	-13.68	n.a	3.38	2.33	2.33	3.51	2.90	n.a
Ahuachapán	-23.19	35.77	35.77	-43.22	-25.34	n.a	3.05	1.48	1.48	3.29	2.88	n.a
San Miguel	-27.15	35.95	35.95	-37.79	-8.25	n.a	2.85	1.37	1.37	2.96	2.32	n.a
Sonsonante	-30.92	42.23	42.23	-45.90	-33.56	n.a	2.71	1.18	1.18	2.98	2.73	n.a
Cuscatlán	-5.39	15.75	15.75	-48.10	-6.55	n.a	2.66	1.69	1.69	2.97	2.14	n.a
La Paz	-15.67	28.07	28.07	-46.29	-19.32	n.a	2.58	1.40	1.40	2.84	2.32	n.a
Santa Ana	-7.63	32.42	32.42	-44.15	-33.94	n.a	2.45	1.25	1.25	2.66	2.48	n.a
La Libertad	-23.58	50.45	50.45	-49.49	-47.70	n.a	2.10	0.79	0.79	2.37	2.34	n.a
San Salvador	-17.68	36.72	36.72	-42.21	-65.43	n.a	1.98	0.94	0.94	2.12	2.46	n.a
<b>Promedio</b>	<b>-24.42</b>	<b>24.75</b>	<b>24.75</b>	<b>-42.30</b>	<b>-19.72</b>	<b>n.a</b>	<b>3.13</b>	<b>1.84</b>	<b>1.84</b>	<b>3.35</b>	<b>2.74</b>	<b>n.a</b>
<b>Correlación con % población en condición de pobreza (1995-2000)</b>	-0.565	-0.800	-0.800	0.524	0.872	n.a						

Fuente:

(1) Cons. Centroam. Procur. Derechos Humanos IIDH Secr. Técnica, 2008.

(2) Ministerio de Economía, DIGESTYC, UNFPA y CELADE, 1996.

(3) V Censo de Población y IV de Vivienda, 1992 y Censo de Población y vivienda 2007.

## México

Departamento	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012						Razón: variaciones y pobreza (1995-2000) [ $\Delta$ variable-100/pobreza(1995-200)-100]					
	pobreza	Población	Densidad	Tasa de	%	%	TMI	Población	Densidad	Analfab.	Pop. Rural	Pop. Indígena
	alimentaria	Total	Poblacional	Analfabe-	Población	Población						
(1)	(2)	(2)	tismo	rural	indígena	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
Chiapas	-11.82	22.33	22.26	-20.00	-5.52	25.92	3.51	1.66	1.66	2.57	2.26	1.59
Guerrero	-17.32	10.04	9.98	-18.98	-6.49	18.28	3.38	1.83	1.83	2.42	2.16	1.66
Oaxaca	-27.70	10.56	10.74	-21.76	-5.05	8.05	3.38	1.89	1.89	2.57	2.22	1.94
Puebla	-33.75	13.85	13.83	-25.85	-11.04	5.03	2.71	1.44	1.44	2.11	1.86	1.59
Veracruz de Ignacio de la Llave	-25.93	10.63	22.77	-19.46	-4.89	3.63	2.59	1.44	1.24	1.92	1.69	1.55
Campeche	-46.95	19.08	19.30	-23.53	-12.41	-2.77	2.53	1.30	1.30	1.98	1.80	1.65
Tabasco	-19.72	18.33	19.28	-21.43	-7.99	-8.50	2.44	1.27	1.25	1.88	1.67	1.68
San Luis Potosí	-25.51	12.45	12.40	-24.56	-11.71	7.51	2.44	1.34	1.34	1.90	1.71	1.41
Hidalgo	-25.72	19.21	19.57	-27.33	-5.72	1.30	2.41	1.24	1.23	1.95	1.62	1.51
Yucatán	-48.43	17.93	18.08	-19.35	-14.44	0.48	2.38	1.26	1.26	1.84	1.76	1.53
Michoacán de Ocampo	-26.27	9.17	9.13	-22.14	-9.54	4.67	2.37	1.33	1.33	1.79	1.60	1.39
Zacatecas	-27.68	10.13	10.36	-23.75	-13.28	121.06	2.36	1.26	1.26	1.74	1.59	-0.30
Tlaxcala	-34.91	21.53	21.56	-26.58	-6.51	-9.74	2.23	1.08	1.08	1.75	1.47	1.51
Guanajuato	-29.21	17.66	17.69	-28.10	-8.23	-12.75	2.20	1.12	1.12	1.75	1.48	1.54
Nayarit	-26.50	17.91	17.96	-24.18	-13.13	23.66	2.11	1.07	1.07	1.62	1.48	1.00
Querétaro	-46.58	30.17	30.19	-31.31	-8.64	-5.52	2.08	0.91	0.91	1.71	1.42	1.38
Durango	18.45	12.72	12.79	-20.00	-14.09	22.01	2.08	1.10	1.10	1.51	1.44	0.98
Morelos	-55.60	14.27	14.26	-23.66	10.27	-9.39	2.08	1.13	1.13	1.63	1.18	1.44
Quintana Roo	-52.79	51.50	51.31	-13.16	-32.57	-3.23	2.01	0.63	0.63	1.48	1.73	1.35
Colima	-51.10	19.89	19.86	-21.92	-22.22	11.04	1.90	0.98	0.98	1.49	1.49	1.09
Sinaloa	-20.81	9.10	9.03	-30.00	-16.56	-33.70	1.88	1.10	1.10	1.57	1.41	1.62
México	-18.75	15.88	15.89	-23.08	-5.11	-5.93	1.86	1.02	1.02	1.49	1.28	1.29
Jalisco	-21.01	16.27	16.26	-24.62	-12.99	12.72	1.82	0.97	0.97	1.45	1.31	1.01
Aguaascalientes	33.04	25.49	25.46	-22.45	-3.03	127.72	1.81	0.84	0.84	1.38	1.16	-0.31
Coahuila de Zaragoza	-7.53	19.60	19.29	-15.00	-5.66	127.38	1.78	0.89	0.89	1.27	1.16	-0.30
Chihuahua	-9.47	11.58	10.29	-6.12	-13.14	23.44	1.75	0.98	0.99	1.17	1.25	0.85
Sonora	-25.58	20.10	19.97	-15.56	-17.16	-0.48	1.71	0.92	0.92	1.33	1.35	1.15
Tamaulipas	-14.88	18.72	18.68	3.85	-16.44	28.67	1.70	0.92	0.93	1.09	1.32	0.81
Distrito Federal	-6.90	2.86	2.87	0.00	150.00	-8.91	1.64	1.03	1.03	1.06	-0.53	1.16
Nuevo León	-38.98	21.37	21.36	14.71	-19.70	98.58	1.63	0.84	0.84	0.91	1.27	0.02
Baja California Sur	-44.05	50.23	51.69	-9.30	-25.67	26.74	1.62	0.54	0.53	1.19	1.37	0.80
Baja California	-74.00	26.84	26.76	0.00	-8.33	-7.59	1.54	0.77	0.77	1.05	1.14	1.13
<b>Promedio</b>	<b>-27.00</b>	<b>18.67</b>	<b>19.09</b>	<b>-18.27</b>	<b>-6.16</b>	<b>18.42</b>	<b>2.19</b>	<b>1.13</b>	<b>1.12</b>	<b>1.64</b>	<b>1.47</b>	<b>1.15</b>
<b>Correlación con</b>												
<b>% población Pobr.</b>	-0.049	-0.239	-0.196	-0.525	-0.159	-0.245						
<b>Alimentaria(1995-2000)</b>												

Fuente:

(1) Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

(2) Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

Nicaragua

Departamento	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012						Razón: variaciones y pobreza (1995-2000) [ $\Delta$ variable-100/pobreza(1995-200)-100]					
	pobreza	Población Total	Densidad Poblacional	Tasa de Analfabetismo	% Población rural	% Población indígena	TMI	Población	Densidad	Analfab.	Pob. Rural	Pob. Indígena
Jinotega	-0.82	28.46	31.99	-24.21	-3.08	n.a	5.41	2.67	2.54	4.63	3.85	n.a
Boaco	-25.37	9.99	10.06	-31.71	-3.92	n.a	4.79	2.83	2.83	4.14	3.27	n.a
Nueva Segovia	-3.08	40.43	24.38	-35.57	7.10	n.a	4.78	2.09	2.65	4.76	3.26	n.a
Matagalpa	5.30	22.25	22.34	-35.64	-8.52	n.a	4.22	2.42	2.42	4.23	3.38	n.a
Río San Juan	-7.61	36.29	36.56	-27.55	-4.07	n.a	4.19	2.20	2.19	4.40	3.59	n.a
RAAN	0.00	63.00	58.33	-21.88	-1.91	n.a	4.07	1.34	1.51	4.42	3.69	n.a
Rivas	-16.61	11.29	11.23	-32.73	-19.94	n.a	4.02	2.13	2.13	3.19	2.88	n.a
Chontales	-32.80	6.43	6.73	-23.51	-17.03	n.a	3.95	2.50	2.49	3.29	3.12	n.a
Madriz	5.76	23.14	23.02	-37.91	-6.98	n.a	3.42	3.03	3.03	5.43	4.21	n.a
Chinandega	-11.30	8.21	8.26	-38.79	-3.82	n.a	3.32	2.16	2.16	3.27	2.44	n.a
RAAS	-11.25	12.58	13.13	-37.51	1.77	n.a	3.17	2.56	2.54	4.02	2.87	n.a
Estelí	-15.17	15.24	15.31	-31.16	-12.02	n.a	3.06	1.96	1.96	3.03	2.59	n.a
León	-10.91	5.61	12.16	-36.68	-8.69	n.a	2.84	2.06	1.91	2.98	2.37	n.a
Masaya	-32.72	20.15	20.20	-33.42	3.72	n.a	2.76	1.55	1.55	2.60	1.87	n.a
Granada	-26.56	8.03	8.08	-27.90	-5.01	n.a	2.53	1.88	1.88	2.62	2.15	n.a
Carazo	-5.92	11.15	11.14	-32.37	-10.30	n.a	1.53	1.74	1.74	2.60	2.16	n.a
Managua	10.45	15.47	15.46	-25.56	-12.84	n.a	1.39	1.06	1.06	1.57	1.41	n.a
<b>Promedio</b>	<b>-10.51</b>	<b>19.87</b>	<b>19.32</b>	<b>-31.42</b>	<b>-6.21</b>	<b>n.a</b>	<b>3.50</b>	<b>2.13</b>	<b>2.15</b>	<b>3.60</b>	<b>2.89</b>	<b>n.a</b>
<b>Correlación con % población en condición de pobreza (1995-2000)</b>	0.033	0.455	0.442	-0.101	0.337	n.a						

Fuente:

(1) Banco Mundial.

(2) VII Censo de Población y III de Vivienda 1995, Resumen censal y VIII Censo de Población y IV de Vivienda 2005, Resumen censal.

(3) Instituto Nacional de Información y desarrollo (INIDE).

(4) Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Perú

Departamento	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012						Razón: variaciones y pobreza (1995-2000) [ $\Delta$ variable-100/pobreza(1995-200)-100]					
	NBI	Población Total	Densidad Poblacional	Tasa de Analfabetismo	% Población rural	% Población indígena	TMI	Población	Densidad	Analfab.	Pob. Rural	Pob. Indígena
	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)						
Huancavelica	-62.36	23.50	22.41	-56.30	-6.68	n.a	20.40	9.81	9.95	20.04	13.68	n.a
Apurímac	-69.85	16.97	22.95	-60.70	-12.72	n.a	10.05	4.97	4.61	9.62	6.75	n.a
Ayacucho	-62.66	32.12	9.82	-57.80	-17.35	-91.10	8.91	4.06	5.40	9.45	7.03	11.44
Pasco	-41.23	29.46	15.73	-55.92	-20.45	-1.65	8.59	3.75	4.48	8.29	6.41	5.41
Huánuco	-63.36	26.35	41.01	-32.79	-7.17	-17.12	7.74	3.51	2.81	6.32	5.10	5.58
Cajamarca	-61.21	19.11	25.66	-56.62	-11.08	30.48	7.52	3.87	3.56	7.49	5.31	3.33
Amazonas	-47.79	22.77	53.49	-51.76	-18.64	-13.03	7.09	3.51	2.11	6.90	5.39	5.14
Cusco	-67.82	23.91	25.87	-57.48	-17.24	-24.94	7.01	3.16	3.08	6.53	4.86	5.18
Loreto	-19.61	43.08	52.63	-36.11	-16.79	-8.00	6.94	2.67	2.22	6.39	5.48	5.07
Ucayali	-25.21	47.67	80.65	-34.85	-28.11	-29.23	5.71	1.96	0.72	5.05	4.80	4.84
San Martín	-40.21	41.74	82.41	-48.00	-20.45	-40.35	5.61	2.07	0.63	5.27	4.29	4.99
Puno	-61.36	25.25	24.00	-52.70	-20.76	n.a	5.36	2.82	2.87	5.76	4.56	n.a
Madre de Dios	-57.93	80.85	62.50	-55.00	-38.31	-54.79	5.05	0.83	1.62	6.68	5.96	6.67
Piura	-56.65	27.47	24.55	-53.70	-21.93	n.a	4.65	2.44	2.54	5.18	4.11	n.a
Áncash	-69.97	16.88	3.38	-53.08	-16.35	n.a	4.41	2.32	2.69	4.26	3.24	n.a
Junín	-55.98	25.68	27.78	-55.97	-14.44	4.10	4.34	2.19	2.13	4.60	3.38	2.83
Tumbes	-48.73	42.42	58.26	-54.05	-60.77	n.a	4.30	1.50	1.09	4.01	4.19	n.a
La Libertad	-71.82	37.52	34.34	-48.46	-24.34	n.a	3.27	1.26	1.33	3.01	2.52	n.a
Lambayeque	-54.55	31.15	41.42	-37.27	-20.10	n.a	3.01	1.34	1.14	2.67	2.34	n.a
Moquegua	-71.52	32.94	32.93	-45.45	-17.18	n.a	2.96	1.29	1.29	2.79	2.25	n.a
Arequipa	-57.51	32.87	36.55	-44.74	-33.74	n.a	2.76	1.18	1.12	2.55	2.36	n.a
Ica	-59.04	32.11	32.45	-46.55	-43.87	n.a	2.67	1.22	1.21	2.63	2.58	n.a
Callao	-62.18	47.14	50.38	-43.90	n.a	n.a	2.26	0.79	0.75	2.16	n.a	n.a
Tacna	-68.94	46.56	63.24	-44.59	-11.24	n.a	2.21	0.87	0.60	2.36	1.81	n.a
Lima	-63.39	42.71	37.38	-43.90	-36.24	n.a	2.19	0.87	0.96	2.20	2.08	n.a
<b>Promedio</b>	<b>-56.61</b>	<b>34.36</b>	<b>39.14</b>	<b>-48.81</b>	<b>-23.01</b>	<b>-22.33</b>	<b>5.19</b>	<b>2.27</b>	<b>2.12</b>	<b>5.09</b>	<b>4.21</b>	<b>5.50</b>
<b>Correlación con % población NBI (1995-2000)</b>	<b>0.287</b>	<b>-0.265</b>	<b>-0.182</b>	<b>-0.410</b>	<b>0.410</b>	<b>-0.229</b>						

Fuente:

(1) Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

## República Dominicana

Departamento	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012						Razón: variaciones y pobreza (1995-2000) [ $\Delta$ variable-100/pobreza(1995-200)-100]					
	pobreza	Población Total	Densidad Poblacional	Tasa de Analfabetismo	% Población rural	% Población indígena	TMI	Población	Densidad	Analfab.	Pob. Rural	Pob. Indígena
	(1)	(1)	(1)	(2)	(1)							
San José de Ocoa	-9.74	-2.37	-2.37	-28.02	n.a	n.a	n.a	2.99	2.99	3.74	n.a	n.a
Hermanas Mirabal	-33.57	-2.11	-2.11	-12.08	n.a	n.a	n.a	2.26	2.26	2.48	n.a	n.a
Samaná	-16.38	13.01	13.01	-8.97	-18.44	n.a	n.a	2.03	2.03	2.54	2.76	n.a
Independencia	4.65	5.82	5.82	-4.88	-52.42	n.a	n.a	3.14	3.14	3.50	5.09	n.a
Pedernales	28.88	52.35	52.35	-2.96	-12.14	n.a	n.a	1.20	1.20	2.60	2.83	n.a
El Seibo	0.70	0.44	0.44	-26.10	-34.97	n.a	n.a	3.17	3.17	4.02	4.30	n.a
Hato Mayor	-3.25	-0.76	-0.76	-4.00	-46.92	n.a	n.a	2.77	2.77	2.86	4.04	n.a
Elías Piña	1.19	0.93	0.93	-0.97	-24.13	n.a	n.a	5.76	5.76	5.87	7.22	n.a
Dajabón	-4.78	5.45	5.45	3.23	-36.68	n.a	n.a	2.17	2.17	2.22	3.13	n.a
Santiago Rodríguez	-18.46	-1.41	-1.41	-4.62	-15.72	n.a	n.a	2.48	2.48	2.56	2.83	n.a
Monte Plata	-4.98	5.45	5.45	-19.79	-26.92	n.a	5.03	3.55	3.55	4.49	4.76	n.a
Bahoruco	-2.40	8.81	8.81	-15.57	-47.51	n.a	4.80	3.86	3.86	4.89	6.24	n.a
San Juan	-11.72	-1.45	-1.45	-10.42	-33.74	n.a	4.56	3.44	3.44	3.74	4.53	n.a
La Altagracia	0.66	53.54	53.54	-36.67	-47.82	n.a	3.09	0.93	0.93	2.74	2.97	n.a
Azua	3.72	4.95	4.95	3.81	-56.73	n.a	2.96	2.55	2.55	2.59	4.21	n.a
Españillat	-24.71	5.77	5.77	-19.05	-21.39	n.a	2.81	1.68	1.68	2.12	2.16	n.a
Sánchez Ramírez	-16.72	2.43	2.43	-18.71	-27.48	n.a	2.78	2.11	2.11	2.56	2.75	n.a
Barahona	1.21	6.78	6.78	-13.89	-49.56	n.a	2.58	2.61	2.61	3.19	4.19	n.a
Monseñor Nouel	-32.16	0.85	0.85	-24.11	-26.68	n.a	2.31	1.61	1.61	2.02	2.06	n.a
Duarte	-17.88	4.39	4.39	3.91	-29.42	n.a	2.24	1.94	1.94	1.95	2.63	n.a
La Vega	-31.28	4.72	4.72	-21.82	-14.74	n.a	2.21	1.71	1.71	2.18	2.06	n.a
Puerto Plata	-19.97	5.22	5.22	-7.20	-22.77	n.a	2.18	1.71	1.71	1.94	2.22	n.a
San Cristóbal	-24.09	9.43	9.43	-14.53	-6.60	n.a	2.16	1.72	1.72	2.18	2.02	n.a
María Trinidad Sánchez	-23.77	6.20	6.20	-16.88	-28.92	n.a	2.12	2.06	2.06	2.57	2.83	n.a
Santiago	10.26	8.55	8.55	-22.40	-39.02	n.a	2.00	1.28	1.28	1.72	1.95	n.a
La Romana	0.17	14.27	14.27	-2.25	-57.63	n.a	1.77	1.56	1.56	1.86	2.86	n.a
Valverde	5.87	5.34	5.34	-3.92	-53.55	n.a	1.72	1.97	1.97	2.17	3.20	n.a
Peravia	0.28	11.05	11.05	-23.08	-41.68	n.a	1.61	1.68	1.68	2.33	2.68	n.a
San Pedro de Macorís	-4.37	-1.50	-1.50	8.00	-35.08	n.a	1.48	1.98	1.98	1.80	2.64	n.a
Monte Cristi	3.93	0.98	0.98	-25.91	-21.35	n.a	1.41	2.33	2.33	2.96	2.85	n.a
Distrito Nacional	34.19	8.14	8.14	-29.41	12.91	n.a	1.16	1.16	1.16	1.64	1.10	n.a
Santo Domingo	22.52	33.68	33.68	-7.35	n.a	n.a	0.77	0.92	0.92	1.50	n.a	n.a
<b>Promedio</b>	<b>-5.69</b>	<b>8.41</b>	<b>8.41</b>	<b>-12.71</b>	<b>-31.62</b>	<b>n.a</b>	<b>2.44</b>	<b>2.26</b>	<b>2.26</b>	<b>2.73</b>	<b>3.28</b>	<b>n.a</b>
<b>Correlación con % población en condición de pobreza (1995-2000)</b>	<b>-0.102</b>	<b>-0.214</b>	<b>-0.214</b>	<b>0.221</b>	<b>-0.347</b>	<b>n.a</b>						

Fuente:

- (1) Oficina Nacional de Estadística (ONE)
- (2) Encuesta de Demografía y Salud (DHS) 2002 y 2007.

## Uruguay

Departamento	Variaciones (%) 1995-2000/2005-2012						Razón: variaciones y pobreza (1995-2000) [ $\Delta$ variable-100/pobreza(1995-200)-100]					
	NBI	Población Total	Densidad Poblacional	Tasa de Analfabetismo	% Población rural	% Población indígena	TMI	Población	Densidad	Analfab.	Pob. Rural	Pob. Indígena
	(1)	(1)	(1)		(1)							
Rivera	-20.74	2.34	5.10	n.a	-37.07	n.a	3.61	2.29	2.22	n.a	3.21	n.a
Artigas	-12.54	-2.66	-2.24	n.a	-16.48	n.a	3.22	2.72	2.70	n.a	3.08	n.a
Salto	-12.81	3.83	6.19	n.a	-29.16	n.a	3.16	2.22	2.16	n.a	2.98	n.a
Tacuarembó	-8.20	4.22	6.05	n.a	-32.28	n.a	3.16	1.89	1.85	n.a	2.61	n.a
Cerro Largo	-17.54	3.00	2.65	n.a	-35.16	n.a	2.75	2.12	2.13	n.a	2.96	n.a
Río Negro	-9.11	3.23	5.90	n.a	-25.58	n.a	2.71	1.69	1.65	n.a	2.20	n.a
San José	-23.13	7.27	12.05	n.a	-33.68	n.a	2.68	1.73	1.64	n.a	2.50	n.a
Paysandú	-10.04	0.55	1.45	n.a	-28.62	n.a	2.57	1.84	1.83	n.a	2.38	n.a
Durazno	-1.25	1.43	2.46	n.a	-37.94	n.a	2.52	1.72	1.70	n.a	2.40	n.a
Lavalleja	-10.45	-3.80	-3.72	n.a	-33.39	n.a	2.49	1.66	1.66	n.a	2.13	n.a
Maldonado	-16.53	21.93	28.86	n.a	-26.74	n.a	2.26	1.33	1.21	n.a	2.16	n.a
Rocha	-20.44	0.68	-3.14	n.a	-22.93	n.a	2.17	1.77	1.84	n.a	2.19	n.a
Canelones	-18.43	11.66	17.41	n.a	-24.33	n.a	2.14	1.50	1.40	n.a	2.11	n.a
Colonia	-9.69	1.23	2.46	n.a	-21.43	n.a	2.07	1.49	1.47	n.a	1.83	n.a
Montevideo	-11.08	-1.64	-1.91	n.a	-100.00	n.a	2.02	1.45	1.46	n.a	2.86	n.a
Soriano	-7.49	-0.28	1.27	n.a	-37.12	n.a	1.99	1.73	1.70	n.a	2.37	n.a
Treinta y tres	-13.05	-0.93	-2.76	n.a	-36.39	n.a	1.82	1.91	1.95	n.a	2.59	n.a
Flores	-17.82	2.29	0.08	n.a	-35.58	n.a	1.79	1.50	1.53	n.a	2.08	n.a
Florida	-14.72	0.24	0.82	n.a	-27.47	n.a	1.66	1.60	1.59	n.a	2.05	n.a
<b>Promedio</b>	<b>-13.42</b>	<b>2.87</b>	<b>4.16</b>	<b>n.a</b>	<b>-33.76</b>	<b>n.a</b>	<b>2.46</b>	<b>1.80</b>	<b>1.77</b>	<b>n.a</b>	<b>2.46</b>	<b>n.a</b>
<b>Correlación con % población NBI (1995-2000)</b>	-0.189	-0.019	0.018	n.a	0.398	n.a						

Fuente:

(1) Instituto Nacional de Estadística (INE)

**Anexo IV**  
**Cuadros Correlaciones**

**Argentina**

Tabla de correlaciones		Variables Primer Período (1995-2000)				
		NBI <sub>3</sub>	Densidad <sub>3</sub>	Analfabetismo <sub>3</sub>	Rural <sub>3</sub>	Población Indígena <sub>3,5</sub>
Variaciones	(1) Tasa de Mortalidad Infantil <sub>1</sub>	0.147	-0.001	-0.033	0.097	-0.134
	(2) Tasa de Fecundidad Adolescente <sub>2</sub>	-0.401	0.254	-0.375	-0.404	-0.180
	<b>(1)+(2)</b>	-0.1328	0.1469	-0.2402	-0.1693	-0.195
	(3) Incidencia Diarrea	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
	(4) Incidencia Infección Resp. Aguda <sub>4</sub>	0.024	-0.05	-0.0676	-0.014	-0.025
	<b>(3)+(4)</b>					
	<b>(1)+(2)+(4)</b>	<b>-0.043</b>	<b>0.0266</b>	<b>-0.1778</b>	<b>-0.095</b>	-0.118
	(5) Vacuna Anti-Sarampionosa <sub>2</sub>	-0.190	0.262	-0.085	0.078	0.137

Fuente: elaboración propia en base a:

1 Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)

2 Ministerio de Salud de La Nación

3 Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)

4 Organización Panamericana de la Salud

5 Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.

		<b>Belice</b>				
<b>Tabla de correlaciones</b>		Variables Primer Período (2001-2006)*				
		LP <sub>3</sub>	Densidad <sub>3</sub>	Analfabetismo <sub>3</sub>	Rural <sub>3</sub>	Población Indígena
<b>Variaciones</b>	(1) Tasa de Mortalidad Infantil <sub>1</sub>	0.075	0.135	-0.838	-0.676	n.a
	(2) Tasa de Fecundidad Adolescente <sub>2</sub>	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
	<b>(1)+(2)</b>	0.075	0.135	-0.838	-0.676	n.a
	(3) Incidencia Diarrea	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
	(4) Incidencia Infección Resp. Aguda <sub>1</sub>	0.373	0.1096	0.0177	0.599	n.a
	<b>(3)+(4)</b>	0.373	0.1096	0.0177	0.599	n.a
	<b>(1)+(4)</b>	<b>0.373</b>	<b>0.1537</b>	<b>-0.3131</b>	<b>0.285</b>	n.a
	(5) Vacuna Anti-Sarampionosa <sub>1</sub>	0.795	-0.665	-0.315	0.193	n.a

\*Nota: el primer período de Belize corresponde a los años 2001-2006 por no contar con datos más antiguos

Fuente: elaboración propia en base a:  
 1 Epidemiology Unit Ministry Of Health  
 2 UNICEF  
 3 Instituto de Estadística de Belice

		<b>Bolivia</b>				
<b>Tabla de correlaciones</b>		Variables Primer Período (1995-2000)				
		NBI <sub>1</sub>	Densidad <sub>1</sub>	Analfabetismo <sub>1</sub>	Rural <sub>1</sub>	Población Indígena* <sub>1</sub>
<b>Variaciones</b>	(1) Tasa de Mortalidad Infantil <sub>1</sub>	0.186	0.059	0.094	0.311	0.224
	(2) Tasa de Fecundidad Adolescente <sub>2</sub>	-0.098	-0.197	-0.023	0.139	0.437
	<b>(1)+(2)</b>	<b>-0.0039</b>	<b>-0.1327</b>	<b>0.0195</b>	<b>0.2343</b>	<b>0.436</b>
	(3) Incidencia Diarrea <sub>2</sub>	-0.127	-0.278	0.305	0.371	0.305
	(4) Incidencia Infección Resp. Aguda <sub>2</sub>	0.2745	-0.035	-0.378	0.042	-0.312
	<b>(3)+(4)</b>	<b>0.038</b>	<b>-0.242</b>	<b>0.053</b>	<b>0.320</b>	<b>0.087</b>
	<b>(1)+(2)+(3)+(4)</b>	<b>0.009</b>	<b>-0.179</b>	<b>0.032</b>	<b>0.282</b>	<b>0.366</b>
	(5) Vacuna Anti- Sarampionosa <sub>2</sub>	0.732	-0.246	-0.013	0.243	-0.422

\*Nota: para la variable Población indígena se tomaron datos pertenecientes al año 2001 por no contar con datos del período anterior

Fuente: elaboración propia en base a:

1 Instituto de Estadística de Bolivia.

2 Fecundidad adolescente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bolivia 1998 y 2008

		Brasil				
		Variables Primer Período (1995-2000)				
Tabla de correlaciones		LPE <sub>2</sub>	Densidad <sub>1</sub>	Analfabetismo <sub>1</sub>	Rural <sub>1</sub>	Población Indígena <sub>1</sub>
Variaciones	(1) Tasa de Mortalidad Infantil <sub>1</sub>	-0.480	-0.197	-0.704	-0.241	0.327
	(2) Tasa de Fecundidad Adolescente <sub>1</sub>	0.540	-0.145	0.377	0.177	0.188
	<b>(1)+(2)</b>	<b>-0.3483</b>	<b>-0.2435</b>	<b>-0.6249</b>	<b>-0.2005</b>	<b>0.3898</b>
	(3) Incidencia Diarrea <sub>1</sub>	0.385	-0.168	0.131	0.070	0.118
	(4) Incidencia Infección Resp. Aguda	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
	<b>(3)+(4)</b>	0.385	-0.1682	0.1309	0.070	0.118
	<b>(1)+(2)+(3)</b>	<b>0.063</b>	<b>-0.2805</b>	<b>-0.3028</b>	<b>-0.077</b>	<b>0.337</b>
	(5) Vacuna Anti-Sarampionosa <sub>1</sub>	0.516	-0.414	0.515	0.386	-0.086

Fuente: elaboración propia en base a:

1 Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE),

2 Ministerio do desenvolvimento social e combate a fome

## Colombia

Tabla de correlaciones		Variables Primer Período (1995-2000)				
		Pobreza Alimentaria <sub>2</sub>	Densidad <sub>2</sub>	Analfabetismo <sub>3,2</sub>	Rural <sub>3,4</sub>	Población Indígena
Variaciones	(1) Tasa de Mortalidad Infantil <sub>1</sub>	0.566	-0.334	0.569	0.464	n.a
	(2) Tasa de Fecundidad Adolescente <sub>2</sub>	0.049	-0.410	0.312	0.090	n.a
	<b>(1)+(2)</b>	0.3817	-0.5397	0.6005	0.3549	n.a
	(3) Incidencia Diarrea <sub>1</sub>	0.477	-0.386	0.486	0.362	n.a
	(4) Incidencia Infección Resp. Aguda <sub>1</sub>	0.130	-0.3676	0.0962	-0.103	n.a
	<b>(3)+(4)</b>	0.309	-0.255	0.1344	0.146	n.a
	<b>(1)+(2)+(3)+(4)</b>	<b>0.526</b>	<b>-0.4637</b>	<b>0.4395</b>	<b>0.374</b>	n.a
	(5) Vacuna Anti-Sarampionosa <sub>3</sub>	0.151	-0.156	0.225	0.154	n.a

Fuente: elaboración propia en base a:

1 Encuesta de Demografía y Salud (DHS) 1995 Y 2010

2 Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

3 [www.col.ops-oms.org/sivigila/Indicadores/2001\\_seccion3.pdf](http://www.col.ops-oms.org/sivigila/Indicadores/2001_seccion3.pdf)/ [http://www.dane.gov.co/revista\\_ib/html\\_r8/articulo3.html](http://www.dane.gov.co/revista_ib/html_r8/articulo3.html)

4 Organización Panamericana de la Salud (OPS). Indicadores básicos 2011

## El Salvador

Tabla de correlaciones		Variables Primer Período (1995-2000)				
		Población bajo la línea de pobreza <sub>2</sub>	Densidad <sub>5,3</sub>	Analfabetismo <sub>5</sub>	Rural <sub>5</sub>	Población Indígena
Variaciones	(1) Tasa de Mortalidad Infantil <sub>1</sub>	0.666	-0.640	0.589	0.624	n.a
	(2) Tasa de Fecundidad Adolescente <sub>1</sub>	-0.777	0.603	-0.729	-0.674	n.a
	<b>(1)+(2)</b>	-0.6681	0.4786	-0.6376	-0.5646	n.a
	(3) Incidencia Diarrea <sub>4</sub>	-0.146	0.260	-0.221	-0.073	n.a
	(4) Incidencia Infección Resp. Aguda <sub>4</sub>	-0.074	-0.025	-0.0157	-0.212	n.a
	<b>(3)+(4)</b>	-0.159	0.1851	-0.1809	-0.191	n.a
	<b>(1)+(2)+(3)+(4)</b>	<b>-0.180</b>	<b>0.199</b>	<b>-0.2002</b>	<b>-0.208</b>	n.a
	(5) Vacuna Anti- Sarampionosa	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a

Fuente: elaboración propia en base a:

1 “Proyecciones de la Población de El Salvador 1995-2025” DIGESTYC, UNFPA y CELADE.

2 “Políticas públicas Regionales sobre la reducción de Centroamérica y su incidencia en pleno disfrute de los DDHH” Consejo Centroamericano de Procuradores de los Derechos Humanos.

3 Organización Panamericana de la Salud

4 Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) 1998 Y 2008

5 Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC)

## México

Tabla de correlaciones		Variables Primer Período (1995-2000)				
		Pobreza Alimentaria <sub>2</sub>	Densidad <sub>1</sub>	Analfabetismo <sub>1</sub>	Rural <sub>1</sub>	Población Indígena <sub>1</sub>
Variaciones	(1) Tasa de Mortalidad Infantil <sub>1</sub>	-0.578	0.136	-0.522	-0.629	-0.107
	(2) Tasa de Fecundidad Adolescente <sub>3</sub>	0.016	0.158	-0.036	0.024	-0.112
	<b>(1)+(2)</b>	-0.038	0.1711	-0.0857	-0.0351	-0.122
	(3) Incidencia Diarrea <sub>3</sub>	-0.256	-0.020	-0.274	-0.243	-0.146
	(4) Incidencia Infección Resp. Aguda <sub>3</sub>	0.149	0.1341	0.2118	0.123	0.258
	<b>(3)+(4)</b>	-0.097	0.0717	-0.0698	-0.104	0.056
	<b>(1)+(2)+(3)+(4)</b>	<b>-0.100</b>	<b>0.1864</b>	<b>-0.1177</b>	<b>-0.102</b>	<b>-0.056</b>
	(5) Vacuna Anti-Sarampionosa <sub>3</sub>	0.393	-0.127	0.415	0.258	0.140

Fuente: elaboración propia en base a:

1 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

2 Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

3 Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012)

## Nicaragua

Tabla de correlaciones		Variables Primer Período (1995-2000)				Población Indígena
		Población pobre <sub>2</sub>	Densidad <sub>3</sub>	Analfabetismo <sub>3,4</sub>	Rural <sub>3</sub>	
Variaciones	(1) Tasa de Mortalidad Infantil <sub>1</sub>	-0.127	0.089	-0.013	-0.137	n.a
	(2) Tasa de Fecundidad Adolescente <sub>1</sub>	-0.006	0.350	0.003	-0.078	n.a
	<b>(1)+(2)</b>	-0.1151	0.3164	-0.0095	-0.1725	n.a
	(3) Incidencia Diarrea <sub>1</sub>	0.039	-0.068	0.005	0.115	n.a
	(4) Incidencia Infección Resp. Aguda <sub>1</sub>	0.024	0.0098	-0.1408	-0.123	n.a
	<b>(3)+(4)</b>	0.045	-0.0443	-0.0886	0.005	n.a
	<b>(1)+(2)+(3)+(4)</b>	<b>-0.022</b>	<b>0.1316</b>	<b>-0.0866</b>	<b>-0.090</b>	n.a
	(5) Vacuna Anti-Sarampionosa <sub>1</sub>	-0.008	-0.161	0.195	-0.095	n.a

Fuente: elaboración propia en base a:

1 Encuesta de Demografía y Salud (DHS) 1998 Y 2006/2007

2 "Nicaragua Informe sobre la Pobreza 1993-2005". Banco Mundial

3 Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE)

4 Organización Panamericana de la Salud

## Perú

Tabla de correlaciones		Variables Primer Período (1995-2000)				
		NBI <sub>1</sub>	Densidad <sub>1</sub>	Analfabetismo <sub>1</sub>	Rural <sub>1</sub>	Población Indígena <sub>1</sub>
Variaciones	(1) Tasa de Mortalidad Infantil <sub>1</sub>	-0.185	0.036	-0.398	-0.303	0.167
	(2) Tasa de Fecundidad Adolescente <sub>2</sub>	-0.236	-0.066	-0.410	-0.408	-0.127
	<b>(1)+(2)</b>	<b>-0.283</b>	<b>-0.056</b>	<b>-0.511</b>	<b>-0.485</b>	<b>-0.082</b>
	(3) Incidencia Diarrea <sub>2</sub>	-0.307	0.078	-0.302	-0.314	-0.250
	(4) Incidencia Intección Resp. Aguda <sub>2</sub>	-0.264	0.136	-0.251	-0.242	0.071
	<b>(3)+(4)</b>	<b>-0.3623</b>	<b>0.1453</b>	<b>-0.3498</b>	<b>-0.3491</b>	<b>-0.0733</b>
	<b>(1)+(2)+(3)+(4)</b>	<b>-0.421</b>	<b>0.070</b>	<b>-0.545</b>	<b>-0.529</b>	<b>-0.100</b>
	(5) Vacuna Anti-Sarampionosa <sub>2</sub>	0.646	-0.255	0.769	0.804	-0.006

Fuente: elaboración propia en base a:

1 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

2 Encuesta Demográfica y Salud Familiar (DHS)

## República Dominicana

Tabla de correlaciones		Variables Primer Período (1995-2000)				
		Personas en condición de pobreza general <sub>1</sub>	Densidad <sub>1</sub>	Analfabetismo <sub>1</sub>	Rural <sub>1</sub>	Población Indígena
Variaciones	(1) Tasa de Mortalidad Infantil <sub>2</sub>	-0.103	0.194	-0.230	-0.320	n.a
	(2) Tasa de Fecundidad Adolescente <sub>2</sub>	0.016	-0.099	0.064	0.060	n.a
	<b>(1)+(2)</b>	0.0151	0.0686	-0.0449	-0.1228	n.a
	(3) Incidencia Diarrea <sub>2</sub>	-0.095	-0.085	-0.032	0.185	n.a
	(4) Incidencia Infección Resp. Aguda <sub>2</sub>	0.062	0.0595	0.2252	0.038	n.a
	<b>(3)+(4)</b>	-0.049	-0.042	0.0615	0.156	n.a
	<b>(1)+(2)+(3)+(4)</b>	<b>-0.031</b>	<b>0.0022</b>	<b>0.0258</b>	<b>0.068</b>	n.a
	(5) Vacuna Anti- Sarampionosa <sub>2</sub>	-0.067	-0.109	-0.023	0.023	n.a

Fuente: elaboración propia en base a:

1 Oficina Nacional de Estadística (ONE)

2 Encuesta de Demografía y Salud (DHS) 2002 y 2007

## Uruguay

Tabla de correlaciones		Variables Primer Período (1995-2000)				
		NBI <sub>2</sub>	Densidad <sub>2</sub>	Analfabetismo	Rural <sub>2</sub>	Población Indígena
Variaciones	(1) Tasa de Mortalidad Infantil <sub>1</sub>	-0.054	-0.110	n.a	-0.117	n.a
	(2) Tasa de Fecundidad Adolescente <sub>2</sub>	0.025	0.245	n.a	-0.083	n.a
	<b>(1)+(2)</b>	<b>-0.042</b>	<b>-0.006</b>	n.a	<b>-0.149</b>	n.a
	(3) Incidencia Diarrea	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
	(4) Incidencia Infección Resp. Aguda	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
	<b>(3)+(4)</b>	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
	<b>(1)+(2)+(3)+(4)</b>	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
	(5) Vacuna Anti-Sarampionosa	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a

Fuente: elaboración propia en base a:

1 Ministerio de Salud de Uruguay

2 Instituto Nacional de Estadística (INE)