

Desigualdades relacionadas con el ODS 3 en la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes: línea de base para el monitoreo de los ODS en América Latina y el Caribe por medio de encuestas transversales nacionales*

Antonio Sanhueza,¹ Liliana Carvajal-Vélez,² Oscar J Mújica,¹ Luis Paulo Vidaletti,³ Cesar G Victora³ y Aluisio JD Barros³

Forma de citar

Sanhueza A, Carvajal-Vélez L, Mújica OJ, Vidaletti LP, Victora CG y Barros AJD. Desigualdades relacionadas con el ODS 3 en la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes: línea de base para el monitoreo de los ODS en América Latina y el Caribe por medio de encuestas transversales nacionales. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e100. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.100>

RESUMEN

Objetivos. Los países de América Latina y el Caribe han realizado importantes avances hacia la consecución de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible relacionado con la salud (ODS 3) a escala nacional. Sin embargo, persisten enormes desigualdades en salud en los países. Se presenta una línea de base de las desigualdades en salud en la región, contra la cual se puede monitorear el progreso hacia los ODS.

Contexto. Se estudiaron 21 países de América Latina y el Caribe usando datos de encuestas de demografía y salud y encuestas de indicadores múltiples por conglomerados realizadas del 2011 al 2016.

Participantes. En las encuestas se recopilan datos representativos a nivel nacional de mujeres y niños por medio del muestreo polietápico. En total, 288 207 mujeres y 195 092 niños participaron en las encuestas en los 21 países.

Medición de los resultados. Se estudiaron cinco indicadores de intervenciones de salud relacionadas con la salud reproductiva y materna, la fecundidad de las adolescentes y las tasas de mortalidad neonatal y de menores de 5 años. Después se evaluaron las desigualdades en estos indicadores por medio de mediciones absolutas y relativas.

Resultados. En la mayoría de los países se observaron gradientes geográficos en salud a escala subnacional en casi todos los indicadores correspondientes a las mujeres y la población infantil y adolescente. La cobertura de las principales intervenciones fue mayor en las zonas urbanas y los quintiles más ricos que en las zonas rurales y los quintiles más pobres. Los análisis por edad de la mujer mostraron que la cobertura de las adolescentes era menor que la cobertura de las mujeres adultas en lo que se refiere a los indicadores de planificación familiar. En la mayoría de los países se observaron también desigualdades en la mortalidad que favorecían a las zonas urbanas y a los ricos.

* Traducción oficial al español del artículo original en inglés efectuada por la Organización Panamericana de la Salud. En caso de discrepancia, prevalecerá la versión en inglés publicada en BMJ Open, BMJ Open 2021;11:e047779. Acceso al artículo original: [doi: 10.1136/bmjopen-2020-047779](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047779)

¹ Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., Estados Unidos de América. ✉ Antonio Sanhueza, sanhueza@paho.org.

² Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Nueva York, Estados Unidos de América.

³ Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

Conclusiones. Los promedios regionales ocultan importantes desigualdades en salud entre los países, pero las estimaciones nacionales ocultan desigualdades incluso mayores entre subgrupos de mujeres, niños y adolescentes. Para alcanzar las metas del ODS 3 y no dejar a nadie atrás es esencial subsanar no solo las brechas de la desigualdad en salud entre los países sino también dentro de ellos.

Palabras clave Desarrollo sostenible; indicadores de desigualdad en salud; mujeres; niño; adolescente; Américas.

Fortalezas y limitaciones de este estudio

- Con los ojos puestos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el 2030 y la iniciativa “Todas las Mujeres, Todos los Niños”, reunimos información sobre la desigualdad en salud del mayor número posible de países de América Latina y el Caribe y establecimos una línea de base para monitorear el progreso.
- Presentamos una evaluación de las desigualdades socioeconómicas en ocho indicadores clave de la salud correspondientes a 21 países, que abarcan intervenciones de salud reproductiva y materna, además de indicadores de la tasa de fecundidad en la adolescencia y la mortalidad infantil.
- Además de ser útiles para el monitoreo, los resultados muestran niveles inaceptables de desigualdad que deberían impulsar la acción inmediata de los gobiernos y las autoridades de salud.
- A pesar del esfuerzo realizado, varios países de la región no tenían datos adecuados para estos análisis, y algunos países que tenían datos no contaban con información sobre todos los indicadores estudiados.
- Los datos de algunos países no eran muy recientes —algunas encuestas databan del 2011—, pero eso no menoscabó el interés en los resultados para documentar una línea de base útil para el monitoreo.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible tiene 17 objetivos (Objetivos de Desarrollo Sostenible u ODS) y 169 metas. El marco de los ODS no se limita a los indicadores tradicionales de pobreza y supervivencia, sino que tiene en cuenta la paz, los derechos humanos y la buena gobernanza como indicadores de progreso.¹ Los Estados Miembros se comprometieron a alcanzar los ODS y a no dejar a nadie atrás.² Sin embargo, las metas de los ODS establecidas para el 2030 se basan en promedios nacionales y no consideran explícitamente la reducción de las desigualdades en salud en los países.

El ODS 3, “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”,³ va más allá de lo que el sector de la salud puede hacer por sí solo. Requiere que se alcancen también otros ODS fuera del ámbito de la salud porque muchos de ellos abordan determinantes sociales (riqueza, educación, nutrición, etc.) que conducen a desigualdades en salud.⁴

Para que los países alcancen las metas del ODS 3 y no dejen a nadie atrás, es esencial eliminar las diferencias injustas en las oportunidades para gozar de salud y bienestar. América Latina y el Caribe se ha caracterizado por un alto grado de desigualdad socioeconómica.⁵ A pesar de ello, varios países han hecho grandes avances hacia las metas del ODS 3 a escala nacional.⁶ Sin embargo, sigue habiendo grandes desigualdades socioeconómicas en la salud entre los países y dentro de ellos. Gran parte de la población sigue viviendo en la pobreza⁵ y, en consecuencia, enfrenta resultados negativos en salud.^{7,8} Por ejemplo, las desigualdades en el nivel de riqueza y educación, junto con el origen étnico, afectan el acceso de las mujeres a servicios de salud reproductiva y materna de buena calidad.⁶ Las disparidades entre grupos étnicos en los resultados en salud y supervivencia son un claro ejemplo de inequidades en salud.⁹ La pandemia de COVID-19 está acentuando las disparidades,

lo cual amenaza los logros recientes alcanzados en los indicadores de salud.¹⁰⁻¹³

Con la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente como marco,¹⁴ la iniciativa “Todas las Mujeres, Todos los Niños” tiene como objetivo proporcionar más recursos y orientación técnica para que los países adopten un enfoque multisectorial de la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes. En este ámbito de trabajo se creó el movimiento “Todas las Mujeres, Todos los Niños para América Latina y el Caribe” (EWEC-LAC),¹⁵ con la finalidad de ayudar a los países a acelerar los esfuerzos para reducir las desigualdades socioeconómicas en salud de las mujeres, los niños y los adolescentes. EWEC-LAC ha priorizado un conjunto de indicadores básicos para monitorear las desigualdades en la región.¹⁶

Nuestro objetivo era describir el estado de las desigualdades socioeconómicas en salud de las mujeres, los niños y los adolescentes de América Latina y el Caribe en relación con indicadores seleccionados del ODS 3 como línea de base para el monitoreo de la Agenda 2030. Presentamos las principales conclusiones relativas a todos los países con datos estratificados según la riqueza de los hogares, la zona de residencia, la zona subnacional y, en los casos en que corresponda, la educación de la mujer y la edad y el sexo del niño.

MÉTODOS

Se analizaron datos de 21 países obtenidos por medio de encuestas de demografía y salud y encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (cuadro 1). Ambas encuestas familiares son muy comparables, incluidos los métodos de muestreo y los cuestionarios.^{17, 18} En el caso de Ecuador se incluyó la Encuesta Nacional de Salud y Educación (ENSANUT) 2012,¹⁹

con indicadores estimados de una manera comparable. En todas las encuestas se usaron muestras representativas a nivel nacional obtenidas por medio del muestreo polietápico por conglomerados, con ponderaciones calculadas de acuerdo con las probabilidades de muestreo de cada grupo y persona y ajustes en concepto de pérdidas (según el manual de muestreo de las encuestas de demografía y salud). Se obtuvo información sobre mujeres de 15 a 49 años y sobre menores de 5 años.¹⁸

Se incluyeron ocho indicadores de salud: demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos; atención prenatal con cuatro o más consultas (APN4+); atención prenatal de calidad, definida como al menos una consulta de atención prenatal más análisis de sangre y de orina y control de la presión arterial; atención calificada del parto; atención posnatal de la madre; tasa de fecundidad de las adolescentes; tasa de mortalidad de menores de 5 años y tasa de mortalidad neonatal. Se seleccionaron estos indicadores porque son indicadores centinela del proceso continuo de la salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente. Otro criterio importante es que estos indicadores se refieren tanto al ODS 3 como a los indicadores básicos de EWEC-LAC,²⁰ excepto por la atención prenatal de calidad y la atención posnatal de la madre. En el cuadro suplementario S1 publicado en línea se brinda la definición de todos los indicadores.

Las dimensiones de desigualdad utilizadas en el análisis fueron la riqueza de los hogares, como sustituto de la posición socioeconómica (quintiles de hogares: Q1 [más pobre], Q2, Q3, Q4 y Q5 [más rico]); el lugar de residencia (urbano o rural), que se refiere a zonas geográficas basadas en los dominios de muestreo utilizados en cada encuesta; el sexo del niño (varón o mujer); la educación de la mujer o la madre (educación primaria de cualquier duración, secundaria incompleta y secundaria o superior completas), y la edad de la mujer (de 15 a 19 años o de 20 a 49 años). No había información disponible sobre los quintiles de riqueza en relación con Cuba. Debido a que la muestra de dos o más quintiles de Santa Lucía no era suficiente, algunos indicadores no pudieron presentarse según la riqueza. Lo mismo ocurrió con la muestra rural de Uruguay. Los resultados basados en menos de 25 observaciones de la prevalencia, 250 nacimientos en relación con la mortalidad o 250 mujeres-año de fecundidad en la adolescencia se omitieron de los análisis.

Se usaron dos mediciones resumidas de la desigualdad relacionada con la riqueza: el índice de desigualdad de la pendiente (IDP) en el caso de la desigualdad absoluta y el índice de concentración (ICx) en el caso de la desigualdad relativa. El IDP, que se calcula mediante regresión logística para los indicadores de cobertura y regresión lineal para las tasas (de mortalidad o fecundidad),²¹ representa la diferencia absoluta entre los valores ajustados del indicador de salud para el límite superior y el límite inferior de la distribución de la riqueza. Un IDP igual a cero indica que no hay desigualdad. Los valores positivos indican una mayor cobertura en los subgrupos favorecidos o desigualdad a favor de los ricos, en tanto que los valores negativos indican una mayor cobertura en los subgrupos desfavorecidos o desigualdad a favor de los pobres. El IDP suele ser positivo en el caso de las intervenciones de salud, como los indicadores de cobertura, y negativo para los resultados adversos en salud, como los indicadores de mortalidad. El ICx, que se expresa en una escala de -100 a +100 en la que cero representa la distribución igualitaria del atributo en toda la escala de riqueza,²¹ se estimó con un método de regresión conveniente.²²

Los valores positivos del ICx representan una distribución favorable a los ricos, que se observa generalmente en los indicadores de cobertura de salud. Los valores negativos representan una distribución favorable a los pobres, que generalmente se observa con resultados adversos en salud. El IDP expresa las brechas en puntos porcentuales y es más fácil de interpretar que el ICx. Las desigualdades geográficas se expresaron en forma de diferencia en la cobertura entre las zonas subnacionales de mayor cobertura y de menor cobertura.

Todas las estimaciones presentadas se calcularon a partir de los microdatos originales de cada encuesta de acuerdo con las definiciones estandarizadas de los indicadores de los ODS. Los análisis se realizaron con Stata V.16 (StataCorp, 2019), de acuerdo con el diseño de la muestra de cada encuesta (conglomerados, pesos y estratos).

Participación de pacientes y del público

En este estudio se usan datos de encuestas de salud representativas a nivel nacional, que no incluyen pacientes. Los datos son de dominio público y la recolección de datos se efectuó bajo la responsabilidad de las instituciones que coordinaron el estudio en cada país. La difusión de los resultados a los participantes y a la población de los países incumbe a los coordinadores de cada estudio.

RESULTADOS

Los análisis incluyeron datos de encuestas de 293 124 hogares con 288 207 mujeres (de 15 a 49 años) y 195 092 menores de 5 años, de 21 países, realizadas entre el 2011 y el 2016, período en el cual el año medio fue el 2014 (cuadro 1). La mediana del tamaño de la muestra fue de 9 431 mujeres y 5 846 niños por país. En el cuadro 1 se muestran los resultados descriptivos a nivel nacional de los indicadores sanitarios seleccionados, por país.

La figura 1 es un “equiplot” (www.equidade.org/equiplot), con los niveles de indicadores de resultados estratificados por quintil de riqueza, para cada país sobre el cual hay información. Del mismo modo, la figura 2 muestra los niveles de cobertura según la educación de la mujer, que puede considerarse como un sustituto de la situación de la mujer en una sociedad. En la figura 3, las estimaciones de la cobertura nacional se presentan en un diagrama en el cual se las compara con su respectiva desigualdad absoluta medida por el IDP. En este diagrama, cada punto representa un país. En el material complementario presentamos equiplots según el lugar de residencia urbano o rural (figura suplementaria S1 publicada en línea), la edad de la mujer (figura suplementaria S2 publicada en línea) y el sexo del niño (figura suplementaria S3 publicada en línea).

Indicadores del ODS 3 relacionados con la salud reproductiva y materna

Observamos una mediana de la cobertura superior a 90% para los indicadores clave del proceso continuo de atención materna y neonatal, a saber, atención prenatal de calidad, atención calificada del parto y atención posnatal de la madre. De los 21 países comprendidos en este análisis, Haití presentó la cobertura nacional más baja de todos los indicadores de salud reproductiva y materna, excepto la atención prenatal

CUADRO 1. Encuestas incluidas en los análisis, con el tamaño de la muestra y los resultados a nivel nacional (cobertura, prevalencia, tasas e índice de desigualdad de la pendiente) para los ocho indicadores seleccionados, por país

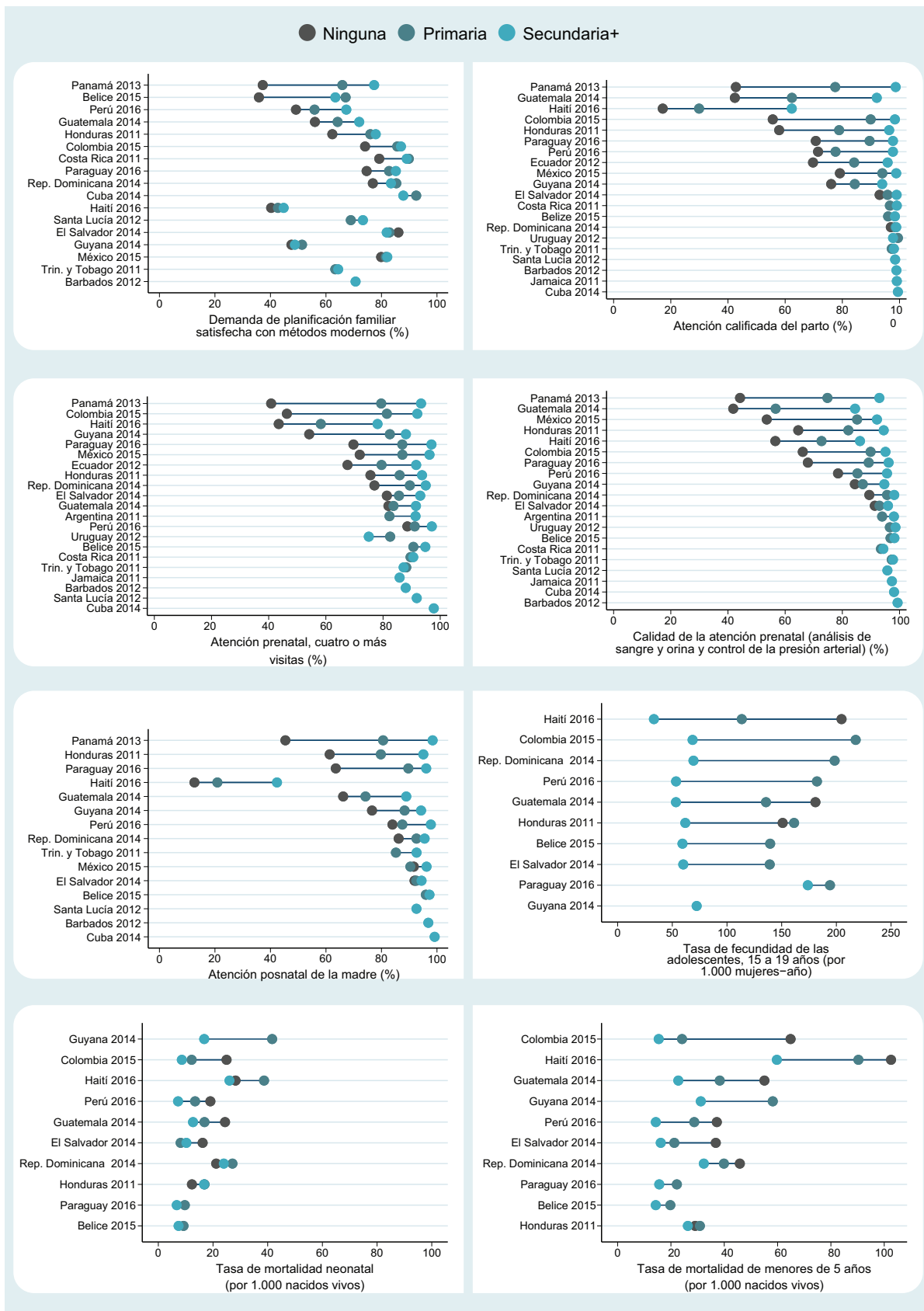
		Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos	Calidad de la atención prenatal (cuatro o más consultas)	Calidad de la atención prenatal (análisis de sangre y orina y control de la presión arterial)	Atención calificada del parto	Atención posnatal de la madre	Tasa de mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad de menores de 5 años	Tasa de fecundidad de las adolescentes (de 15 a 19 años)
Indicadores	Fuente y año	ODS 3.7.1	ODS 3.8.1 (trazador)		ODS 3.1.2	ODS 3.8.1 (trazador)	ODS 3.2.2	ODS 3.2.1	ODS 3.7.2
Argentina	EIMC 2011	-	89,8 (IDP=9,5)	97,3 (IDP=4,0)	-	-	-	-	-
Barbados	EIMC 2012	70,7 (IDP=19,1)	87,9 (IDP=13,2)	99,3 (IDP=0,0)	98,9 (IDP=2,8)	96,9 (IDP=17,6)	-	-	-
Belice	EIMC 2015	66 (IDP=22,1)	92,6 (IDP=5,7)	97,2 (IDP=1,0)	96,8 (IDP=7,3)	96,7 (IDP=5,8)	8,2 (IDP=9,3)	17,0 (IDP=19,1)	82,2 (IDP=84,0)
Colombia	EDS 2015	86,5 (IDP=8,0)	89,6 (IDP=18,9)	93,8 (IDP=11,6)	96,3 (IDP=16,0)	-	9,8 (IDP=8,3)	18,8 (IDP=22,4)	77,2 (IDP=145,7)
Costa Rica	EIMC 2011	89,3 (IDP=nd)	90,2 (IDP=13,5)	94,0 (IDP=7,0)	98,4 (IDP=3,1)	-	-	-	-
Cuba	EIMC 2014	89,7 (IDP=nd)	97,8 (IDP=nd)	98,1 (IDP=nd)	99,4 (IDP=nd)	99,2 (IDP=nd)	-	-	-
Ecuador	ENSANUT 2012	-	88,2 (IDP=21,1)	-	91,1 (IDP=24,6)	-	-	-	-
El Salvador	EIMC 2014	84,8 (IDP=6,8)	90,1 (IDP=14,5)	94,8 (IDP=5,2)	97,7 (IDP=7,8)	93,7 (IDP=3,8)	10 (IDP=4,0)	19,9 (IDP=24,0)	75,5 (IDP=87,5)
Guatemala	EDS 2014	65,3 (IDP=34,6)	85,9 (IDP=14,5)	62,8 (IDP=61,1)	68,1 (IDP=70,2)	77,7 (IDP=41,6)	17,5 (IDP=10,7)	38,5 (IDP=44,7)	93,5 (IDP=124,7)
Guyana	EIMC 2014	52,4 (IDP=15,3)	86,7 (IDP=9,1)	93,6 (IDP=22,3)	92,4 (IDP=33,8)	93,2 (IDP=24,8)	21,2 (IDP=0,4)	36,5 (IDP=13,7)	77,2 (IDP=180,2)
Haití	EDS 2016	43,1 (IDP=8,9)	64,3 (IDP=46,9)	75,7 (IDP=45,0)	41,5 (IDP=69,9)	28,7 (IDP=49,0)	31,7 (IDP=7,2)	82,4 (IDP=28,4)	59,4 (IDP=90,9)
Honduras	EDS 2011	76,0 (IDP=11,9)	88,4 (IDP=17,7)	86,0 (IDP=32,4)	84,7 (IDP=49,2)	84,9 (IDP=40,2)	16,5 (IDP=4,2)	29,4 (IDP=19,0)	99,0 (IDP=129,6)
Jamaica	EDS 2011	-	85,6 (IDP=10,6)	97,4 (IDP=1,4)	99,1 (IDP=4,5)	-	-	-	-
México	EIMC 2015	86,1 (IDP=13,8)	94,3 (IDP=11,5)	90,3 (IDP=13,1)	97,7 (IDP=10,6)	95,2 (IDP=7,4)	-	-	-
Panamá	EIMC 2013	76,4 (IDP=33,1)	87,9 (IDP=31,0)	86,8 (IDP=34,4)	91,6 (IDP=51,3)	92,2 (IDP=44,4)	-	-	-
Paraguay	EIMC 2016	86,4 (IDP=3,0)	93,6 (IDP=13,4)	94,5 (IDP=17,2)	95,5 (IDP=17,6)	94,5 (IDP=16,3)	8,2 (IDP=8,4)	19,6 (IDP=32,6)	76 (IDP=139,2)
Perú	ENDES 2016	64,2 (IDP=20,8)	95,7 (IDP=9,3)	93,2 (IDP=18,9)	93,2 (IDP=38,7)	95,5 (IDP=16,2)	9,1 (IDP=8,8)	18,7 (IDP=25,2)	62,9 (IDP=126,5)
República Dominicana	EIMC 2014	85,2 (IDP=8,6)	92,9 (IDP=6,4)	97,2 (IDP=2,5)	98,7 (IDP=0,9)	94,5 (IDP=5,0)	24,8 (IDP=3,1)	35,3 (IDP=6,3)	91,4 (IDP=168,2)
Santa Lucía	EIMC 2012	72,5 (IDP=8,7)	90,3 (IDP=ne)	95,9 (IDP=6,3)	98,7 (IDP=ne)	91,5 (IDP=ne)	-	-	-
Trinidad y Tabago	EIMC 2011	64,3 (IDP=18,3)	87,3 (IDP=18,3)	97,7 (IDP=0,8)	98,0 (IDP=1,9)	92,0 (IDP=3,4)	-	-	-
Uruguay	EIMC 2012	-	76,8 (IDP=15,4)	98,1 (IDP=1,6)	98,2 (IDP=1,1)	-	-	-	-
Mediana		76 (IDP=12,9)	89,6 (IDP=13,4)	94,7 (IDP=6,3)	97,3 (IDP=13,3)	93,7 (IDP=16,2)	13,3 (IDP=6,3)	24,7 (IDP=23,2)	77,2 (IDP=128,0)
Mínimo		43,1 (IDP=3,0)	64,3 (IDP=5,7)	62,8 (IDP=7,0)	41,5 (IDP=1,1)	28,7 (IDP=17,6)	8,2 (IDP=10,7)	17,0 (IDP=44,7)	59,4 (IDP=180,2)
Máximo		89,7 (IDP=34,6)	97,8 (IDP=46,9)	99,3 (IDP=61,1)	99,4 (IDP=70,2)	99,2 (IDP=49,0)	31,7 (IDP=7,2)	82,4 (IDP=6,3)	99,0 (IDP=84,0)

EDS: encuestas de demografía y salud; ENDES: Encuesta Nacional de Demografía y Salud; ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; EIMC: encuesta de indicadores múltiples por conglomerados; nd: puntaje de riqueza no disponible; ne: no estimable debido al tamaño pequeño de la muestra; ODS: Objetivo de Desarrollo Sostenible; IDP: índice de desigualdad de la pendiente.

FIGURA 1. Equiplots que muestran la cobertura de los indicadores por quintil de riqueza para los países sobre los cuales hay datos



FIGURA 2. Equiplots que muestran la cobertura de los indicadores por educación de la mujer para los países sobre los cuales hay datos



de calidad, en relación con la cual Guatemala presentó la cobertura más baja. En cambio, Cuba presentó la mayor cobertura nacional para todos los indicadores, excepto la atención prenatal de calidad, que fue mayor en Barbados (cuadro 1).

En cuanto a la demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos, había datos de 17 países. La cobertura, con una mediana de 76%, se situó entre 43% en Haití y 90% en Cuba (cuadro 1). La demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos presentó desigualdades a favor de los ricos en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, especialmente Guatemala (IDP=34,6 e ICx=9,1), Panamá (IDP=33,1 e ICx=7,6) y Belice (IDP=22,1 e ICx=5,5); véase la figura 3. El cuadro suplementario S2 publicado en línea muestra el IDP y el ICx con su intervalo de confianza de 95% para todos los indicadores. La demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos fue sistemáticamente mayor para las mujeres en la categoría de educación más alta, con marcadas disparidades en Panamá y Belice (figura 2). En la mayoría de los países, la cobertura fue mayor en las zonas urbanas que en las rurales, en particular en Guatemala (72,6% en comparación con 59,7%) y Perú (67,0% en comparación con 56,1%). Las disparidades entre zonas subnacionales variaron según el país: Panamá presentó la mayor disparidad (diferencia de 75 puntos porcentuales entre la cobertura más alta y la más baja). En todos los países, excepto Perú, la demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos fue menor en las adolescentes que en las mujeres adultas.

Había datos sobre APN4+ y atención prenatal de calidad de 21 y 20 países, respectivamente. La cobertura de APN4+, con una mediana de 90%, se situó entre 64% en Haití y 98% en Cuba. La cobertura de atención prenatal de calidad, con una mediana de 95%, se situó entre 63% en Guatemala y 99% en Barbados (cuadro 1). Había desigualdades a favor de los ricos en la mayoría de los países en lo que respecta a la APN4+, sobre todo en Haití (IDP=46,9 e ICx=13,0) y Panamá (IDP=31,0 e ICx=6,2), en tanto que ningún país mostró desigualdades a favor de los pobres (figura 3). Las mujeres con educación secundaria o superior presentaron una cobertura mucho mayor de APN4+ y atención prenatal de calidad, con diferencias de más de 40 puntos porcentuales en algunos países (figura 2 y cuadro suplementario S3 publicado en línea). En la mayoría de los países, la cobertura de APN4+ fue mayor en las zonas urbanas que en las rurales. Las mayores diferencias entre zonas subnacionales en lo que se refiere a la APN4+ se observaron en Panamá (39 puntos porcentuales) y Ecuador (30 puntos porcentuales). Aunque las adolescentes tendían a tener una menor cobertura de APN4+ que las mujeres adultas, las diferencias fueron pequeñas en la mayoría de los países, excepto en Uruguay, donde la diferencia fue de más de 40 puntos porcentuales (figura suplementaria S2 publicada en línea).

Había desigualdades a favor de los ricos en la mayoría de los países en relación con la atención prenatal de calidad, en particular en Guatemala (IDP=61,1 e ICx=17,3), Haití (IDP=45,0 e ICx=10,0) y Panamá (IDP=34,4 e ICx=6,8) (figura 3). En casi todos los países, la cobertura de atención prenatal de calidad fue mayor en las zonas urbanas que en las rurales, sobre todo en los países que presentaron amplias desigualdades relacionadas con la riqueza. Guyana y Panamá mostraron las mayores diferencias entre zonas subnacionales, de 58 y 49 puntos porcentuales, respectivamente. La cobertura de atención prenatal de calidad fue similar para las adolescentes y las mujeres adultas

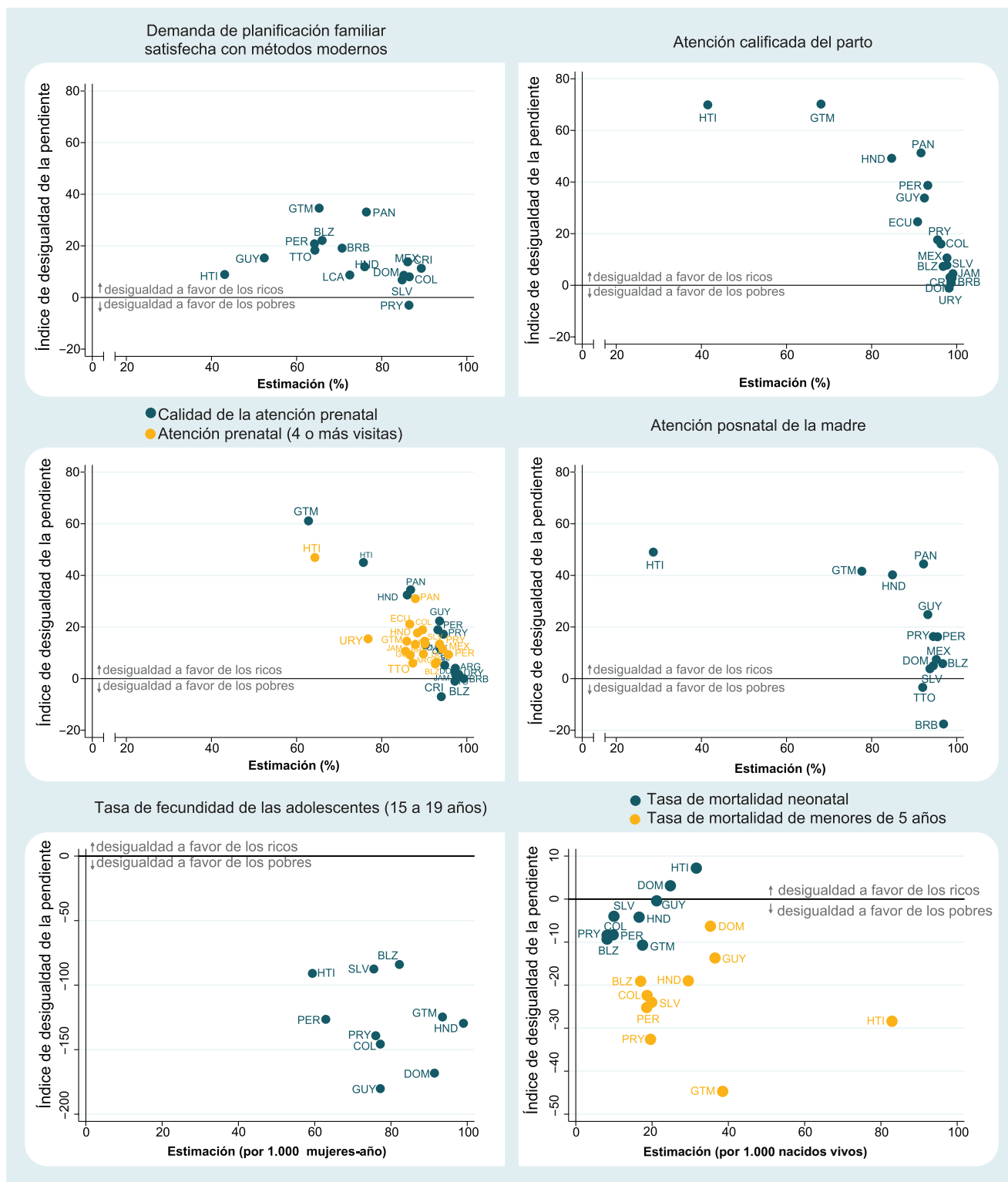
o mayor en las adolescentes, excepto en Haití y Panamá, donde fue mayor en las mujeres adultas.

Había datos de 20 países sobre la atención calificada del parto. La cobertura, con una mediana de 97%, se situó entre 42% en Haití y 99% en Cuba. Había desigualdades a favor de los ricos en la mayoría de los países, sobre todo en Haití (IDP=69,9 e ICx=31,3) y Guatemala (IDP=70,2 e ICx=18,8), aunque los países con cobertura alta tendían a mostrar menores desigualdades; por ejemplo, en Barbados, Jamaica y República Dominicana, la cobertura nacional de atención calificada del parto era superior a 98%, en tanto que los valores del IDP eran inferiores a 5 y los valores del ICx eran inferiores a 1 punto porcentual (figura 3). Se observó una cobertura universal en el quintil más rico de casi todos los países; véase la figura 1. Por el contrario, los países con la mayor diferencia entre los más pobres y los más ricos tenían la cobertura más baja a escala nacional: Haití (41%) y Guatemala (68%); véase la figura 3. Una vez más, las diferencias en la educación favorecían a las mujeres más educadas, con grandes disparidades sobre todo en Panamá y Guatemala (figura 2). En la mayoría de los países, la cobertura era mayor en las zonas urbanas que en las rurales (figura suplementaria S1 publicada en línea), en particular en Guatemala y Haití, donde la diferencia fue de 27 y 31 puntos porcentuales, respectivamente. Había grandes diferencias subnacionales (de más de 40 puntos porcentuales) en Guatemala, Guyana y Panamá. Además, la cobertura de atención calificada del parto era similar entre las madres adolescentes y las mujeres adultas. Las estimaciones de todos los indicadores según los estratificadores de lugar de residencia, sexo del niño, zona subnacional, quintil del índice de riqueza, edad de la mujer y educación de la mujer se presentan en el cuadro suplementario S4 publicado en línea.

En cuanto a la atención posnatal de la madre, había datos de 15 países, con una mediana de la cobertura del 94%; la menor cobertura se observó en Haití (29%) y la mayor en Cuba (99%) (cuadro 1). Había desigualdades a favor de los ricos en la mayoría de los países, sobre todo en Haití (IDP=49,0 e ICx=30,1), Guatemala (IDP=41,6 e ICx=9,1) y Panamá (IDP=44,4 e ICx=6,6). Solo Barbados (IDP=-17,6 e ICx=-2,3) y Trinidad y Tabago (IDP=-3,4 e ICx=-0,7) presentaban desigualdades a favor de los pobres (figura 3). En la mayoría de los países, la cobertura era mayor en las zonas urbanas que en las rurales, especialmente en Haití (40,3% y 22,9%) y Panamá (99,5% y 80,4%). Las diferencias entre zonas subnacionales variaban según el país y eran mayores en Guyana (34 puntos porcentuales) y Panamá (50 puntos porcentuales); véase el cuadro suplementario S4 publicado en línea.

Había información sobre la tasa de fecundidad de las adolescentes de diez países, que se situaba entre 59 en Haití y 99 en Honduras, con una mediana de 77 por 1000 mujeres-año. A título de referencia, la tasa mundial de fecundidad de las adolescentes en el 2020 fue de 41 por 1000 mujeres de 15 a 19 años, y el promedio regional para América Latina y el Caribe fue de 60,7 por 1000 mujeres de 15 a 19 años.²³ En los países, la tasa de fecundidad de las adolescentes era menor en los quintiles más ricos que en los quintiles más pobres, con grandes diferencias en todos los países (figura 1); por ejemplo, con una relación de alrededor de 6 a 8 veces entre los quintiles extremos en Colombia, Guyana y Perú. Las diferencias en la educación también eran grandes, pero no tanto como las diferencias en la riqueza (figura 2). La tasa de fecundidad era mayor en las zonas rurales que en las zonas urbanas de todos los países (figura suplementaria S1

FIGURA 3. Diagramas de dispersión de la cobertura de los indicadores en comparación con la desigualdad absoluta (índice de desigualdad de la pendiente) para los indicadores del estudio



publicada en línea). También había grandes diferencias entre zonas subnacionales en todos los países.

Indicadores de mortalidad infantil de la agenda de desarrollo sostenible

Había datos de diez países sobre la tasa de mortalidad neonatal y la tasa de mortalidad de menores de 5 años. La tasa de mortalidad neonatal se situó entre 8 por 1000 nacidos vivos en Belice y 32 en Haití, con una mediana de 13 por 1000 nacidos vivos. La mediana de la tasa de mortalidad de menores de 5 años era de 25 por 1000 nacidos vivos, con valores mínimos y máximos de 17 y 82 por 1000 nacidos vivos en Belice y Haití, respectivamente.

Debido al pequeño número de muertes neonatales, sobre todo entre los más ricos, los gradientes de riqueza previstos en la tasa de mortalidad neonatal no se observaron en algunos países, como Haití y República Dominicana (figura 1). Haití presentó la mayor diferencia entre zonas geográficas (35 por 1000 nacidos vivos), seguido de República Dominicana (18 por 1000 nacidos vivos), Guyana (22 por 1000 nacidos vivos) y Honduras (19 por 1000 nacidos vivos); véase el cuadro suplementario S3 publicado en línea. La tasa de mortalidad neonatal era más alta en los niños que en las niñas en todos los países excepto Honduras, donde era ligeramente más alta en las niñas.

Se observaron claros gradientes de riqueza en la tasa de mortalidad de menores de 5 años en todos los países, ya que las estimaciones de los subgrupos son más precisas que para la tasa de mortalidad neonatal en vista del mayor número de muertes de menores de 5 años. Las desigualdades eran notorias en Guatemala (IDP=-44,7 e ICx=-18,0) y Paraguay (IDP=-32,6 e ICx=-27,7) (figura 3). Ningún país tenía una tasa de mortalidad de menores de 5 años más baja en los pobres. Las mujeres con educación secundaria o superior presentaban la tasa de mortalidad de menores de 5 años más baja en todos los países sobre los cuales había datos (figura 2). Había grandes diferencias en la tasa de mortalidad de menores de 5 años entre las zonas subnacionales, en particular en Haití (57 por 1000 nacidos vivos) y Honduras (46 por 1000 nacidos vivos). Los niños tenían tasas de mortalidad más altas que las niñas en todos los países, excepto en Honduras, donde no se observó una diferencia relacionada con el sexo (figura suplementaria S3 publicada en línea).

DISCUSIÓN

Con datos de dominio público provenientes de las encuestas nacionales sobre la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes fue posible presentar una visión panorámica del estado y la magnitud de las desigualdades socioeconómicas que se reflejan en algunos indicadores de salud de las mujeres, los niños y los adolescentes del ODS 3 en 21 países de América Latina y el Caribe. Con el 2014 como la mediana de los años de las encuestas incluidas en los análisis, nuestras conclusiones proporcionan una línea de base para monitorear el progreso durante el período abarcado por los ODS (2015-2030) a medida que se vayan haciendo más encuestas. Nuestros resultados también ayudarán a los responsables de la formulación de políticas a priorizar las intervenciones y los subgrupos de la población que requieren atención especial en los países, con el fin de alcanzar la visión de los ODS de no dejar a nadie atrás.

Nuestras conclusiones también serán importantes para monitorear el impacto de la pandemia de COVID-19 en el estado de salud, las desigualdades en salud y la cobertura de las intervenciones para mujeres y niños.

Aunque las medianas regionales de los indicadores son en su mayoría satisfactorias en comparación con las metas mundiales de los ODS para el 2030, hay varios desafíos. En primer lugar, las medianas regionales ocultan importantes desigualdades entre países. Si bien la región podría estar en camino para alcanzar las metas del ODS 3 en relación con indicadores como la atención calificada del parto, la tasa de mortalidad neonatal y la tasa de mortalidad de menores de 5 años, dos países —Haití y Guatemala— tienen un desempeño deficiente al respecto y en otros indicadores básicos. En estos dos países en particular se necesita una acción renovada de las partes interesadas nacionales e internacionales para alcanzar los ODS a escala regional. En segundo lugar, incluso si un indicador es satisfactorio en el plano nacional, hay grandes desigualdades subnacionales que son evidentes en todos los gradientes socioeconómicos y que afectan de manera desproporcionada a los subgrupos más desfavorecidos de mujeres, niños y adolescentes. Usando la tasa de mortalidad de menores de 5 años como ejemplo, cinco de los diez países sobre los cuales había datos tenían tasas de mortalidad inferiores a la meta de 25 por 1000 nacidos vivos. De estos, cuatro tenían tasas superiores a 25 en el quintil más pobre, y todos ellos tenían al menos una zona geográfica con una mortalidad por encima de la meta.

En la mayoría de los indicadores se encontraron importantes ventajas a favor de los ricos y las zonas urbanas, lo que refleja la marcada estratificación socioeconómica que caracteriza a América Latina y el Caribe. En la mayoría de los países se observan grandes desigualdades subnacionales en casi todos los indicadores. Como se muestra en la figura 3, la desigualdad tiende a ser menor en los países con cobertura alta, ya que la mayoría de los subgrupos de la población también tienden a tener una cobertura alta.

Los análisis de las zonas subnacionales de cada país son muy reveladores. En la mayoría de los países, incluso en los que tenían una cobertura elevada, algunas zonas subnacionales estaban muy por detrás del promedio nacional. Guyana y Panamá son ejemplos notables de desigualdades geográficas entre zonas en relación con varios indicadores. A fin de monitorear la disminución de la desigualdad a escala nacional y subnacional, es importante que los países establezcan metas cuantitativas para la reducción de las brechas subnacionales.

El análisis de indicadores seleccionados por edad de la mujer muestra que la cobertura de las adolescentes y las mujeres adultas es similar en lo que respecta a la atención prenatal y del parto en casi todos los países. Sin embargo, la cobertura de los servicios de planificación familiar es mucho menor en las adolescentes en la mayoría de los países, lo cual concuerda con la evidencia reciente de que la cobertura de los indicadores de planificación familiar es marcadamente menor en las adolescentes que viven en pareja que en todas las mujeres en edad fértil.²⁴

En cuanto a la fecundidad de las adolescentes, las del quintil más pobre y las de zonas rurales tenían una fecundidad mucho mayor que las adolescentes más ricas o de zonas urbanas (cuadro suplementario S3 publicado en línea).

Había marcadas diferencias entre los países en cuanto a la cobertura de la planificación familiar satisfecha con métodos

modernos, así como a la magnitud de las desigualdades. Por ejemplo, en Colombia, El Salvador y Paraguay, la diferencia de cobertura entre los más pobres y los más ricos era muy pequeña. En cambio, en países como Guatemala y Panamá, la cobertura de los más ricos era más de 30 puntos porcentuales más alta que en el quintil más pobre.

Según nuestros análisis de las encuestas (2011-2016), la mediana regional de la tasa de mortalidad neonatal se acercaba a la meta mundial de los ODS (12 muertes por 1000 nacidos vivos para el 2030), y la región ya había alcanzado la meta mundial de los ODS de una tasa de mortalidad de menores de 5 años de 25 muertes por 1000 nacidos vivos. Las estimaciones para el 2019 del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez fueron de 8 y 16 por 1000, respectivamente.²⁵ Sin embargo, estas cifras regionales combinadas ocultan importantes diferencias entre países y dentro de ellos. De los diez países sobre los cuales hay datos, cinco estaban por encima de ambas metas de los ODS a nivel nacional, y solo en Belice el quintil más pobre estaba por debajo de ambas metas. Había desigualdades a favor de los ricos y las zonas urbanas en la mayoría de los países, y también se observan claras desigualdades entre zonas subnacionales. Se obtuvieron resultados similares para las desigualdades en la tasa de mortalidad neonatal y la tasa de mortalidad de menores de 5 años de acuerdo con los datos administrativos de los departamentos de Paraguay correspondientes al 2017.²⁶

Hay varias limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados de este estudio. En primer lugar, las encuestas se realizaron del 2011 en adelante, y la mediana de los años fue el 2014. Esto significa que los datos de algunos países no son muy recientes, pero esto es lo más lejos que podemos llegar con datos representativos a nivel nacional. Además, se solicitó información sobre indicadores como la atención prenatal o del parto para los nacimientos que tuvieron lugar durante los cinco años anteriores a las encuestas de demografía y salud o los dos años anteriores a las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados, lo cual contribuyó al desfase temporal desde el momento en que se efectuaron estas intervenciones. En segundo lugar, una cuestión conexa es la exactitud con la cual las madres recuerdan sucesos ocurridos varios años antes de la entrevista. Esto puede afectar variables como la atención prenatal y posnatal, así como la atención del parto. En tercer lugar, el tamaño de la muestra en algunas encuestas era pequeño, en particular cuando se estratificaron por quintiles de riqueza. En cuarto lugar, había encuestas de 21 países, pero algunos de los países más grandes de la región no se incluyeron debido a la falta de datos de encuestas estandarizadas. En quinto lugar, los índices de activos reflejan mediciones relativas, en vez de absolutas, de la posición socioeconómica. Por ejemplo, el nivel de riqueza de un quintil dado en Guatemala puede ser bastante diferente del mismo quintil en Argentina. Sin embargo, la pobreza relativa posiblemente sea tan importante como la pobreza absoluta para predecir las privaciones y el estado de salud.^{27, 28} Por último, cabe señalar que las desigualdades absolutas tienden a ser mayores cuando la cobertura se acerca a 50%,²⁹ como fue el caso de varios indicadores en Haití y Guatemala; cuando la cobertura es casi universal, las desigualdades absolutas son, por definición, limitadas.

Es indispensable que los países inviertan en la recolección de datos desglosados sobre la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes, a fin de posibilitar una

planificación basada en la evidencia, incluido el monitoreo de las tendencias y la detección de desigualdades entre subgrupos que se estén quedando atrás. De hecho, la desagregación de datos por ingresos, lugar de residencia, sexo y edad es la meta 17.18 de los ODS. Estos datos y sus análisis son fundamentales para la programación intersectorial, la formulación de políticas y las inversiones en salud pública. Los análisis basados en encuestas nacionales pueden complementarse con análisis de datos administrativos, que en muchos países de América Latina y el Caribe son de buena calidad y muestran una cobertura elevada, con el fin de producir una base de evidencia integral para la rendición de cuentas en la era de los ODS. Además, se justifica un análisis de los determinantes y los mecanismos de las desigualdades observadas. Por ejemplo, habría que ver por qué las desigualdades en la demanda de planificación familiar son menores que en otras intervenciones, aunque la cobertura es menor. Estos análisis detallados complementarán los análisis descriptivos de la equidad y ayudarán a comprender los determinantes y los mecanismos.

Contribución de los autores. AS, LC-V y OJM conceptualizaron el estudio. CV y AJDB contribuyeron a la definición del diseño y los métodos del estudio. LPV analizó los datos y preparó todas las figuras y cuadros. AS y LC-V prepararon la primera versión del documento, que fue revisado por AJDB, y todos los autores efectuaron aportes a la versión final. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del original.

Financiamiento. Este trabajo fue financiado por la Organización Panamericana de la Salud, de acuerdo con el contrato CON19-00020318. La institución no intervino en la definición del tema, el diseño o los métodos utilizados o en la redacción e interpretación.

Consentimiento del paciente para la publicación. No se requiere.

Aprobación de los aspectos de ética. Este estudio se basa en datos de dominio público recopilados por terceros; no se requirió la aprobación de un comité de ética. En el caso de las encuestas originales, las instituciones responsables de su realización en cada país se encargaron de la aprobación de los aspectos de ética.

Procedencia y revisión por pares. Manuscrito no comisionado, revisado por pares.

Declaración de disponibilidad de los datos. Los datos están disponibles en un repositorio público de acceso abierto. Todos los datos relevantes para el estudio están disponibles públicamente a través de los sitios web de DHS y MICS. Los datos son anónimos y están codificados geográficamente para garantizar la confidencialidad. Más información sobre DHS en <https://dhsprogram.com/>, donde se pueden descargar los conjuntos de datos de la encuesta. Más información sobre MICS en <https://mics.unicef.org/>, donde se pueden descargar los conjuntos de datos de la encuesta.

Material complementario. El contenido ha sido suministrado por los autores. No ha sido examinado por BMJ Publishing Group Limited (BMJ) y es posible que no haya sido revisado por

pares. Todas las opiniones o recomendaciones corresponden únicamente a los autores y no están respaldadas por BMJ, que no asume responsabilidad alguna por la confianza que se deposita en el contenido. Si el contenido incluye material traducido, BMJ no garantiza la exactitud y la fiabilidad de las traducciones (incluidas, entre otras, las normas locales, las pautas clínicas, la terminología, los nombres de medicamentos y las dosis) y no asume responsabilidad alguna por errores u omisiones originados en la traducción y adaptación o en otra fuente. El material

complementario está disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/8/e047779.full.pdf?with-ds=yes>

Conflicto de intereses. Ninguno declarado por los autores.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RPSP/PAJPH, la OPS o el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

REFERENCIAS

1. División de Estadísticas de las Naciones Unidas. Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202021%20refinement_Spa.pdf [consultado el 26 de octubre del 2020].
2. División de Estadísticas de las Naciones Unidas. The Sustainable Development Goals Report 2016. Leaving no one behind [página web], 2016. Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2016/leaving-no-one-behind> [consultado el 26 de octubre del 2020].
3. División de Estadísticas de las Naciones Unidas. Metas e indicadores, 2016. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202021%20refinement_Spa.pdf [consultado el 26 de octubre del 2020].
4. Marmot M, Friel S, Bell R *et al.* Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008;372:1661–9.
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina 2019 (LC/PUB.2019/22-P/Rev.1). Santiago: CEPAL, 2019.
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Universidad Tulane. Health equity report 2016: analysis of reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health inequities in Latin America and the Caribbean to inform policymaking. Panamá: Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2016.
7. Barros AJD, Victora CG. Measuring coverage in MNCH: determining and interpreting inequalities in coverage of maternal, newborn, and child health interventions. *PLoS Med* 2013;10:e1001390.
8. Cotlear D, Gómez-Dantés O, Knaul F, *et al.* Overcoming social segregation in health care in Latin America. *Lancet* 2015;385:1248–59.
9. Mesenburg MA, Restrepo-Mendez MC, Amigo H, *et al.* Ethnic group inequalities in coverage with reproductive, maternal and child health interventions: cross-sectional analyses of national surveys in 16 Latin American and Caribbean countries. *Lancet Glob Health* 2018;6:e902–13.
10. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe, 2020.
11. Etienne CF, Fitzgerald J, Almeida G, *et al.* COVID-19: transformative actions for more equitable, resilient, sustainable societies and health systems in the Americas. *BMJ Glob Health* 2020;5:e003509.
12. Marmot M, Allen J. COVID-19: exposing and amplifying inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2020;74:681–2.
13. Naidoo R, Fisher B. Reset sustainable development goals for a pandemic world. *Nature* 2020;583:198–201.
14. Todas las Mujeres, Todos los Niños (EWEC). Operational Framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. Nueva York: EWEC, 2016.
15. Todas las Mujeres, Todos los Niños América Latina y el Caribe (EWEC-LAC). Sobre nosotros. Disponible en: <https://www.everywomaneverychild-lac.org/quienes-somos/sobre-nosotros/> [consultado el 14 de junio del 2020].
16. Todas las Mujeres, Todos los Niños América Latina y el Caribe (EWEC-LAC). Grupo de Métricas y Monitoreo de EWEC-LAC [página web], 2020. Disponible en: <https://www.everywomaneverychild-lac.org/areas-de-trabajo/medicion-y-monitoreo-de-desigualdades-en-salud/> [consultado el 26 de octubre del 2020].
17. Corsi DJ, Neuman M, Finlay JE, *et al.* Demographic and health surveys: a profile. *Int J Epidemiol* 2012;41:1602–13.
18. Hancioglu A, Arnold F. Measuring coverage in MNCH: tracking progress in health for women and children using DHS and MICs household surveys. *PLoS Med* 2013;10:e1001391–e91.
19. Freire WB, Ramírez-Luzuriaga MJ, Belmont P. Encuesta Nacional de Salud Y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2014.
20. Todas las Mujeres, Todos los Niños América Latina y el Caribe (EWEC-LAC). Indicadores y estratificadores de equidad del Marco Regional de Monitoreo EWEC-LAC [página web], 2020. Disponible en: <https://www.everywomaneverychild-lac.org/wp-content/uploads/2020/11/Marco-Regional-de-Monitoreo-EWEC-LAC-Todos-los-Indicadores.pdf> [consultado el 26 de octubre del 2020].
21. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Washington, D.C.: OPS, 2016.
22. O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A. Analyzing health equity using household survey data. Washington, D. C.: Banco Mundial, 2007: 220.
23. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. Progress towards the sustainable development goals report of the Secretary-General-supplementary information. Nueva York: Naciones Unidas, 2020.
24. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Mundial de la Salud (OMS). Countdown to 2030 - Tracking Progress towards Universal Coverage for Reproductive, Newborn and Child Health: the 2017 Report. Washington, D. C.: UNICEF, 2017.
25. Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez. Levels and trends in child mortality, report 2020. Nueva York: Naciones Unidas, 2020.
26. Tullo E, Lerea MJ, González R, *et al.* Health and social inequalities in maternal and child health in Paraguay. *Rev Panam Salud Publica* 2020;44:e107.
27. Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world: the argument. *Int J Epidemiol* 2017;46:1312–8.
28. Sen A. Inequality reexamined. Oxford: Oxford University Press, 1992.
29. Victora CG, Joseph G, Silva ICM, *et al.* The inverse equity hypothesis: analyses of institutional deliveries in 286 national surveys. *Am J Public Health* 2018;108:464–71.

Manuscrito original en inglés recibido el 8 de diciembre 2020. Aceptado para su publicación, tras revisión, el 2 de agosto de 2021.

SDG3-related inequalities in women's, children's and adolescents' health: an SDG monitoring baseline for Latin America and the Caribbean using national cross-sectional surveys

ABSTRACT

Objectives. Latin America and the Caribbean (LAC) countries have made important progress towards achieving the Sustainable Development Goal (SDG) targets related to health (SDG3) at the national level. However, vast within-country health inequalities remain. We present a baseline of health inequalities in the region, against which progress towards the SDGs can be monitored.

Setting. We studied 21 countries in LAC using data from Demographic and Health Surveys and Multiple Indicator Cluster Survey carried out from 2011 to 2016.

Participants. The surveys collect nationally representative data on women and children using multistage sampling. In total, 288 207 women and 195 092 children made part of the surveys in the 21 countries.

Outcome measures. Five health intervention indicators were studied, related to reproductive and maternal health, along with adolescent fertility and neonatal and under-five mortality rates. Inequalities in these indicators were assessed through absolute and relative measures.

Results. In most countries, subnational geographical health gradients were observed for nearly all women, child, and adolescent (WCA) indicators. Coverage of key interventions was higher in urban areas and among the richest, compared with rural areas and poorer quintiles. Analyses by woman's age showed that coverage was lower in adolescent girls than older women for family planning indicators. Pro-urban and pro-rich inequalities were also seen for mortality in most countries.

Conclusions. Regional averages hide important health inequalities between countries, but national estimates hide still greater inequalities between subgroups of women, children and adolescents. To achieve the SDG3 targets and leave no one behind, it is essential to close health inequality gaps within as well as between countries.

Keywords

Sustainable development; health inequality indicators; women; child; adolescent; Americas.

Desigualdades relacionadas ao ODS 3 na saúde da mulher, da criança e do adolescente: linha de base para o monitoramento do ODS na América Latina e no Caribe por meio de pesquisas transversais nacionais

RESUMO

Objetivos. Os países da América Latina e do Caribe obtiveram avanços significativos rumo à consecução do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável relacionado à saúde (ODS 3) no nível nacional. No entanto, enormes desigualdades em saúde persistem nos países. Apresenta-se uma linha de base das desigualdades em saúde na região, com referência à qual é possível monitorar o progresso rumo aos ODS.

Contexto. Foram estudados 21 países da América Latina e do Caribe usando dados de pesquisas de demografia e saúde e pesquisas de grupos de indicadores múltiplos feitas de 2011 a 2016.

Participantes. As pesquisas coletam dados nacionalmente representativos sobre mulheres e crianças, por meio de amostragem multietápica. No total, 288.207 mulheres e 195.092 crianças participaram das pesquisas nos 21 países.

Medição dos resultados. Foram estudados cinco indicadores de intervenções de saúde relacionadas à saúde reprodutiva e materna, à fertilidade das adolescentes e às taxas de mortalidade neonatal e de menores de cinco anos. As desigualdades nesses indicadores foram então avaliadas, empregando medidas absolutas e relativas.

Resultados. Gradientes geográficos de saúde nos níveis subnacionais foram observados na maioria dos países para quase todos os indicadores referentes às mulheres e à população infantil e adolescente. A cobertura das principais intervenções foi maior nas áreas urbanas e nos quintis mais ricos do que nas áreas rurais e nos quintis mais pobres. As análises por idade das mulheres mostraram que a cobertura das adolescentes era inferior à cobertura das mulheres adultas no que se refere aos indicadores de planejamento familiar. Além disso, foram observadas desigualdades na mortalidade que favoreciam as áreas urbanas e os ricos, na maioria dos países.

Conclusões. As médias regionais mascaram desigualdades significativas na saúde entre os países, mas as estimativas nacionais mascaram desigualdades ainda maiores entre os subgrupos de mulheres, crianças e adolescentes. Para alcançar as metas do ODS 3 e não deixar ninguém para trás, é essencial abordar não apenas as lacunas da desigualdade em saúde entre os países, mas também dentro deles.

Palavras-chave

Desenvolvimento sustentável; indicadores de desigualdade em saúde; mulheres; criança; adolescente; America.