

## Trabajos Originales

# ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES APLICADO A VARIABLES RESPECTO A LA MUJER GESTANTE EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Hugo Salinas P.<sup>1,3</sup>, Jaime Albornoz V.<sup>1</sup>, Alvaro Reyes P.<sup>2,a</sup>, Marcia Erazo B.<sup>3,b</sup>, Rodolfo Ide V.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. <sup>2</sup>Unidad de Apoyo a la Investigación Clínica, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. <sup>3</sup>Programa de Doctorado en Salud Pública, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

<sup>a</sup> Kinesiólogo. <sup>b</sup> Enfermera.

## RESUMEN

**Objetivo:** Obtener índices comparativos entre países, respecto a la real situación de la mujer gestante –recursos utilizados y resultados obtenidos– en la Región de las Américas. **Material y Métodos:** Se recopiló información oficial de los países de la Región de las Américas, publicada por OMS y OPS, correspondiente a variables relacionadas con la mujer embarazada y los recursos potenciales utilizados en su atención, además de los resultados obtenidos en dicha atención. Se estudiaron 9 variables: tasa global de fecundidad, tasa de natalidad, razón de mortalidad materna, prevalencia de uso de anticonceptivos, proporción de población gestante atendida por personal capacitado durante el embarazo y partos atendidos por personal capacitado, gasto nacional en salud per cápita por año y como proporción del PIB y gasto público en salud como proporción del gasto nacional en salud. Aplicamos componentes principales a partir de la matriz de correlación R. **Resultados:** Se seleccionaron las dos primeras componentes principales, con un porcentaje acumulado de variabilidad explicada de 67,31%. **Conclusiones:** La primera componente tiene relación con la prevalencia de uso de anticonceptivos y la proporción de población gestante cuyo parto es atendido por personal capacitado. Existe una relación inversa de la primera componente con la tasa global de fecundidad, la tasa de natalidad y la razón de mortalidad materna. Orientaría esta primera componente a los resultados positivos que ofrecen estrategias adecuadas de servicios que privilegien la paternidad responsable. La segunda componente principal se relaciona con el gasto nacional en salud como proporción del PIB y en forma inversa con el gasto público en salud por año como proporción del gasto nacional en salud.

**PALABRAS CLAVES:** *Salud de la mujer, gestión, métodos multivariantes, gasto público en salud*

## SUMMARY

**Objective:** To obtain comparative indices between countries, related to the real situation of the pregnant woman –used resources and obtained results– in the Region of the Americas. **Material and Methods:** We compiled information on the countries of the Region of the Americas, published by WHO and PAHO, corresponding to variables related directly to the pregnant woman and potential resources used in her clinical attention, in addition to the obtained results from this attention. The last complete and official available information is used. Nine variables were studied: total fertility rate, birth rate, maternal mortality ratio, prevalence of use of contraceptive methods, pregnant population proportion taken care of by trained personnel during pregnancy, deliveries assisted by trained personnel, national health cost per person per

year and as a proportion of the BIP and health public cost as a proportion of the national health cost. The principal components analysis technique was applied, and the correlation matrix R was used. *Results:* The two first principal components were selected, with an accumulated percentage of explained variability of 67.31%. *Conclusions:* The first component relates to the prevalence of use of contraceptive methods and the proportion of pregnant population whose deliveries are assisted by trained personnel. An inverse relation of the first component with the total fertility rate, birth rate and maternal mortality ratio exists. This first component would lead us to the positive results that offer suitable services strategies that privilege responsible paternity. The second principal component is related to the national health cost as a proportion from BIP and inversely with the public health cost per year as a proportion from national health cost.

KEY WORDS: *Women health, management, multivariate methods, public health cost*

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que "el disfrute de la norma más alta obtenible de salud es un derecho fundamental de todo ser humano" y un factor clave para el desarrollo.

Este estado de salud deseado no es posible de alcanzar en todos los casos. Múltiples factores sociales, culturales y económicos, contribuyen a ello, afectando a los grupos más desprotegidos de la población.

El proceso reproductivo es una de las condiciones donde estos factores sociales, culturales y económicos adquieren una mayor significación, incidiendo directamente en la mayor vulnerabilidad de la mujer. Esto representa un gran desafío para los responsables de políticas públicas, y particularmente para profesionales de la salud encargados de la atención de la mujer gestante.

Las políticas gubernamentales no han sido indiferentes en este sentido. Las acciones desarrolladas por años: control prenatal, atención profesional del parto, lactancia materna prolongada, estimulación del desarrollo psico-social del niño, programa ampliado de inmunizaciones, programa de alimentación complementaria, y subsidios han contribuido al nivel que alcanzan actualmente los indicadores de salud materna en América Latina.

En la última década, la OMS desarrolló los conceptos de salud reproductiva y sexual, los cuales fueron aprobados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y ratificados en la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). En 1995, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) integró ambos conceptos y definió: "La salud sexual y reproductiva como la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no deseado; de poder regular la fecundidad sin riesgos de efectos se-

cundarios desagradables o peligrosos; de tener un embarazo y parto seguros y de tener y criar hijos saludables".

Asimismo, la OMS plantea los siguientes objetivos para reducir la mortalidad materna: cada embarazo debería ser deseado; toda mujer embarazada y su hijo debieran tener acceso a atención por personal calificado; cada mujer debería tener acceso a un establecimiento asistencial para obtener una atención apropiada cuando se presentan complicaciones en su embarazo.

En la actualidad, el 79% de los partos que se presentan en la Región de las Américas se atienden en instituciones y pocos países declaran aún, una cobertura institucional del parto inferior al 50%, aún cuando es posible que las mujeres que buscan atención encuentren restricciones en cuanto a accesibilidad, conocimiento, receptividad y calidad de la atención prestada en los hospitales. Sin embargo, el aumento del número de partos institucionales no ha producido una reducción correspondiente de la mortalidad materna y perinatal y de hecho, hay variaciones aún mayores de la mortalidad neonatal y materna en países con altas tasas de atención institucional del parto.

Las mujeres de los estratos socioeconómicos más altos, por otra parte, tienen tasas muy elevadas de cesárea, asociados con un aumento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Distintos factores influyen en este hecho, resultando preocupante que uno de los factores referidos en diferentes estudios, sea suponer que la calidad de la atención se caracteriza por el uso de tecnología y de atención quirúrgica del parto (1).

Asimismo, son comunes intervenciones innecesarias, como la episiotomía rutinaria, que ocasiona mayor número de complicaciones médicas, incomodidad materna y aumento de los costos de la atención.

Por otra parte, las actividades preventivas de salud reproductiva previamente ofrecidas sólo a

mujeres en edad fértil, hoy se ofrecen a niñas pre-púberes, ya que la formación de hábitos sociales se inicia durante estos primeros años de vida. La edad promedio de iniciación de las relaciones sexuales en la Región de las Américas es de 14 años y 50% de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos. Los estudios muestran que, en su mayoría, los jóvenes de 20 años han tenido varias parejas sexuales sin ninguna protección para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo. Esto ha motivado a muchos países a incorporar actividades educacionales de prevención de la enfermedad y promoción de la salud a temprana edad.

Se calcula que el uso de anticonceptivos por mujeres en edad fértil en la Región de las Américas ha ascendido al 70%, contribuyendo a la disminución de las tasas de crecimiento demográfico.

La importancia de vincular los logros en salud reproductiva, con el gasto en salud y su eficiencia, es de gran importancia al momento de dictar las políticas y programas de salud. Muchas variables deben considerarse, justificando el desarrollo de una metodología que permita resumir gran cantidad de indicadores en pocos. Esto permitiría generar información útil en la toma de decisiones relacionadas a la asignación de recursos y prioridades para otorgar a las distintas propuestas.

Consecuentemente, al invertir en planificación familiar, en la atención profesional de las embarazadas y especialmente del parto, producirá una reducción de la tasa de fecundidad y de natalidad y, eventualmente, de la mortalidad materna. A su vez, el aumento del gasto en salud, es un importante indicador de la prioridad que se le da a esta área en los distintos países.

En el presente estudio hemos seleccionado una serie de variables disponibles en el sistema de información de OMS y OPS, a las que aplicaremos el análisis de componentes principales (ACP) con el objetivo de facilitar la comprensión de información compleja, mediante la confección de índices o variables sintéticas. Estos permitirán caracterizar la situación de los países de la Región de las Américas en relación a la salud reproductiva, planificación familiar y aspectos económicos asociados (2, 3).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudió la situación de los países de la Región de las Américas en relación a indicadores representativos de la salud de la mujer, planificación familiar y gasto en salud. Se consideró la

información más reciente entregada por OMS y OPS para estos países, excluyéndose los países con información incompleta. Se incluyeron las siguientes variables: tasa global de fecundidad, tasa cruda de natalidad, razón de mortalidad materna reportada, prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil, proporción de población gestante atendida por personal capacitado durante el embarazo, proporción de partos atendidos por personal capacitado, gasto nacional en salud por año per cápita, gasto nacional en salud por año como proporción del producto interno bruto (PIB) y gasto público en salud por año como proporción del gasto nacional en salud. A partir de ellas se construyó la matriz respectiva (R) de correlaciones de Pearson. Los valores de estas variables para cada uno de los países incluidos se presentan en los Anexos 1 y 2.

Análisis estadístico: Se utilizó el análisis de componentes principales (ACP), método multivariante cuyo objetivo es convertir un problema de información estadística muy compleja (muchas variables de tipo cuantitativo medidas en cada unidad de observación) en otro casi equivalente pero más manejable (pocas nuevas variables) sin pérdida significativa de información.

La técnica obtiene combinaciones lineales de todas las variables originales que sean ortogonales entre sí. De esta forma se obtiene un subconjunto de nuevas variables que son independientes entre sí, pero que están altamente correlacionadas con las variables originales, denominadas componentes principales, las que ordenadas en forma decreciente según su varianza, permiten explicar el porcentaje de variabilidad de los datos, por cada componente. Los valores y vectores característicos se obtienen diagonalizando la matriz de varianza y co-varianza o alternativamente la matriz de correlaciones.

Consecutivamente, cada observación de la muestra obtiene una puntuación en cada una de las componentes principales seleccionadas, lo que permite ordenar las observaciones en base a información multivariante.

En este estudio se obtuvo las componentes principales diagonalizando la matriz de correlaciones, puesto que las distintas variables tienen diferentes unidades de medidas y cada variable aporta con la misma importancia.

## RESULTADOS

Se seleccionaron dos componentes principales, que en conjunto explican el 67,31% de la

variabilidad: 50,53% la primera y 16,77% la segunda. La matriz de correlaciones variables-componentes (Tabla I), nos muestra que la primera componente se correlaciona, en forma directamente proporcional, con la proporción de partos atendidos por personal capacitado y con la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil; se correlaciona en forma inversa con la tasa cruda de natalidad, con la tasa global de fecundidad y con la razón de mortalidad materna. Por otra parte, presenta una correlación directa, aunque de menos significación, con la proporción de población gestante atendida por personal capacitado durante el embarazo, con el gasto nacional en salud por año per cápita, con el gasto nacional en salud por año como proporción del PIB y con el gasto público en salud por año como proporción del gasto nacional en salud.

Al estudiar la segunda componente, observamos que ésta se relaciona en forma directa con el gasto nacional en salud por año como proporción del PIB y en forma inversa con el gasto público en salud por año como proporción del gasto nacional en salud. Asimismo, se relaciona en forma directa, aunque con menos significación estadística con el gasto nacional en salud por año per cápita. Con las demás variables estudiadas se encontró una baja correlación.

Luego ordenamos los países de la Región de las Américas de acuerdo a sus puntuaciones (Ta-

bla II). Observando las puntuaciones obtenidas en la primera componente, los ocho primeros países son: Canadá, Estados Unidos, Cuba, Uruguay, Barbados, Costa Rica, Argentina y Chile; mientras que los últimos lugares respecto de la misma componente son ocupados por Haití, Guatemala, Bolivia, Honduras, Paraguay y Perú. Con relación a la segunda componente, los primeros países fueron Estados Unidos, Guatemala, Uruguay, Paraguay, Honduras, Brasil, El Salvador y Venezuela.

Posteriormente se realizó un análisis de conglomerados, utilizando el algoritmo jerárquico de Ward y se representó la información en un dendograma (Figura 1) y un gráfico de dispersión (Figura 2).

## DISCUSIÓN

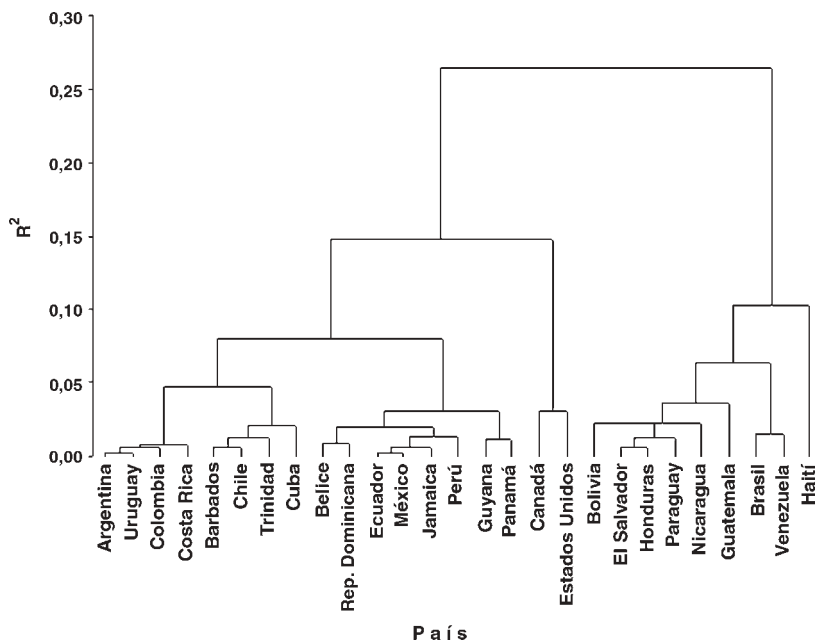
Los resultados muestran que la primera componente se relaciona en forma directa con la proporción de partos atendidos por personal capacitado y con la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos. De este modo, es concordante que se correlacione en forma inversa con la tasa cruda de natalidad, con la tasa global de fecundidad y con la razón de mortalidad materna. Denominaremos a esta primera componente: "Salud reproductiva". Es decir, a mayor prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (correlación positiva), se tiene una menor tasa global de fecundi-

**Tabla I**  
**COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON DE LAS VARIABLES ORIGINALES CON LAS DOS COMPONENTES PRINCIPALES**

<i>Variables</i>	<i>1ª Componente</i>	<i>2ª Componente</i>
Tasa global de fecundidad (hijos/mujer) 2003	-0,88606 <0,0001	0,30437 0,1227
Tasa cruda de natalidad (por 1.000 habitantes)	-0,90468 <0,0001	0,21196 0,2885
Razón de mortalidad materna reportada (por 100.000 nv)	-0,77893 <0,0001	-0,10557 0,6002
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil (%)	0,77928 <0,0001	0,25150 0,2057
Proporción de población gestante atendida por personal capacitado durante el embarazo (%)	0,49168 0,0092	-0,21223 0,2879
Proporción de partos atendidos por personal capacitado (%)	0,83438 <0,0001	-0,15956 0,4266
Gasto nacional en salud por año per cápita (US\$ corrientes) (\$ per capita)	0,56525 0,0021	0,56389 0,0022
Gasto nacional en salud por año como proporción del PIB (%)	0,52611 0,0048	0,72005 <0,0001
Gasto público en salud por año como proporción del gasto nacional en salud (%)	0,44295 0,0207	-0,62501 0,0005

**Tabla II**  
**ORDEN OBTENIDO POR LOS PAÍSES DE LA REGION DE LAS AMERICAS PARA LAS DOS COMPONENTES PRINCIPALES**

País	1ª Componente	País	2ª Componente
Canadá	3,74165	Estados Unidos	3,55589
Estados Unidos	3,73032	Guatemala	1,43551
Cuba	2,77609	Uruguay	1,08724
Uruguay	2,15635	Paraguay	0,99604
Barbados	1,92095	Honduras	0,96482
Costa Rica	1,86310	Brasil	0,96385
Argentina	1,51039	El Salvador	0,88731
Chile	1,20450	Venezuela	0,77165
Trinidad y Tobago	0,80712	Nicaragua	0,70907
Colombia	0,78834	Argentina	0,59815
Brasil	0,74626	Colombia	0,51859
Panamá	0,31874	R. Dominicana	0,35727
México	0,15157	Canadá	0,19782
Jamaica	0,12718	Haití	0,09769
R. Dominicana	0,01871	Costa Rica	-0,30927
Guyana	-0,22639	México	-0,39901
Venezuela	-0,63350	Jamaica	-0,53359
Ecuador	-0,64596	Bolivia	-0,67318
Belice	-0,69796	Chile	-0,73870
El Salvador	-0,98093	Ecuador	-0,76485
Nicaragua	-0,98194	Belice	-0,81231
Perú	-1,41192	Panamá	-0,85489
Paraguay	-1,81295	Perú	-1,04213
Honduras	-2,30628	Trinidad y Tobago	-1,20958
Bolivia	-2,97225	Barbados	-1,49635
Guatemala	-4,31618	Cuba	-1,80509
Haití	-4,87501	Guyana	-2,50196



*Figura 1.* Dendrograma obtenido al realizar un análisis por conglomerados jerárquicos con el método de ward, utilizando la distancia euclídea entre las puntuaciones de los países en las dos primeras componentes principales. Países de la Región de las Américas.

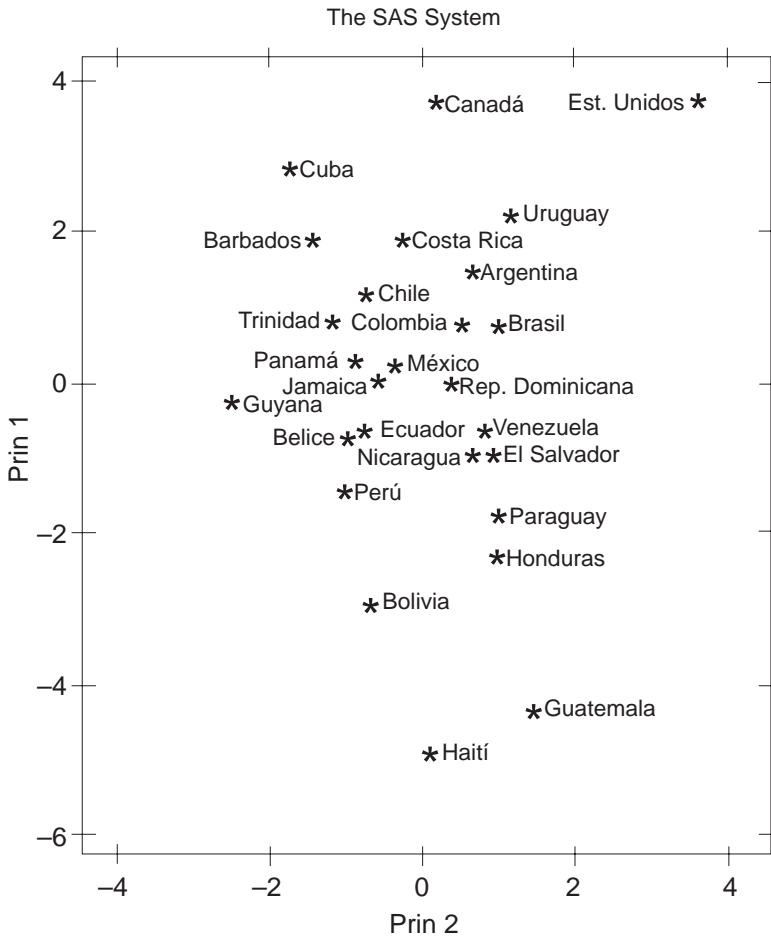


Figura 2. Gráfico de dispersión de los valores obtenidos por los países de la región de las Américas en la primera y segunda componente.

dad y menor tasa cruda de natalidad (correlación negativa), que implica menor número de embarazos no deseados y por lo tanto, embarazos de menor riesgo, traduciéndose en una menor mortalidad materna (correlación negativa). Así, los países con puntuaciones más altas en esta primera componente, corresponden a aquellos con mejores condiciones de salud en el área reproductiva y planificación familiar.

Por su parte, la segunda componente principal, se relaciona en forma directa con el gasto nacional en salud por año como proporción del PIB, como una expresión de mayor cantidad de recursos destinados a salud. Se relaciona en forma inversa con el gasto público en salud por año, como proporción del gasto nacional en salud. Denominaremos a esta componente como "Gasto en salud". Entre los primeros figuran países como Estados Unidos y Uruguay, con los más altos porcentajes del PIB destinados a salud (13,08% y

10,27% respectivamente) y un porcentaje relativamente bajo destinado al gasto público en salud (45,31% y 46,5%, respectivamente). Estos países comparten los primeros lugares con otros que tienen un menor porcentaje del PIB destinado a salud y, a su vez, un menor porcentaje del gasto público en salud, como Guatemala, Paraguay, Honduras y El Salvador.

Al analizar en forma combinada ambas componentes principales (Figura 2), Estados Unidos aparece en el segundo lugar en la primera componente y en el primer lugar en la segunda, con una diferencia significativa con los países que le siguen. En efecto, Estados Unidos tiene un gasto nacional en salud por año como proporción del PIB del 13,08%, en comparación con el 10,27% de Uruguay y el 9,3% de Canadá, los países que le siguen en magnitud de dicho indicador. La situación de Estados Unidos es similar a la de Uruguay, país que ocupa el cuarto lugar en la primera

componente y el tercer lugar en la segunda componente, es decir, ambos países se ubican dentro de los primeros lugares en ambas componentes principales. Cabe destacar que, pese a que el gasto per cápita en salud al año es una variable que obtuvo una menor significación en la segunda componente, contribuye de manera importante y directamente proporcional a ésta. Así, Estados Unidos gasta US\$ 4.432 per cápita al año en salud, cifra que duplica al país que le sigue que es Canadá, con un gasto de US \$ 2.151 per cápita al año en salud. Sin embargo Canadá, a diferencia de Estados Unidos y Uruguay, ocupa el decimotercer lugar en la segunda componente y el primer lugar en la primera componente. Es decir, se ubica en el primer lugar en la componente relacionada con salud reproductiva y planificación familiar, con un gasto total ascendente a la mitad de lo que gasta Estados Unidos, pero con un porcentaje destinado a salud pública de un 72,5%, frente a un escaso 45,31% de Estados Unidos. En otras palabras, tomando globalmente el análisis anterior, podríamos decir que Canadá, con un gasto cercano a la mitad del de Estados Unidos, pero con una mayor proporción destinada al Sistema Público, tiene una situación de salud reproductiva mejor que éste último.

Ya hemos destacado la similitud de la situación entre Estados Unidos y Uruguay. Estos dos países, a diferencia de los otros que ocupan los primeros lugares en la segunda componente, ocupan también lugares destacados en la primera (2 y 4 respectivamente). Tienen los porcentajes del PIB destinados a salud más altos de toda la serie, con un gasto en salud pública similar. Por su parte, otros países que ocupan los primeros lugares en la segunda componente como Guatemala, Paraguay, Honduras y El Salvador están dentro de los lugares más bajos en la primera componente. Es decir, presentan una baja puntuación en la componente relacionada con salud reproductiva y planificación, mientras que obtienen una alta puntuación en la componente que representa el gasto en salud. Esto refleja una baja eficacia y eficiencia en los logros con relación a la salud reproductiva, ya que pese a destinar una proporción importante de sus recursos a salud, no logran buenos resultados. Posiblemente, aún cuando estos países destinan una proporción similar del PIB a salud, están entre los países que tienen el por-

centaje más bajo destinado al gasto público en salud.

Países como Cuba, Barbados, Costa Rica y Chile ocupan, en la primera y segunda componente, los lugares 3 y 26; 5 y 25; 6 y 15; y 8 y 19, respectivamente. Es decir, tienen en común el hecho de situarse dentro los primeros diez lugares en la componente relacionada con salud reproductiva, con un gasto en salud relativamente bajo. Es probable que, nuevamente, sea el porcentaje destinado a gasto público en salud, el que explique en parte, esta mayor eficiencia. En efecto, el porcentaje de gasto público en salud por año como proporción del gasto nacional en salud alcanza cifras del 82,5%, 66,4%, 75,5% y 65,9%, respectivamente.

Como es posible apreciar, son múltiples los análisis factibles de realizar, pudiendo medir con mayor precisión la eficacia, efectividad y eficiencia de la gestión en salud de la mujer en los distintos países. Sin embargo, el objetivo del presente estudio es más bien, aportar una metodología que permita contribuir a lograr una mejor transferencia y utilidad de los recursos y como consecuencia, una mejor gestión en salud.

En la actualidad, la salud de la mujer y la implementación de políticas de planificación familiar son temas de vital importancia a nivel mundial. Es por esto que hemos intentado generar nuevos indicadores, más modernos y objetivos, constituyendo este estudio sólo una representación de las múltiples variables que pueden ser evaluadas mediante el ACP. Finalmente, creemos que establecer nuevos indicadores de salud, considerando además de resultados, eficacia, efectividad y eficiencia, podría contribuir significativamente en una mejor administración de los recursos en salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barrera C, Biotti M, Castro R, Carrillo J, Carstens M. Guía Perinatal. MINSAL-CEDIP, Chile. 2003. Hallado en: [www.cedip.cl](http://www.cedip.cl)
2. Almenara-Barrios J, García-Ortega C. Creación de índices de gestión hospitalaria mediante análisis de componentes principales. *Rev Salud Pública México* 2002; 44(6):533-40.
3. Vivanco M. Análisis estadístico multivariable. Teoría y práctica. Santiago, Chile: Editorial Universitaria. 1999.

**ANEXO 1**  
**VALORES OBTENIDOS EN LAS VARIABLES POR LOS PAÍSES DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS.**  
**INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA**

<i>País</i>	<i>Tasa global de fecundidad (hijos/mujer) 2003</i>	<i>Tasa cruda de natalidad (por 1.000 hab)</i>	<i>Razón de mortalidad materna reportada (por 100.000 n.v.)</i>	<i>Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil (%)</i>
Argentina	2,4	18,8	43,5	75
Barbados	1,5	12,0	80,5	55
Belice	3,1	26,6	68,4	47
Bolivia	3,7	28,7	390,0	48
Brasil	2,2	19,4	44,9	77
Canadá	1,5	10,1	2,4	80
Chile	2,3	18,0	18,7	60,6
Colombia	2,6	21,9	104,9	77
Costa Rica	2,2	18,8	38,0	80
Cuba	1,6	11,5	41,8	82
Ecuador	2,7	22,6	97,0	66
El Salvador	2,8	24,6	120,0	60
Estados Unidos	2,1	14,5	9,8	76,4
Guatemala	4,3	33,6	153,0	38
Guyana	2,3	21,4	133,3	31
Haití	3,9	30,1	523,0	28
Honduras	3,6	29,4	108,0	50
Jamaica	2,3	20,2	106,2	66
México	2,5	22,0	76,9	68
Nicaragua	3,7	30,9	97,0	60
Panamá	2,7	22,4	71,3	58
Paraguay	3,8	29,3	160,7	57
Perú	2,8	22,9	185,0	50,3
R. Dominicana	2,7	23,0	82,0	64
Trinidad y Tobago	1,6	13,8	44,7	53
Uruguay	2,3	16,7	11,1	84
Venezuela	2,7	22,5	67,2	43



## ANEXO 2

**VALORES OBTENIDOS EN LAS VARIABLES POR LOS PAÍSES DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS.  
INDICADORES DE ATENCIÓN PROFESIONAL DE EMBARAZO Y PARTO. INDICADORES DEL GASTO  
DEDICADO A SALUD**

<i>País</i>	<i>Proporción de población gestante atendida por personal capacitado durante el embarazo (%)</i>	<i>Proporción de partos atendidos por personal capacitado (%)</i>	<i>Gasto nacional en salud por año per cápita (US\$ corrientes) (\$ per capita)</i>	<i>Gasto nacional en salud por año como proporción del PIB (%)</i>	<i>Gasto público en salud por año como proporción del gasto nacional en salud (%)</i>
Argentina	83,9	98,7	697,0	9,1	54,0
Barbados	100,0	100,0	505,9	6,6	66,4
Belice	98,0	97,0	126,0	4,8	51,2
Bolivia	55,0	65,0	54,0	5,5	69,1
Brasil	46,0	96,6	271,0	8,4	40,4
Canadá	100,0	99,0	2151,0	9,3	72,5
Chile	83,1	99,8	331,0	7,1	65,9
Colombia	91,0	86,4	211,0	9,3	54,8
Costa Rica	83,0	96,0	285,0	9,1	75,5
Cuba	100,0	100,0	139,0	6,7	82,5
Ecuador	83,0	69,2	65,0	3,9	51,0
El Salvador	76,0	58,0	161,0	8,2	40,3
Estados Unidos	98,9	99,4	4432,6	13,1	45,3
Guatemala	37,0	41,4	91,0	5,4	26,4
Guyana	95,3	93,8	39,0	4,6	80,6
Haití	78,8	24,2	24,0	5,9	41,9
Honduras	85,3	42,2	59,0	7,2	36,9
Jamaica	70,1	98,5	140,0	4,9	44,7
México	89,2	86,7	221,0	5,3	47,2
Nicaragua	86,2	79,3	43,0	9,7	59,6
Panamá	81,6	92,1	231,0	6,8	72,3
Paraguay	69,3	84,8	128,0	7,2	36,8
Perú	83,8	59,3	91,0	4,4	57,2
R. Dominicana	99,0	97,0	112,0	6,5	29,0
Trinidad y Tobago	64,2	99,0	214,0	4,5	48,5
Uruguay	93,1	99,7	618,0	10,3	46,5
Venezuela	25,5	95,3	437,0	8,7	51,0