

# Salud en las Américas

2007 VOLUMEN I-REGIONAL



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

*Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud*

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
525 Twenty-third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

Se publica también en inglés (2007), con el título:

*Health in the Americas, 2007*

Scientific and Technical Publication No. 622

ISBN 978 92 75 11626 1 (Volume I–Regional)

ISBN 978 92 75 11622 9 (Two volume set)

### **Catalogación por la Biblioteca de la OPS**

Organización Panamericana de la Salud

Salud en las Américas: 2007

Washington, D.C.: OPS, © 2007—2v.

(OPS, Publicación Científica y Técnica No. 622)

ISBN 978 92 75 31626 0 (Volumen I–Regional)

ISBN 978 92 75 31622 8 (Obra completa, 2 volúmenes)

I. Título

II. (Serie)

III. Autor

1. INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD
2. FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA
3. EQUIDAD EN EL ESTADO DE SALUD
4. REFORMA EN ATENCIÓN DE LA SALUD
5. DESARROLLO SOSTENIBLE
6. AMÉRICAS

NLM WA 110

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Programa de Publicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2007

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

# CONTENIDO

	<i>Página</i>
<i>Prefacio</i> .....	xxv
<i>Nota a nuestros lectores</i> .....	xxvii
<i>Colaboradores</i> .....	xxviii
<b>PANORAMA DE LA SALUD EN LA REGIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>LA SALUD EN EL CONTEXTO DEL DESARROLLO</b> .....	<b>1</b>
<b>ABORDAR LA AGENDA INCONCLUSA</b> .....	<b>12</b>
<b>PROTEGER LOS AVANCES EN MATERIA DE SALUD</b> .....	<b>18</b>
<b>ENFRENTAR LOS NUEVOS RETOS</b> .....	<b>19</b>
<b>RESPONDER A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN</b> .....	<b>24</b>
<b>1. LA SALUD EN EL CONTEXTO DEL DESARROLLO</b> .....	<b>30</b>
<b>EL CONTEXTO ECONÓMICO Y POLÍTICO</b> .....	<b>32</b>
La esperanza de vida .....	32
Crecimiento económico y desigualdad .....	32
Evolución del gasto social .....	37
Tendencias hacia la integración subregional y regional .....	39
Cumbres con nuevos rumbos. Cooperación política regional .....	39
<b>EL CONTEXTO SOCIAL</b> .....	<b>41</b>
Pobreza e indigencia .....	42
Hambre y desnutrición .....	44
Desempleo .....	45
Acceso a la educación .....	47
Inequidades en las condiciones de salud .....	49
Inequidades de género, etnia y raza .....	51
Causas de la inequidad en el acceso a recursos esenciales para la salud .....	51
Salud y equidad de género, etnia y raza .....	53
Género y el acceso a la atención de la salud .....	54
Equidad de género y financiamiento de la atención .....	55
<b>EL CONTEXTO AMBIENTAL</b> .....	<b>55</b>
El crecimiento urbano .....	55
Agua potable, contaminación del agua y tratamiento de aguas residuales .....	56
Contaminación del aire .....	56
Deforestación y degradación del suelo .....	56
Degradación de las costas y contaminación de los mares .....	57
La variabilidad regional y el cambio climático .....	58

<b>DERECHO INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS</b> .....	58
Fuentes legales del derecho a la salud en América Latina y el Caribe .....	58
Iniciativas en materia de bioética .....	59
<b>2. CONDICIONES DE SALUD Y SUS TENDENCIAS</b> .....	62
<b>CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y SUS TENDENCIAS</b> .....	68
Resultados de la transición demográfica .....	68
Diferencias e inequidades en la fecundidad y la mortalidad .....	70
Migraciones internacionales e internas .....	72
Conclusiones .....	73
<b>MAGNITUD, DISTRIBUCIÓN Y TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD</b> .....	74
<b>Análisis general</b> .....	74
<b>Análisis por subregiones</b> .....	77
<i>Norteamérica</i> .....	77
<i>México</i> .....	79
<i>Centroamérica</i> .....	79
<i>Caribe latino</i> .....	81
<i>Caribe no latino</i> .....	81
<i>Área Andina</i> .....	85
<i>Brasil</i> .....	85
<i>Cono Sur</i> .....	88
<b>MORBILIDAD</b> .....	88
<b>Enfermedades prevenibles por vacunación</b> .....	88
<i>Mantenimiento de los logros</i> .....	90
<i>Agenda inconclusa de inmunización</i> .....	97
<i>Nuevos desafíos en inmunización</i> .....	100
<b>Enfermedades transmitidas por vectores</b> .....	104
<i>Malaria</i> .....	104
<i>Dengue</i> .....	109
<i>Enfermedad de Chagas</i> .....	114
<b>Zoonosis</b> .....	116
<i>Rabia</i> .....	117
<i>Peste</i> .....	118
<i>Leishmaniasis visceral</i> .....	118
<i>Equinococosis/Hidatidosis</i> .....	119
<i>Brucelosis</i> .....	119
<i>Tuberculosis bovina</i> .....	119
<b>VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual</b> .....	119
<i>Panorama epidemiológico de la infección por VIH/sida e ITS</i> .....	120
<i>Factores determinantes socioeconómicos y factores multiplicadores para la transmisión del VIH</i> .....	122
<i>La respuesta del sector salud: logros clave</i> .....	123
<i>Completar la agenda inconclusa: 2006 y más allá</i> .....	124
<b>Enfermedades crónicas transmisibles</b> .....	125
<i>Tuberculosis</i> .....	125
<i>Lepra</i> .....	131

<b>Enfermedades crónicas no transmisibles</b> .....	<b>132</b>
<i>Enfermedades cardiovasculares</i> .....	132
<i>Neoplasias malignas</i> .....	133
<i>Diabetes</i> .....	136
<i>Enfermedades crónicas de vías respiratorias</i> .....	137
<i>Hipertensión</i> .....	137
<i>Factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles</i> .....	138
<i>Respuesta del sistema de salud</i> .....	141
<b>PROMOCIÓN DE LA SALUD</b> .....	<b>142</b>
<b>Salud mental</b> .....	<b>142</b>
<i>Carga y magnitud de los trastornos mentales</i> .....	142
<i>Desastres y salud mental</i> .....	142
<i>La respuesta</i> .....	142
<i>Perspectivas de cambio</i> .....	143
<b>Salud oral</b> .....	<b>143</b>
<i>Caries dental</i> .....	143
<i>Fluoruración en las Américas</i> .....	144
<i>Fluorosis dental</i> .....	146
<i>Práctica de restauración atraumática</i> .....	146
<i>Enfermedad periodontal y su relación con enfermedades sistémicas</i> .....	148
<b>Salud ocular</b> .....	<b>149</b>
<i>Ceguera y pérdida de la visión</i> .....	149
<i>Costo de la ceguera</i> .....	150
<i>Logros en el control de la enfermedad</i> .....	150
<i>Alianzas</i> .....	150
<i>El futuro</i> .....	151
<b>Salud sexual y reproductiva</b> .....	<b>151</b>
<i>Situación de la salud sexual y reproductiva en los países de la Región</i> .....	151
<i>Salud de la mujer y salud materna</i> .....	152
<i>Salud perinatal</i> .....	153
<i>Salud sexual y reproductiva de los adolescentes</i> .....	153
<b>PREVENCIÓN DE RIESGOS</b> .....	<b>154</b>
<b>Alimentación y nutrición para una vida sana</b> .....	<b>154</b>
<i>Patrones de crecimiento de lactantes y niños pequeños</i> .....	154
<i>Lactancia materna</i> .....	155
<i>Alimentación infantil y VIH</i> .....	155
<i>Micronutrientes</i> .....	157
<i>El combate a la epidemia de las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición</i> .....	158
<b>Hacer frente a los desastres</b> .....	<b>159</b>
<i>Población en riesgo: daños y mortalidad</i> .....	159
<i>Impacto de los desastres naturales</i> .....	160
<i>Impacto de los fenómenos antropogénicos</i> .....	161
<i>Impacto de los desastres en el sistema de salud</i> .....	162
<i>Tendencias generales del riesgo</i> .....	163
<i>Conclusión</i> .....	163

<b>SALUD DE GRUPOS ESPECIALES</b> .....	164
<b>Salud de los pueblos indígenas</b> .....	164
<b>Salud de los afrodescendientes</b> .....	169
<b>Salud de la familia y la comunidad</b> .....	172
<b>Salud del niño</b> .....	172
<i>Mortalidad infantil y de menores de 5 años</i> .....	172
<i>Pobreza e inequidad</i> .....	174
<i>Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia</i> .....	174
<i>El desarrollo infantil en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio</i> .....	175
<b>Salud de los adolescentes y los jóvenes</b> .....	175
<i>Aspectos demográficos</i> .....	175
<i>Educación</i> .....	176
<i>Empleo</i> .....	176
<i>Estructura y dinámica familiar</i> .....	176
<i>Mortalidad y morbilidad</i> .....	177
<i>Salud sexual y reproductiva</i> .....	177
<i>Violencia</i> .....	180
<i>Uso de sustancias</i> .....	180
<b>Salud de los adultos mayores</b> .....	181
<i>Disminución de la muerte prematura antes de los 85 años de edad</i> .....	181
<i>Calidad de vida</i> .....	182
<i>Estrategia Regional de Implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento</i> .....	183
<i>Compromiso regional para el fomento de la salud y el bienestar en la vejez</i> .....	183
<i>Estrategias de cooperación técnica</i> .....	184
<b>Salud de las personas con discapacidad</b> .....	184
<b>NUEVOS RETOS DE LA SALUD PÚBLICA</b> .....	186
<b>Enfermedades desatendidas en América Latina y el Caribe</b> .....	186
<i>El problema</i> .....	186
<i>Enfermedades desatendidas en poblaciones desatendidas</i> .....	187
<i>Carga de la enfermedad</i> .....	187
<i>Leishmaniasis</i> .....	189
<i>Filariasis linfática</i> .....	189
<i>Oncocercosis</i> .....	191
<b>Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes</b> .....	193
<i>Preparación ante una pandemia de influenza en las Américas</i> .....	194
<i>Síndrome respiratorio agudo severo</i> .....	197
<i>Síndrome pulmonar por hantavirus</i> .....	198
<i>Cólera</i> .....	200
<b>3. DESARROLLO SOSTENIBLE Y SALUD AMBIENTAL</b> .....	220
<b>LA SALUD Y EL AMBIENTE</b> .....	222
<b>AGUA, SANEAMIENTO Y DISPOSICIÓN SANITARIA DE RESIDUOS SÓLIDOS</b> .....	225
<b>Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el monitoreo de sus metas</b> .....	226
<b>Saneamiento básico y salud pública</b> .....	227
<b>Saneamiento básico como beneficio económico en salud</b> .....	232

<b>Equidad en el acceso sostenible a los servicios de saneamiento básico</b> .....	233
<b>Calidad y sostenibilidad de los servicios de saneamiento básico en la Región</b> .....	236
<i>Protección del recurso agua</i> .....	240
<i>Protección de las aguas recreativas</i> .....	241
<i>Residuos sólidos</i> .....	241
<b>Saneamiento básico en situaciones críticas y de emergencia en América Latina y el Caribe</b> .....	242
<b>CONTAMINACIÓN DEL AIRE</b> .....	243
<b>Estado de la calidad del aire en la Región</b> .....	243
<b>Efectos de la contaminación del aire sobre la salud</b> .....	247
<b>CONTAMINANTES QUÍMICOS</b> .....	248
<b>Intervenciones</b> .....	250
Seguridad química en América Latina y el Caribe .....	251
<b>INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS</b> .....	252
<b>SALUD DE LOS TRABAJADORES</b> .....	254
<b>Riesgos ocupacionales y carga de morbilidad</b> .....	254
<i>Accidentes ocupacionales</i> .....	257
<i>Enfermedades ocupacionales</i> .....	257
<i>Mortalidad laboral</i> .....	258
<b>Políticas y alianzas internacionales</b> .....	258
<b>SALUD AMBIENTAL INFANTIL</b> .....	259
<b>Compromisos políticos</b> .....	260
<i>Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Cumbre para la Tierra)</i> .....	260
<i>Declaración del Milenio</i> .....	260
<i>Declaración de Johannesburgo sobre Desarrollo Sostenible</i> .....	260
<i>Declaración de Mar del Plata</i> .....	261
<b>Progresos en la salud ambiental infantil</b> .....	261
<b>SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL</b> .....	262
<b>Subalimentación</b> .....	262
<b>Antropometría nutricional</b> .....	263
<b>Evolución de la situación de sobrepeso y obesidad en América Latina y el Caribe</b> ..	265
<b>Hacia una iniciativa regional</b> .....	266
<b>ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LA SEGURIDAD ALIMENTARIA</b> .....	267
<b>Fiebre aftosa</b> .....	267
<b>Encefalopatía espongiforme bovina</b> .....	268
<b>Influenza aviar</b> .....	269
<i>Situación mundial</i> .....	269
<i>Importancia de la producción avícola en la seguridad alimentaria</i> .....	269
<i>Situación regional de la influenza aviar</i> .....	270
<i>Riesgo de introducción y diseminación de influenza H5N1 en la Región</i> .....	270
<i>La respuesta político-técnica</i> .....	270

<b>TABACO</b> .....	271
<b>Morbilidad y mortalidad relacionadas con el tabaco</b> .....	271
<b>Consumo de tabaco y exposición pasiva al humo del tabaco</b> .....	271
<i>Prevalencia del consumo de tabaco entre los adultos</i> .....	271
<i>Prevalencia del consumo de tabaco en los adolescentes</i> .....	271
<i>Consumo de tabaco per cápita</i> .....	272
<i>Exposición pasiva al humo del tabaco</i> .....	273
<b>Aspectos económicos</b> .....	273
<b>Estado de las intervenciones</b> .....	275
<i>Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS</i> .....	275
<i>Ambientes libres de humo</i> .....	275
<i>Impuestos y precios</i> .....	276
<i>Advertencias del riesgo a la salud impresas en los paquetes</i> .....	276
<i>Eliminación de la publicidad y promoción del tabaco</i> .....	276
<b>Actividades de la industria tabacalera</b> .....	277
<b>Planteos judiciales</b> .....	277
<b>Desafíos y prioridades para el futuro</b> .....	277
<b>ALCOHOL</b> .....	278
<b>El consumo de alcohol, la salud y los problemas sociales</b> .....	279
<b>El significado cultural del alcohol y sus consecuencias en la población indígena</b> ...	281
<b>El camino hacia adelante</b> .....	282
<b>VIOLENCIA</b> .....	283
<b>Lesiones intencionales y no intencionales</b> .....	283
<b>Homicidios</b> .....	284
<b>Violencia juvenil</b> .....	285
<b>Personas desplazadas dentro de un país por la violencia</b> .....	285
<b>Sistemas de información sobre la violencia y las lesiones</b> .....	286
<b>Iniciativas exitosas sobre sistemas de información de lesiones de causa externa</b> ...	286
<i>En las emergencias hospitalarias de Nicaragua, El Salvador y Colombia</i> .....	286
<i>Observatorios de mortalidad por lesiones de causa externa</i> .....	287
<b>SEGURIDAD VIAL</b> .....	287
<b>¿Quiénes se accidentan?</b> .....	288
<b>Estrategias para mejorar la seguridad vial</b> .....	289
<b>Intervenciones y prevenciones</b> .....	290
<b>PROMOCIÓN DE LA SALUD</b> .....	290
<b>ESPACIOS SALUDABLES</b> .....	295
<b>Experiencias de municipios y comunidades saludables en las Américas</b> .....	296
<b>Iniciativa de viviendas saludables</b> .....	299
<b>ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD</b> .....	300
<b>El avance de la iniciativa</b> .....	301



<b>4. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD</b> .....	<b>314</b>
<b>ORGANIZACIÓN, COBERTURA Y DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL</b> .....	<b>317</b>
Valores, principios y propósitos de los sistemas de salud .....	317
Antecedentes históricos .....	318
Reseña de los procesos de reforma sectorial durante los decenios de 1980 y 1990 en la Región .....	318
Organización, cobertura y desempeño de los sistemas de salud .....	320
Exclusión social y barreras de acceso al sistema de salud .....	321
Evolución de la agenda de protección social y de fortalecimiento de los sistemas de salud en el período 2001–2005 .....	321
<b>GASTO NACIONAL EN SALUD Y FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b> .....	<b>331</b>
Gasto nacional en salud en las Américas y en otras regiones del mundo, 2004: el gasto público en salud aumenta a la par del desarrollo económico de los países .....	331
El gasto nacional en salud y la participación pública y privada de los sistemas nacionales de atención de salud en las Américas 2004–2005: comparaciones entre los países .....	332
Cambios en la composición del gasto nacional en salud: tendencias del gasto total y la creciente importancia de los seguros privados y de los planes de prepago ...	335
Gasto y cobertura de los planes de seguro de salud gubernamentales y sociales ...	336
Gasto privado en salud: consumo de los hogares .....	336
Descripción del gasto de los hogares en salud .....	341
Impacto distributivo del gasto público en salud .....	342
<b>LEGISLACIÓN EN SALUD</b> .....	<b>343</b>
Marco jurídico para el ejercicio de las funciones de rectoría y regulación en salud ..	343
Regulación del financiamiento, el aseguramiento y la inserción privada en salud ..	344
Regulación de la calidad de la atención .....	346
Canales para la participación de la sociedad civil .....	347
Fortalecimiento de los derechos en salud .....	347
<b>RECURSOS HUMANOS</b> .....	<b>348</b>
La importancia de los recursos humanos en salud .....	348
Políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, y desarrollo de la capacidad institucional para ponerlos en práctica .....	349
<i>Los procesos de planificación de los recursos humanos y sus características</i> .....	349
<i>Institucionalización de la gestión nacional del desarrollo de recursos humanos</i> .....	349
<i>Regulación del ejercicio profesional de los recursos humanos en salud</i> .....	349
Conseguir que las personas idóneas se encuentren en los lugares adecuados para asegurar una distribución equitativa del personal de salud .....	350
<i>Disponibilidad de personal de salud</i> .....	350
<i>Composición del personal de salud</i> .....	351

<i>Presupuesto público en recursos humanos</i> .....	351
<b>Desplazamientos de los profesionales de salud</b> .....	352
<i>Distribución del personal de salud</i> .....	352
<i>Migración de personal de salud</i> .....	352
<i>Acuerdos internacionales sobre la migración de personal de salud</i> .....	353
<b>Vínculos de los trabajadores con las instituciones de salud para prestar buenos servicios</b> .....	354
<i>Evolución de las características del empleo y de los sistemas de contratación</i> .....	354
<i>Diversidad de regímenes laborales</i> .....	354
<i>Descentralización de la gestión de recursos humanos en salud</i> .....	355
<i>Planes de cargos y carrera sanitaria</i> .....	355
<i>Competencias, reclutamiento y carrera del personal directivo en salud</i> .....	355
<i>Gestión y regulación de conflictos del personal de salud</i> .....	355
<i>Capacitación de los trabajadores de salud</i> .....	356
<b>Interacción entre las instituciones de formación profesional y las de servicios de salud</b> .....	356
<i>Programas y experiencias de integración docencia-servicios</i> .....	356
<b>FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD: EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL</b> ..	357
<b>El sector salud y el sistema de salud</b> .....	357
<b>Diferencias conceptuales sobre el alcance operativo de las funciones de los sistemas de salud</b> .....	357
<b>Tendencias generales de las reformas sanitarias en América Latina y el Caribe que han influido en las funciones tradicionales de los sistemas de salud</b> .....	358
<i>Tendencias relativas a la función de rectoría</i> .....	358
<i>Tendencias relativas a las funciones de financiamiento y aseguramiento</i> .....	358
<i>Tendencias relativas a la función de provisión de servicios de salud</i> .....	360
<b>FUNCIÓN DE RECTORÍA</b> .....	362
<b>Evolución conceptual y metodológica de la función rectora en el período 2001–2005</b> .....	362
<b>La función rectora y el fortalecimiento de los sistemas de salud</b> .....	362
<b>Marco conceptual de la función rectora en salud</b> .....	363
<i>Caracterización de una efectiva conducción en salud</i> .....	363
<i>Caracterización de una efectiva regulación y fiscalización en salud</i> .....	363
<i>Caracterización de la función de financiamiento</i> .....	364
<i>Caracterización de la función de aseguramiento</i> .....	364
<i>Caracterización de la función de provisión de servicios de salud</i> .....	364
<b>Acciones de fortalecimiento de la función rectora en América Latina y el Caribe</b> ...	365
<i>Fortalecimiento de la capacidad para regular y fiscalizar al sector farmacéutico: el caso del Brasil</i> .....	365
<i>Fortalecimiento de la capacidad de conducción de la autoridad sanitaria en Chile</i> .....	365
<i>Fortalecimiento de la capacidad rectora del Ministerio de Salud en Costa Rica</i> .....	365
<b>Desafíos</b> .....	366
<b>LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMO FUNCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD</b> .....	366
<b>Niveles de los servicios de salud</b> .....	366
<b>Acceso a los servicios de salud</b> .....	366

<b>Calidad de los servicios de salud</b> .....	367
<i>Equidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud</i> .....	368
<b>Desarrollo de sistemas de prestación de servicios de salud de alto rendimiento</b> ....	368
<i>Desafíos para el desarrollo de modelos de prestación de servicios médicos de alto rendimiento</i> .....	368
<i>Tendencias emergentes en los modelos de prestación de servicios de salud</i> .....	368
<i>El objetivo: servicios integrados de salud</i> .....	369
<i>Efectos de los modelos de prestación de servicios de salud de alto desempeño en los resultados de salud</i> .....	370
<i>Desafíos de la organización y administración de los servicios de salud</i> .....	370
<i>Tendencias en la administración de los servicios de salud</i> .....	371
<i>Creación de capacidades para una óptima administración de los servicios de salud</i> .....	372
<i>Control de los servicios de salud y medición del desempeño</i> .....	372
<i>Tendencias emergentes en los servicios de salud</i> .....	373
<b>MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS PARA LA SALUD</b> .....	373
<b>Medicamentos</b> .....	373
<i>Políticas farmacéuticas</i> .....	373
<i>El mercado farmacéutico</i> .....	374
<i>Comercio y salud</i> .....	375
<i>Armonización</i> .....	376
<i>Suministro de medicamentos</i> .....	376
<i>Uso racional de medicamentos</i> .....	377
<b>Vacunas</b> .....	378
<i>Regulación en materia de vacunas</i> .....	378
<b>Servicios de imagenología y radioterapia</b> .....	379
<i>Servicios de imagenología</i> .....	379
<i>Servicios de radioterapia</i> .....	380
<i>Planificación y gestión de los servicios de diagnóstico por imagen y radioterapia</i> .....	381
<i>Protección contra los riesgos de las radiaciones</i> .....	381
<b>Servicios de sangre</b> .....	382
<i>Laboratorios clínicos y de salud pública</i> .....	383
<b>LA INFORMACIÓN CIENTÍFICA EN SALUD: ACCESO Y UTILIZACIÓN</b> .....	385
<b>Tendencias de la producción científica en América Latina y el Caribe: 2000–2005</b> ..	386
<b>Situación actual e iniciativas en desarrollo</b> .....	389
<i>Biblioteca Virtual en Salud</i> .....	390
<i>SciELO</i> .....	390
<i>Red Internacional de Fuentes de Información y Conocimiento para la Gestión de Ciencia, Tecnología e Innovación</i> .....	390
<i>Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud</i> .....	391
<i>Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología en Salud</i> .....	391
<b>Perspectivas y necesidades</b> .....	391
<b>RENOVACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD</b> .....	393
<b>El contexto de la atención primaria en las Américas</b> .....	393
<b>Crear sistemas de salud basados en la atención primaria</b> .....	394
<b>El camino a seguir</b> .....	396

<b>5. SALUD Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL</b> .....	406
<b>LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO</b> .....	408
El esquivo 0,7% del producto nacional bruto .....	409
La AOD para América Latina y el Caribe .....	409
Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud .....	411
La AODS en América Latina y el Caribe .....	412
Carga Global de Enfermedad y la Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud .....	414
<b>ALIANZAS PÚBLICO-PRIVADAS: NUEVO MODELO DE LA COOPERACIÓN EN SALUD</b> .....	415
<b>COOPERACION TÉCNICA ENTRE PAÍSES</b> .....	417
<b>ARMONIZACIÓN, ALINEAMIENTO Y COORDINACIÓN DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD</b> .....	418
<b>PERSPECTIVAS DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN LAS AMÉRICAS</b> ....	419
<b>LA SALUD Y LOS PROCESOS DE INTEGRACIÓN EN LAS AMÉRICAS</b> .....	420
La integración en el Cono Sur .....	420
La integración en el Área Andina .....	421
La integración en Centroamérica .....	422
La integración en el Caribe .....	423
La integración en América del Norte .....	424
<b>6. PERSPECTIVAS PARA LA SALUD REGIONAL</b> .....	427
Tendencias condicionantes del futuro de la salud .....	427
Respuesta a las tendencias regionales: La Agenda de Salud para las Américas, 2008–2017 .....	428
Perspectivas referentes a la acción en salud .....	431
Comentarios del Dr. George A.O.Alleyne .....	431
Comentarios de los Dres. Stephen Blount y Jay McAuliffe .....	433
Comentarios del Dr. Paolo Buss .....	436
Comentarios del Dr.Nils Arne Kastberg .....	438
Comentarios del Dr. Gustavo Kourí .....	438
Comentarios de la Dra. Sylvie Stachenko .....	440
Comentarios del Dr.Muthu Subramanian .....	441
Comentarios del Dr. Ricardo Uauy .....	445
Comentarios de la Dra.Marijke Velzeboer-Salcedo .....	447
El compromiso regional continuo: Planificación para el futuro de la salud en las Américas .....	449
<i>Siglas</i> .....	451

Lista de figuras y cuadros aparece en la página siguiente

## LISTA DE FIGURAS Y CUADROS

*Página*

### **PANORAMA DE LA SALUD EN LA REGIÓN**

Figura 1. Tendencias y proyecciones de la población para las principales subregiones, Región de las Américas, 1950–2050 .....	3
Figura 2. Tendencias y proyecciones de la población urbana y rural en América Latina y el Caribe, 1950–2030 .....	3
Figura 3. Tendencias y proyecciones del envejecimiento en América del Norte y América Latina y el Caribe, 1950–2050 .....	10
Figura 4. Desigualdades en la supervivencia infantil: curva de concentración y tasa de mortalidad en menores de 5 años en las Américas, alrededor de 2005 .....	14
Figura 5. Desigualdades en la salud materna: curva de concentración e índice de la mortalidad materna en las Américas, alrededor de 2005 .....	15
Figura 6. Desigualdades en los servicios y recursos de salud y el acceso a ellos, por quintiles de ingreso en las Américas, alrededor de 2005 .....	16
Figura 7. Proporción de las poblaciones total, urbana y rural que usan servicios mejorados de saneamiento, Región de las Américas, principales subregiones y países seleccionados, 2002 .....	17
Figura 8. Tasas estimadas de mortalidad por grupos amplios de enfermedades en la Región de las Américas, las principales subregiones y países seleccionados, 2002–2004 ..	19

### **Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en América Latina y el Caribe**

Población en extrema pobreza (%), América Latina y el Caribe, 2005 .....	4
Niños menores de 5 años con peso inferior al normal (%), América Latina y el Caribe, 1995–2003 .....	4
Tasa neta de matrícula en la enseñanza primaria, América Latina y el Caribe, 2004 .....	5
Tasa de alfabetización en los jóvenes de 15 a 24 años, América Latina y el Caribe, 2000/2004 .....	5
Mujeres que trabajan en el sector no agrícola, como porcentaje del total de empleados en el sector no agrícola, América Latina y el Caribe, 2001 .....	6
Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos, América Latina y el Caribe, 2003 .....	6
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos, América Latina y el Caribe, 2000 .....	7
Partos (%) con asistencia de personal sanitario especializado, América Latina y el Caribe, 2000 .....	7
Tasa de prevalencia del VIH/SIDA en la población de 15 a 49 años, América Latina y el Caribe, 2005 .....	7

Proporción de la población rural con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, América Latina y el Caribe, 2004 .....	8
Proporción de la población urbana con acceso a mejores servicios de saneamiento (%), América Latina y el Caribe, 2004 .....	8
Tasa de desempleo de jóvenes de 15 a 24 años, ambos sexos (%), América Latina y el Caribe, 2001 .....	9
Cuadro 1. Indicadores de los avances en la salud y el desarrollo en las Américas, 1980–2010 .....	2
Cuadro 2. Prevalencia (en 2006 y proyecciones para 2050) de la enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe, en América del Norte y en todo el mundo, por etapa de la enfermedad .....	22
Cuadro 3. Porcentaje de mujeres que notificaron haber sido víctimas de violencia a manos de familiares en cinco países de las Américas, 2000–2005 .....	23
<b>1. LA SALUD EN EL CONTEXTO DEL DESARROLLO</b>	
Figura 1. Esperanza de vida al nacer en los Estados Unidos de América (1930–2005) y en América Latina y el Caribe (1950–2005) y esperanza de vida al nacer en países seleccionados de América Latina y el Caribe (2000–2005) en relación a los Estados Unidos .....	33
Figura 2. Índice potencial de sobrevivencia, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2000–2005 .....	33
Figura 3. Ingreso nacional bruto (INB) per cápita US\$ (ppa) y por quintil, países de las Américas, 2005 .....	36
Figura 4. Coeficiente de Gini. Desigualdad en el ingreso entre regiones, para América Latina y el Caribe, otras regiones y grupos de países, 1990 y 2000 y proyecciones para 2015 .....	36
Figura 5. Razón de inequidad entre el quintil más rico respecto al quintil más pobre en países de las Américas, 2000–2005 .....	37
Figura 6. Evolución del gasto público social total y por sectores como proporción del producto interno bruto en América Latina y el Caribe, 1990–1991, 1996–1997 y 2002–2003 .....	39
Figura 7. Distribución del gasto público social como proporción del producto interno bruto por sectores en América Latina y en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2002–2003 .....	39
Figura 8. Porcentaje de la población en situación de pobreza e indigencia (A) y número de personas pobres e indigentes (B), América Latina y el Caribe, 1980–2006 .....	43
Figura 9. Pobreza e indigencia en América Latina y el Caribe, última estimación disponible .....	43

Figura 10. Evolución de los porcentajes de población subnutrida, 1990–1992 y 2000–2002 expresada como avance hacia el logro del ODM 1, que propone erradicar la pobreza y el hambre para 2015, América Latina y el Caribe y países seleccionados . . . . .	45
Figura 11. Porcentaje de población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria, en países de América Latina y el Caribe, 2001–2003 . . . . .	46
Figura 12. Porcentaje de niños menores de 5 años que padecen insuficiencia ponderal (bajo peso para la edad), en países seleccionados de América Latina y el Caribe, último año disponible . . . . .	46
Figura 13. Tasa de desempleo y tasa de ocupación en América Latina y el Caribe, 1995–2005 . . . . .	47
Figura 14. Empleo informal urbano y contribución de la economía informal al PIB, países seleccionados de América Latina, 2003–2005 . . . . .	47
Figura 15. Tasa de desempleo de jóvenes de 15 a 24 años por sexo . . . . .	48
Figura 16. Tendencias de las tasas de mortalidad infantil según nivel educativo de la madre, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 1989–2002 . . . . .	48
Figura 17. Tasa neta de matrícula en la enseñanza primaria, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2004 . . . . .	49
Figura 18. Tendencias del analfabetismo en la población mayor de 15 años, América Latina y el Caribe y países seleccionados, 2005 . . . . .	49
Figura 19. Ingreso medio de las mujeres como proporción del ingreso de los hombres, países seleccionados de América Latina y el Caribe, último año disponible . . . . .	53
Figura 20. Necesidad insatisfecha de anticoncepción en mujeres y adolescentes sin educación, países seleccionados de América Latina, último dato disponible . . . . .	55
Cuadro 1. Tasas de variación anual del producto interno bruto, América Latina y el Caribe, 2000–2006 . . . . .	34
Cuadro 2. Ingreso nacional bruto per cápita (US\$ ajustados por poder adquisitivo-ppa), en países de las Américas, 2000–2005 . . . . .	35
Cuadro 3. Gasto público social y por sectores de educación, salud, seguridad social y vivienda, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2002–2003 . . . . .	38
Cuadro 4. Indicadores de salud seleccionados, promedio mundial, de América Latina y el Caribe y cifras para Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras y Perú . . . . .	50
Cuadro 5. Acceso a los servicios de salud por quintil de ingreso en países seleccionados en América Latina y el Caribe, 1996 . . . . .	50
Cuadro 6. Estimaciones de población indígena como porcentaje de la población total, países seleccionados de las Américas . . . . .	51
Cuadro 7. Desafíos en la atención de la salud de los pueblos indígenas . . . . .	52

## 2. CONDICIONES DE SALUD Y SUS TENDENCIAS

Figura 1. Tasa de crecimiento anual de la población, Región de las Américas, 2005 . . . . .	69
Figura 2. Tasa global de fecundidad, Región de las Américas, 2005 . . . . .	69
Figura 3. Esperanza de vida al nacer, Región de las Américas, 2005 . . . . .	70
Figura 4. Año en que “terminaría” el bono demográfico en países seleccionados, Región de las Américas . . . . .	70
Figura 5. Tasa de mortalidad infantil estimada, Región de las Américas, 2004 . . . . .	71
Figura 6. Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón según sexo, subregiones de las Américas, alrededor de 2002 . . . . .	75
Figura 7. Mortalidad por enfermedad cerebrovascular según sexo, subregiones de las Américas, alrededor de 2002 . . . . .	75
Figura 8. Mortalidad por diabetes según sexo, subregiones de las Américas, alrededor de 2002 . . . . .	76
Figura 9. Mortalidad por neumonía e influenza según sexo, subregiones de las Américas, alrededor de 2002 . . . . .	76
Figura 10. Mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias según sexo, subregiones de las Américas, alrededor de 2002 . . . . .	77
Figura 11. Cobertura de vacunación en niños menores de 1 año de edad, América Latina y el Caribe, 2001–2005 . . . . .	91
Figura 12a. Protección general: eliminación del sarampión, Región de las Américas, 1980–2005 . . . . .	92
Figura 12b. Protección general: erradicación de la poliomielitis, Región de las Américas, 1969–2005 . . . . .	92
Figura 12c. Protección general: eliminación del tétanos neonatal, Región de las Américas, 1985–2005 . . . . .	93
Figura 12d. Protección general: difteria y tos ferina, Región de las Américas, 1978–2005 .	93
Figura 13. Distribución de casos confirmados de sarampión por grupo de edad y semana, Venezuela, 2001–2002 . . . . .	94
Figura 14. Casos notificados de difteria, Región de las Américas, 1999–2005 . . . . .	96
Figura 15. Impacto de las estrategias de eliminación de la rubéola y del sarampión, Región de las Américas, 1980–2005 . . . . .	98
Figura 16. Casos de rabia humana y canina en las Américas, 1982–2005 . . . . .	117
Figura 17. Porcentaje de personas con antirretrovíricos y brecha de tratamiento por subregión, 2004–2005 . . . . .	124
Figura 18. Tendencia de la incidencia notificada de tuberculosis, todas las formas, Región de las Américas, 1994–2004 . . . . .	129
Figura 19. Principales indicadores del control de la tuberculosis, Región de las Américas, 1996–2004 . . . . .	129



Figura 20. Tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, ajustada por edad y sexo, países seleccionados, Región de las Américas, último año disponible .....	133
Figura 21. Tasas de mortalidad por cáncer (por 100.000 habitantes), según sexo, Región de las Américas, 2002 .....	134
Figura 22. Tasas de mortalidad por cáncer según tipo de cáncer y sexo, Región de las Américas, 2002 .....	135
Figura 23. Tasa de mortalidad por diabetes mellitus ajustada por edad y sexo, en países seleccionados, Región de las Américas, últimos años disponibles .....	137
Figura 25. Reducción del número de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) a los 12 años de edad, Guatemala, Suriname y Trinidad y Tabago, década de 1980 y 2002–2004 .....	146
Figura 26. Número promedio de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) a los 12 años de edad, por subregiones, Región de las Américas, 1980–2015 .....	146
Figura 27. Costo-efectividad de la práctica de restauración atraumática (PRAT) y de la técnica de amalgama, según proveedor del servicio, Ecuador, Panamá y Uruguay, 2006 ...	148
Figura 28. Causas de ceguera en América Latina y el Caribe, 2007 .....	149
Figura 29. Marco conceptual de la cooperación técnica en salud sexual y reproductiva ...	155
Figura 30. Porcentaje de la población de 15 a 19 años que completó seis años de educación por etnia, según sexo, Honduras, 2001 .....	171
Figura 31. Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) por sexo, varios departamentos, Bogotá y promedio nacional, Colombia, 2003 .....	171
Figura 32. Riesgo de morir por sida según sexo y raza, tendencias en el municipio de São Pablo, Brasil, 1998–2005 .....	172
Figura 33. Tasa de fecundidad específica de 15 a 19 años, países seleccionados, Región de las Américas, 2000–2005 .....	179
Figura 34. Años de esperanza de vida por ganar hasta la edad de 85 años en la población de 60 y más años por categoría de causa de muerte, América Latina y el Caribe, inicio de la década de 1980 a finales de la década de 1990 .....	182
Cuadro 1. Tasas (por 100.000 habitantes), proporción y proporción acumulada (sobre causas definidas) de las 10 principales causas de muerte, según sexo, Norteamérica, alrededor de 2002 .....	78
Cuadro 2. Tasas (por 100.000 habitantes), proporción y proporción acumulada (sobre causas definidas) de las 10 principales causas de muerte, según sexo, México, alrededor de 2002 .....	80
Cuadro 3. Tasas (por 100.000 habitantes), proporción y proporción acumulada (sobre causas definidas) de las 10 principales causas de muerte, según sexo, Istmo Centroamericano, alrededor de 2002 .....	82
Cuadro 4. Tasas (por 100.000 habitantes), proporción y proporción acumulada (sobre causas definidas) de las 10 principales causas de muerte, según sexo, Caribe latino, alrededor de 2002 .....	83

Cuadro 5. Tasas (por 100.000 habitantes), proporción y proporción acumulada (sobre causas definidas) de las 10 principales causas de muerte, según sexo, Caribe no latino, alrededor de 2002 .....	84
Cuadro 6. Tasas (por 100.000 habitantes), proporción y proporción acumulada (sobre causas definidas) de las 10 principales causas de muerte, según sexo, Área Andina, alrededor de 2002 .....	86
Cuadro 7. Tasas (por 100.000 habitantes), proporción y proporción acumulada (sobre causas definidas) de las 10 principales causas de muerte, según sexo, Brasil, alrededor de 2002 .....	87
Cuadro 8. Tasas (por 100.000 habitantes), proporción y proporción acumulada (sobre causas definidas) de las 10 principales causas de muerte, según sexo, Cono Sur, alrededor de 2002 .....	89
Cuadro 9. Datos e indicadores de vigilancia centinela del rotavirus en hospitales por país, Región de las Américas, 2005 .....	102
Cuadro 10. Morbilidad por malaria, Región de las Américas, 1994–2004 .....	104
Cuadro 11. Presupuestos nacionales y contribuciones extrapresupuestarias asignados a los programas de control de la malaria, Región de las Américas, 2000–2004 .....	108
Cuadro 12. Casos de dengue y dengue hemorrágico, incidencia y número de muertes por dengue, Región de las Américas, 2001–2005 .....	110
Cuadro 13. Casos de dengue hemorrágico, Región de las Américas, 2001–2005 .....	112
Cuadro 14. Serotipos del virus del dengue circulantes, Región de las Américas, 2001–2005 .....	113
Cuadro 15. Prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y trabajadoras del sexo, según varias encuestas, países de América Central y el Área Andina .....	120
Cuadro 16. Prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas y de sífilis congénita en países informantes de Latinoamérica y el Caribe, 2004 .....	122
Cuadro 17. Principales indicadores epidemiológicos y operacionales para el control de la tuberculosis, Región de las Américas, 2004 .....	127
Cuadro 18. Prevalencia de resistencia inicial y secundaria a medicamentos antituberculosos en países seleccionados, Región de las Américas, 1994–2005 .....	130
Cuadro 19. Perfil de los casos nuevos de lepra registrados, países que notificaron más de 100 casos, Región de las Américas, 2005 .....	131
Cuadro 20. Prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión y sobrepeso en poblaciones adultas según sexo, países seleccionados de las Américas, últimos años disponibles .....	138
Cuadro 21. Brecha en el tratamiento de las enfermedades mentales, Brasil, Chile y México .....	142
Cuadro 22. Índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) y porcentaje de reducción en niños de 12 años de edad, países seleccionados, Región de las Américas, 1980–2004 .....	145

Cuadro 23. Cambios en los estadios de la tipología en salud oral, Región de las Américas, alrededor de 1996 y 2005 .....	147
Cuadro 24. Principales causas de mortalidad materna, según la magnitud de la tasa de mortalidad y la oferta de servicios, grupos de países seleccionados, Región de las Américas, 2004 .....	152
Cuadro 25. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos en países seleccionados según la edad de las adolescentes, Región de las Américas, alrededor de 2003 .....	154
Cuadro 26. Prevalencia nacional de talla baja para la edad, peso bajo para la edad y talla baja para la edad en países seleccionados, Región de las Américas .....	156
Cuadro 27. Prevalencia de inicio de la lactancia materna y mediana de la duración de la lactancia materna, tanto exclusiva como de cualquier tipo, países seleccionados, Región de las Américas .....	157
Cuadro 28. Estimación de la población indígena (número y porcentaje) en países seleccionados, Región de las Américas .....	165
Cuadro 29. Inequidades que afectan a los pueblos indígenas en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, países seleccionados, Región de las Américas .....	166
Cuadro 30. Tipo de hogares por grupo étnico y sexo del jefe, Brasil, 2001 .....	170
Cuadro 31. Porcentaje de trabajadores de la salud de origen africano por profesión y sexo, Brasil, 2002 .....	174
Cuadro 32. Distribución porcentual de la mortalidad en jóvenes de 15 a 24 años, por sexo y grandes grupos de causas, países seleccionados, América Latina y el Caribe, alrededor de 2000 .....	178
Cuadro 33. Prevalencia (%) de discapacidad en países seleccionados, según fuente de la información, América Latina, 2000–2006 .....	185
Cuadro 34. Población en riesgo de contraer filariasis linfática y cifra estimada de personas infectadas, Región de las Américas .....	190
Cuadro 35. Población y comunidades en riesgo de contraer oncocercosis, y focos endémicos, Región de las Américas, 2004–2005 .....	192
Cuadro 36. Impacto potencial de una pandemia de influenza con una tasa de ataque clínica de 25%, por resultado de salud principal y gravedad del escenario (1918 y 1968), América Latina y el Caribe, mediados de 2006 .....	196
Cuadro 37. Porcentaje actual de cumplimiento de la lista de verificación de la OMS del plan de preparación contra una pandemia de influenza, según componentes básicos y subregiones, América Latina y el Caribe, mediados de 2006 .....	196
Cuadro 38. Casos del síndrome pulmonar por hantavirus, Región de las Américas, 1993–2005 .....	198
Cuadro 39. Casos de cólera, Región de las Américas, 1991–2005 .....	199

### 3. DESARROLLO SOSTENIBLE Y SALUD AMBIENTAL

Figura 1. La salud y sus factores determinantes: interacciones entre la salud y el ambiente	223
Figura 2. Diagrama de interacciones para la gestión de la salud ambiental	224
Figura 3. Mortalidad en menores de 5 años por enfermedades diarreicas agudas por subregión, Región de las Américas, 1995–2005	228
Figura 4. Correlación entre el acceso a los servicios de agua (A) y a los servicios de saneamiento (B) y la mortalidad en menores de 5 años, por país, Región de las Américas	229
Figura 5. Correlación entre el Índice de Desarrollo Humano y la generación de residuos sólidos en América Latina y el Caribe	230
Figura 6. Cobertura promedio de recolección de residuos sólidos en los países de América Latina y el Caribe	230
Figura 7. Beneficio estimado de las intervenciones en agua y saneamiento asociadas con el escenario 2, meta 10 de los ODM en América Latina y el Caribe, según indicador del PCM	233
Figura 8. Tendencias en el acceso a agua potable en países de América Latina y el Caribe, según indicadores definidos por el PCM	235
Figura 9. Población en millones (M) sin acceso a fuentes mejoradas de agua potable, por países o subregiones, América Latina y el Caribe	236
Figura 10. Cobertura de agua en las zonas rurales y urbanas del Brasil (A) y del Perú (B), y su relación con los deciles de gasto	236
Figura 11. Porcentajes de población sin cobertura de agua y saneamiento, y de desnutrición infantil por quintil de pobreza, Perú	237
Figura 12. Tendencias en el acceso al saneamiento en América Latina y el Caribe según indicadores definidos por el PCM	238
Figura 13. Cobertura de disposición de excretas, Región de las Américas, 2002	239
Figura 14. Exclusión de las zonas rurales y urbanas en materia de saneamiento, Región de las Américas, 2002	239
Figura 15. Curva de Lorenz en el saneamiento en América Latina y el Caribe	240
Figura 16. Población en millones (M) sin acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento, por país o subregión, en América Latina y el Caribe	240
Figura 17. Cambios en porcentaje de población subalimentada, América Latina y el Caribe y subregiones específicas, 1990–2002	262
Figura 18. Prevalencia de subalimentación en países seleccionados, América Latina y el Caribe, 2000–2002	264
Figura 19. Prevalencia de bajo peso para la edad en niños menores de 5 años, América Latina y el Caribe y países seleccionados, 1996–2002	264
Figura 20. Prevalencias de baja talla para la edad en niños menores de 5 años, en América Latina y el Caribe y en países seleccionados, 1996–2002	265

Figura 21. Prevalencia del hábito del tabaquismo en los adolescentes de 13 a 15 años, por sexo, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2001–2005 .....	274
Figura 22. Prevalencia del tabaquismo en los adolescentes de 13 a 15 años, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 1999–2004 .....	274
Figura 23. Consumo de cigarrillos per cápita en mayores de 15 años, por país, promedio de 2000–2003 comparado con el promedio de 1996–1999, variación porcentual .....	275
Figura 24. Exposición de los jóvenes de 13 a 15 años al humo del tabaco en el hogar, en países seleccionados de las Américas, 2000–2005 .....	276
Figura 25. Consumo de alcohol en mayores de 15 años registrado en América Central y América del Sur, por tipo de bebida, 1961–2003 .....	281
Figura 26. Tasas de homicidio por 100.000 habitantes en países seleccionados de América Central, 1996–2005 .....	285
Figura 27. Flujograma del sistema de vigilancia de lesiones en emergencias hospitalarias .....	287
Figura 28. Proporción de muertes causadas por el tránsito, según tipo de usuario, en países seleccionados de las Américas, 2000–2003 .....	289
Figura 29. Perfil general de la promoción de la salud en la Región de las Américas identificado en el estudio de capacidades institucionales realizado en 2005 .....	291
Figura 30. Distribución porcentual de ciertas áreas temáticas de promoción de la salud en 27 países de las Américas .....	292
Cuadro 1. Opciones tecnológicas en indicadores para el monitoreo de la meta 10 de los ODM .....	226
Cuadro 2. Países de las Américas, agrupamientos por nivel de desarrollo en salud .....	228
Cuadro 3. Problemas ambientales y de salud asociados al manejo inadecuado de los residuos sólidos, países de América Latina y el Caribe .....	231
Cuadro 4. Costo/beneficio de escenarios de intervención en agua y saneamiento en América Latina y el Caribe .....	232
Cuadro 5. Países de las Américas, según estrato de mortalidad .....	232
Cuadro 6. Acceso a fuentes mejoradas de agua potable en América Latina y el Caribe .....	234
Cuadro 7. Acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento en América Latina y el Caribe .....	237
Cuadro 8. Daños estimados en agua potable y saneamiento por inundaciones en Venezuela, diciembre de 1999 .....	242
Cuadro 9. Principales desastres naturales, por país, Región de las Américas, 2000–2005 ..	244
Cuadro 10. Consumo de energía y emisiones de dióxido de carbono en países de las Américas, entre 1990 y 2000 .....	246
Cuadro 11. Concentración anual promedio de material particulado de 10 micrones de diámetro (MP10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ) en ciudades de América Latina y el Caribe, 2000–2004 .....	247
Cuadro 12. Consumo per cápita de biomasa, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 1990–2001 .....	248

Cuadro 13. Efectos en la salud atribuibles a exposiciones de corto y largo plazo a diferentes tipos de contaminación del aire. . . . .	248
Cuadro 14. Estimación cuantitativa del cambio de porcentaje de la mortalidad por todas las causas asociado con un aumento de 10 µg/m <sup>3</sup> de MP10, regiones seleccionadas del mundo . . . . .	249
Cuadro 15. Plaguicidas utilizados y número de intoxicaciones registradas, países seleccionados de las Américas, 2000–2005 . . . . .	249
Cuadro 16. Cobertura de los sistemas de protección de los riesgos del trabajo, países seleccionados de las Américas, 2001–2004 . . . . .	255
Cuadro 17. Factores de riesgo ocupacional, por tipo, Región de las Américas . . . . .	256
Cuadro 18. Números absolutos de población subalimentada por países y subregiones, América Latina y el Caribe, 1990–2002 . . . . .	263
Cuadro 19. Proporción de población subalimentada, por categoría y país, América Latina y el Caribe, 2000–2002 . . . . .	263
Cuadro 20. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños menores de 5 años, en países seleccionados de América Latina, 1992–2002 . . . . .	266
Cuadro 21. Clasificación de países de América Latina y el Caribe según su probabilidad de alcanzar la meta de reducir la desnutrición infantil . . . . .	266
Cuadro 22. Tasas de mortalidad ajustadas por edad (para todas las edades), de los tumores malignos de la tráquea, los bronquios y el pulmón en países de las Américas, 2000–2004 . . . . .	272
Cuadro 23. Prevalencia del hábito de fumar en la población general, por sexo, en países seleccionados de las Américas, 2000–2005 . . . . .	273
Cuadro 24. Principales factores de riesgo de la carga de morbilidad y porcentaje total de AVAD, Región de las Américas, 2000 . . . . .	278
Cuadro 25. Mortalidad atribuible al alcohol en las Américas y en todo el mundo, 2002 . . . . .	279
Cuadro 26. Consumo de alcohol en países seleccionados de las Américas, 2000 . . . . .	280
Cuadro 27. Mortalidad causada por accidentes de tránsito en países de las Américas, 2000–2006 . . . . .	288
Cuadro 28. Crecimiento del movimiento de municipios y comunidades saludables en países seleccionados de las Américas, 2000–2005 . . . . .	296
Cuadro 29. Resultados de la Primera Encuesta Regional de escuelas promotoras de la salud en América Latina y el Caribe, 2001 . . . . .	302

#### **4. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD**

Figura 1. Cambios en la composición del gasto nacional en atención de salud a través del tiempo, América Latina y el Caribe, 1980–2005 . . . . .	335
Figura 2. Dimensiones de la función rectora de la autoridad sanitaria . . . . .	363

Figura 3. Aspectos interrelacionados en la formulación de políticas de medicamentos . . . .	374
Figura 4. Representatividad de las revistas latinoamericanas y caribeñas en salud en las principales bases de datos, 2006 . . . . .	391
Figura 5. Valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basado en la atención primaria . . . . .	397
Cuadro 1. Principales resultados y problemas de las reformas sectoriales en salud de las décadas de 1980 y 1990 en los países de América Latina y el Caribe . . . . .	320
Cuadro 2. Sistemas de salud en las Américas: cobertura poblacional según subsistema 2001–2006 . . . . .	322
Cuadro 3. Exclusión social en salud: incidencia y principales causas, países seleccionados de las Américas . . . . .	330
Cuadro 4. Gasto nacional en salud en las Américas y en otras regiones del mundo, 2004 . .	332
Cuadro 5. Gasto nacional en salud en las Américas: porcentaje del PIB per cápita y proporción pública/privada, 2004 . . . . .	333
Cuadro 6. Clasificación de los sistemas nacionales de salud en las Américas (tipo de sistema y nivel de ingreso), 2004 . . . . .	334
Cuadro 7. Gasto público en salud y cobertura de los sistemas de seguro público de salud en las Américas, 2004–2005 . . . . .	337
Cuadro 8. Gasto privado en salud: consumo de los hogares, Región de las Américas, por país, 2004 . . . . .	340
Cuadro 9. Distribución del gasto de los hogares en salud por ingreso/gasto, países seleccionados de las Américas . . . . .	341
Cuadro 10. Distribución de los beneficios del gasto público en salud en países seleccionados de América Latina y el Caribe por quintiles . . . . .	343
Cuadro 11. Tasas de mortalidad seleccionadas y cobertura de partos en grupos de países, según la disponibilidad de recursos humanos en salud . . . . .	348
Cuadro 12. Tasas de médicos y enfermeros por 10.000 habitantes en provincias y departamentos de mayor y menor dotación en países seleccionados de las Américas, 2000–2005 . . . . .	352
Cuadro 13. La carrera sanitaria en 19 países de la Región . . . . .	355
Cuadro 14. Modelos de administración por tipo de centro o red de atención de salud . . . .	371
Cuadro 15. Servicios relacionados con la sangre. Recolección de sangre y tamizaje para detectar marcadores infecciosos en países de América Latina, 2003 y 2004 . . . . .	383
Cuadro 16. Servicios relacionados con la sangre. Recolección de sangre y tamizaje para detectar marcadores infecciosos en países del Caribe, 2003 y 2004 . . . . .	384
Cuadro 17. Ensayos clínicos y revisiones sistemáticas indizados en LILACS y MEDLINE, 2000–2005 . . . . .	386
Cuadro 18. Ensayos clínicos y revisiones sistemáticas publicados en revistas latinoamericanas indizadas en MEDLINE y LILACS, 2000–2005 . . . . .	387

Cuadro 19. Publicaciones de América Latina y el Caribe en MEDLINE, por país de afiliación del primer autor, 2000–2005 .....	388
Cuadro 20. Publicaciones de América Latina y el Caribe en LILACS, por país de afiliación del autor, 2000–2005 .....	389
Cuadro 21. Indización de revistas latinoamericanas y caribeñas en bases de datos .....	390
Cuadro 22. Enfoques de la atención primaria de salud .....	395
Cuadro 23. Percepciones clave de los entrevistados sobre el papel de la atención primaria de salud .....	396
Cuadro 24. Valores y principios básicos de un sistema de salud basado en la atención primaria .....	398
Cuadro 25. Elementos esenciales de un sistema de salud basado en la atención primaria ..	399

## 5. SALUD Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Figura 1. Ayuda Oficial al Desarrollo 1990–2005 y estimación hasta 2010 .....	410
Figura 2. Ayuda Oficial al Desarrollo por regiones en US dólares constantes de 2004 .....	410
Figura 3. Ayuda Oficial al Desarrollo per cápita, según regiones, 1998–2004 .....	410
Figura 4. Ayuda Oficial al Desarrollo per cápita hacia América Latina y el Caribe, según niveles de ingresos, 1998–2004 .....	411
Figura 5. Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud para América Latina y el Caribe, cantidad y porcentaje por sectores, 2002–2004 .....	412
Figura 6. Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud para América Latina y el Caribe, según fuente de cooperación, 2002–2004 .....	413
Figura 7. Carga de enfermedad y Ayuda Oficial al Desarrollo en América Latina y el Caribe y en Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua, 2002–2004 .....	416
Figura 8. Recursos desembolsados por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria en las cinco primeras rondas, según regiones, 2004–2006 ...	417
Figura 9. Montos aprobados y desembolsados por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria hacia países de América Latina y el Caribe, 2002–2006 .....	417
Figura 10. Ayuda para control de emergencias y desastres en América Latina y el Caribe, 2000–2005 .....	418
Cuadro 1. Distribución porcentual de la AOD en América Latina y el Caribe según sectores, 1990–2004 .....	412
Cuadro 2. La ayuda en salud para América Latina y el Caribe según origen, 2002–2004 ...	413



# PREFACIO

El Secretariado de la Organización Panamericana de la Salud tiene la responsabilidad constitucional de informar a la Conferencia Sanitaria Panamericana sobre las condiciones de salud y sus tendencias en la Región de las Américas. Este es el propósito principal de la edición de 2007 de *Salud en las Américas*. Esta obra ofrece un informe general actualizado sobre la situación de salud en la Región y específicamente en los 46 países y territorios de las Américas, y narra y analiza los avances, obstáculos y desafíos de los Estados Miembros en sus esfuerzos para lograr una mejor salud para todos los habitantes del hemisferio.

Como agencia de salud, nuestra principal disciplina es la epidemiología, la cual nos permite medir, definir y comparar los problemas y condiciones de salud y su distribución en un contexto poblacional, espacial y temporal. Esta publicación aborda la salud como un derecho humano, tomando en cuenta los entornos de la persona y de la comunidad, y analiza los diversos factores críticos de orden biológico, social, cultural, económico y político que la determinan. Ese análisis revela la existencia de brechas, diferencias e inequidades que aún persisten en nuestra Región, en especial aquellas relacionadas con el acceso a los servicios básicos y de salud, la nutrición, la vivienda y las condiciones de vida, así como la falta de oportunidades de desarrollo humano, lo que hace que ciertos grupos de población sean más vulnerables que otros a las enfermedades y a los riesgos para la salud.

Es por eso que, además del enfoque específico y especializado del Secretariado en la descripción y análisis de los problemas de salud y de la consiguiente respuesta del sector salud en la Región, hemos intentado utilizar como eje de discusión el compromiso universal de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de reducción del hambre y la pobreza; promoción de la equidad de género en las oportunidades de educación; control y prevención de las enfermedades; gestión y desarrollo de la cooperación entre países, y creación y fortalecimiento de alianzas subregionales e intersectoriales, entre los gobiernos y la sociedad civil, como elementos esenciales para lograr una mejor salud de los pueblos de las Américas.

El proceso de producción de esta publicación ha sido arduo y complejo y representa el trabajo colectivo y los aportes técnicos de más de 500 funcionarios y expertos del Secretariado. Para la elaboración de esta edición se ha utilizado información de diversas fuentes oficiales y no oficiales, por lo que es posible que existan discrepancias en algunos de los datos. De igual manera, el nivel de calidad de la información en los países es variable y, en algunos, no fue posible obtener una desagregación de los datos en los niveles subnacionales que permitiera conocer las disparidades en el estado de salud de poblaciones específicas. Aún así, este panorama regional representa nuestro propósito de

seguir colaborando con los países para resolver la agenda inconclusa de las muertes prevenibles e innecesarias de madres y niños y otros grupos vulnerables de la población; para renovar los esfuerzos necesarios y mantener los importantes avances logrados, como la eliminación de enfermedades prevenibles por vacunación, y para enfrentar los desafíos del presente y del futuro como el VIH/sida, la tuberculosis multirresistente, la violencia juvenil y las nuevas formas del bioterrorismo, entre otros.

Acorde con nuestro anhelo de agregar valor a la información que suministramos a nuestros lectores, en esta edición de *Salud en las Américas* hemos introducido varias innovaciones que están descritas en la nota a nuestros lectores (ver la página siguiente), y hemos buscado destacar un tema de salud o la respuesta que el sector de la salud está dando a un problema específico en cada país o territorio de las Américas. Con la finalidad de alcanzar a un mayor número de lectores y de capitalizar los cambios en la tecnología para su beneficio, hemos decidido publicar esta obra tanto en formato impreso, como en CD ROM y en línea a través de Internet.

Junto con la descripción y el análisis de las condiciones de salud, hemos aprovechado esta edición de *Salud en las Américas* para presentar la perspectiva y los comentarios de 10 expertos de reconocido prestigio internacional sobre la “Agenda de Salud en las Américas 2008–2017”, una iniciativa de los países lanzada en coincidencia con la XXXVII Asamblea General de la OEA en Panamá, en junio de 2007, con el objetivo de desarrollar un trabajo integrado y colectivo en la próxima década, para lograr las metas de salud en la Región.

Finalmente, aseguramos que esta última de una serie de 14 ediciones de nuestra principal publicación cosecha los datos y presenta un razonamiento consciente con respecto a la salud en las Américas a través de análisis, perspectivas y contextos presentados de la forma más acertada, justa y fehaciente que ha sido posible. Es mi aspiración que esta edición 2007 de *Salud en las Américas* sirva como un recordatorio de que cada número y cada estadística representan la vida de una niña, un niño, una mujer, un hombre, en algún lugar de la Región. Deseo y auguro que la próxima edición de 2012 pueda reflejar los progresos y avances significativos de los países con su esfuerzo constante, colectivo y solidario para lograr una mejor salud y una vida más larga, plena y fructífera de todos los habitantes de nuestra Región, pero de manera especial, de aquellos grupos humanos más postergados y excluidos.

Mirta Roses Periago  
Directora

# NOTA A NUESTROS LECTORES

Esta edición de *Salud en las Américas* introduce varios cambios en relación a ediciones anteriores.

El Volumen Regional incluye un capítulo introductorio que presenta un panorama general del progreso alcanzado para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y las diversas fases del proceso cambiante de la salud —la agenda inconclusa, la protección de los logros en salud, y el abordaje de las amenazas emergentes, así como de la respuesta del sector salud, a nivel nacional e internacional a la situación de salud. Asimismo se añade un capítulo final que contempla una visión del futuro de la salud pública en la Región en el contexto de la Agenda de Salud para las Américas, 2008–2017, con comentarios de distinguidos expertos internacionales. Los capítulos 1 al 6 comienzan con un resumen ejecutivo, el cual se distingue del texto principal mediante un formato distinto. Se utilizan colores a través de todo el volumen para asegurar mayor claridad del material gráfico. Finalmente, dado que uno de los propósitos de la serie *Salud en las Américas* es dar seguimiento en el curso del tiempo a las tendencias regionales con respecto a las condiciones y los sistemas de salud, se complementa esta edición con citas de los Directores de la Organización, desde Hugh S. Cumming en los años veinte hasta Mirta Roses Periago en el siglo XXI, citas pertinentes a los temas de los distintos capítulos.

El Volumen de Países ofrece mapas de todos los países y territorios de las Américas, así como notas breves que resaltan algún desafío de salud y la respuesta al mismo del sector de salud nacional.

A través de los dos volúmenes, se introducen recuadros de texto con material adicional; se intercalan las figuras y cuadros ubicándolos tan próximos como sea posible a su mención correspondiente en el texto, y se incluyen referencias bibliográficas.

Esperamos que estas mejoras editoriales prueben ser tanto de interés como de utilidad para ustedes, nuestros lectores.

# COLABORADORES

## VOLUMEN DE PAÍSES

**Anguila:** Serene Carter-Davis (Coordinación), Byron Crape, Margaret Hazlewood, Bonnie Richardson-Lake, Thomas Yerg • **Antigua y Barbuda:** Rhonda Sealey-Thomas (Coordinación), Byron Crape, Margaret Hazlewood, James Knigh, Thomas Yerg • **Antillas Neerlandesas:** Renato Gusmao (Coordinación), Sonja Caffè, Byron Crape, Izzy Gerstenbluth, Thomas Yerg • **Argentina:** Enrique Vázquez (Coordinación), José Luis Castro, Hugo Cohen, Luis Roberto Escoto, Carla Figliolo, María Angélica Flores, Salvador García, Katy Iannello, José Antonio Pagés, Celso Rodríguez, Luis Eliseo Velásquez, Marcelo Vila, Claudia Vivas • **Aruba:** Alejandro López (Coordinación), Gregory Fung-a-Fat, Renato Gusmao, Sharline Kolman-Weber, Patricia L. Ruiz, Thomas Yerg • **Bahamas:** Yitades Gebre (Coordinación), Charlene Bain, Byron Crape, Merceline Dahl- Regis, Camille Deleveaux, Pearl McMillan, Linda Rae-Campbell, Thomas Yerg • **Barbados:** Pascal Frison (Coordinación), Veta Brown, Reeshemah Cheltenham Niles, Samuel Deane, César Gattini, Alejandro Giusti, Margaret Hazlewood, Carol Boyd-Scobie, John Silvi, Thomas Yerg • **Belice:** Guillermo Troya (Coordinación), Diana Beverly-Barnett, Emir Castaneda, Englebert Emmanuel, Margaret Hazlewood, Kathleen Israel, Sandra Jones, Ricardo Luján, Rony Maza, Nancy Naj, John Silvi, Lorraine Thompson, Thomas Yerg • **Bermuda:** Jacqueline Gernay (Coordinación), J. Cann, E. Casey, Janice Chang, Byron Crape, Ernest Pate, Marion Pottinger, John Silvi, Ana Treasure, Godfrey Xuereb, Thomas Yerg • **Bolivia:** Carlos Ayala (Coordinación), Dora Caballero, María del Carmen Daroca, Christian Darras, Percy Halkyer, Susana Hannover Saavedra, Henry Hernández, Martha Mejía, Juan Pablo Protto, Olivier Ronveaux, Diddie Schaaf, Ivelise Segovia, Marco F. Suárez, Jorge Terán • **Brasil:** José Antonio Escamilla (Coordinación), Zuleica Albuquerque, Paola Barbosa Marchesini, Roberto Becker, María Lúcia Carneiro, Luciana de Deus Chagas, Mauro Rosa Elkhoury, Rubén Figueroa, James Fitzgerald, Alejandro Giusti, Diego González, Adriana María P. Marques, Roberto Montoya, Marcia Moreira, José Paranaguá de Santana, João Baptista Risi Junior, Luis Fernando Rocabado, Rodolfo Rodríguez, Patricia L. Ruiz, Celsa Sampson, Rosa María Silvestre, Orenzio Soler, Valeska Stempliuk, Julio Manuel Suárez, Horacio Toro, Cristiana Toscazo, Enrique Vázquez, Matias Villatoro, Zaida Yadón • **Canadá:** Nick Previsich (Coordinación), Mara Brotman, Stephanie Blondin, Byron Crape, Kate Dickson, Jennifer Rae, John Silvi, Thomas Yerg • **Chile:** Alejandro Giusti (Coordinación), Oscar Arteaga, Paula Bedregal, Paula Margozzini, Juan Manuel Sotelo • **Colombia:** Roberto Sempértegui Ontaneda (Coordinación), Pier Paolo Balladeli, Sergio Calderón, Patricia de Segurado, Jose Pablo Escobar, Bertha Gómez, Susana Helfer-Vogel, María Cristina Latorre, Juan Guillermo Orozco, Magda Palacio, Rafael Pardo, Desiree Pastor, José Ruales, Isabel Cristina Ruiz, Martha Idali Saboya • **Costa Rica:** Humberto Montiel Paredes (Coordinación), Rosa María Borrell, Xinia Bustamante, Miryan Cruz, Catty Cuellar, Roberto Del Águila, Gerardo Galvis, Leonardo Hernández, Wilmer Marquito, Sandra Murillo, Shirley Quesada, Mayra Rodríguez, Carlos Samayoa, Javier Santacruz • **Cuba:** José Gómez (Coordinación), Adolfo Álvarez Blanco, Osvaldo Castro, Antonio González Fernández, Idalis González Polanco, Lea Guido, Gilda Marquina, Néstor Marimón Torres, Rolando Miyar, Gabriel Montalvo, Mario Pichardo, Daniel Purcallas, Ana María Sánchez Calero, Maritza Sosa, Rosa María Torres Vidal • **Dominica:** David Johnson (Coordinación), Byron Crape, Margaret Hazlewood, Paul Ricketts, Thomas Yerg • **Ecuador:** Miguel Machuca (Coordinación), Víctor Aráuz, Caroline Chang, Luis Codina, Delmin Cury, Jean Marc Gabastou, Carlos Roberto Garzón, Edmundo Granda, Irene Leal, Jorge Luis Prosperí, Ana Quan, Rocío Rojas, Ángel Valencia, Diego Victoria • **El Salvador:** Gerardo de Cosío (Coordinación), Julio Armero Guardado, Eduardo Guerrero, Lucio Isaí Sermeño Hernández • **Estados Unidos de América:** MaryLou Valdéz (Coordinación), Mark A. Abdo, Roberto Becker, Byron Crape, Alicia Díaz, Ruth Katz, Ch'uya H. Lane, Sam Notzon, Thomas Yerg • **Granada:** Gabriel Clements (Coordinación), Carlene Radix, Tessa Stroude • **Guadalupe, Guayana Francesa y Martinica:** Henrietta Chamouillet (Coordinación), Chloé Chiltz, Thierry Cardozo, Jean-Pierre Diouf, Pascal Frison, Alejandro Giusti, Claire Lietard, Sylvie Merle, Michelle Ooms, Georges Para, Annick Vezolles, Fernando Zacarías • **Guatemala:** Enrique Gil Bellorin (Coordinación), Fernando Amado, Rosario Castro, Isabel Enriquez, América de Fernández, Maggie Fischer, Daniel Frade, Federico Hernández, Jaime Juárez, Hilda Leal, Joaquín Molina, Rodrigo Rodríguez, Juanita de Rodríguez • **Guyana:** Tephany Griffith (Coordinación), Enias Baganizi, Keith Burrowes, Byron Crape, Debra Francis, Hedwig Goede, Margaret Hazlewood, Kathleen Israel, Tamara Mancero, Teófilo Monteiro, Renee Franklin Peroune, Vaulda Quamina-Griffith, Luis Seoane, Bernadette Theodore-Gandi, Luis Valdes, Thomas Yerg • **Haití:** Michelle Ooms (Coordinación), Philippe Emmanuel Allouard, Gabriel Bidegain, Jean-Philippe Breux, Beatrice Bonnevaux, Vivianne Cayemites, Henriette Chamouillet, Philippe Doo-Kingue, Hélène Duplan-Prudhon, Karoline Fonck, Pascal Frison, Neyde Gloria Garrido, Alejandro Giusti, Carlos Gril, María Guevara, Marie-Charleine Hecdivert, Donna Isidor, Vely Jean-François, Siullin Clara Joa, Johann Julmiste, François Lacapère, Elsie Lafosse, Gerald Lerebours, Roc Magloire, Frantz Metellus, Christian Morales, José Moya, Françoise Ponticq, Jacques Hendry Rousseau, Patricia L. Ruiz, Malhi Cho Samaniego, Elisabeth Verluyten, Thomas Yerg, Fernando Zacarías • **Honduras:** Guillermo Guibovich (Coordinación), José Fiusa Lima, Raquel Fernández Pacheco, Lillian Reneau-Vernon • **Islas Turcas y Caicos:** Yitades Gebre (Coordinación), Tashema A. Bholanath, Cheryl Ann Jones, Jackurlyn Sutton, Rufus W. Swing, Thomas Yerg • **Islas Vírgenes Británicas:** Irad Potter (Coordinación), Byron Crape, Ronald Georges, Margaret Hazlewood, Tracia Smith-Jones, Thomas Yerg, Fernando Zacarías • **Jamaica:** Jacqueline Garnay (Coordinación), Roberto Becker, E. Casey, Janice Chang, Jacqueline Duncan, Sydney Edwin, Denise Eldemire-Shearer, Donna Fraser, Andriene Grant, Margaret Hazlewood, Erica Hedmann, Maureen Irons-Morgan, Everton G. Kidd, Peter Knight, Karen Lewis Bell, Andre McNab, Valerie Nam, Ernest Pate, Marion Pottinger, Lundie Richards, Ana Treasure, Earl Wright, Godfrey Xuereb, Thomas Yerg • **México:** José Moya (Coordinación), Gustavo Bergonzoli, Angel Betanzos, Verónica Carrión, Luis Castellanos, Jacobo Finkelman, Guilherme Franco Netto, Sergio Garay, Ivonne Orejel, Juan de Dios Reyes • **Montserrat:** Pascal Frison (Coordinación), Byron Crape, Lyndell Creer, Alejandro Giusti, Dorothea Hanzel, Margaret Hazlewood, Thomas Yerg, Fernando Zacarías • **Nicaragua:** Marianela Corriols (Coordinación), Reynaldo Aguilar, Sylvain Aldighieri, Mario Cruz, Maria A. Gomes, Socorro Gross, Silvia Narváez, Eduardo Ortiz, Cristina Pedreira • **Panamá:** Guadalupe Verdejo (Coordinación), Jorge Jenkins, Percy Minaya, Jorge Rodríguez, José Luis

San Martín, Ángel Valencia, Gustavo Vargas • **Paraguay:** Marcia G. Moreira (Coordinación), María Almirón, Gladys Antonieta de Arias, Javier Espíndola, Julio Galeano, Gladys Cecilia Ghisays, Epifania Gómez, Bernardo Sánchez, Isabel Sánchez, Carmen Rosa Serrano, Sonia Tavares, Javier Uribe • **Perú:** Fernando Gonzáles Ramírez (Coordinación), María Edith Baca, Gaby Caro, Rigoberto Centeno, Miryan Cruz, Miguel Dávila, Adrián Díaz, Luis Gutiérrez, Mario Martínez, Mónica Padilla, Manuel Peña, Germán Perdomo, Homero Silva, Hugo Tamayo, Washington Toledo, Mario Valcárcel, Gladys Zarate • **Puerto Rico:** Raúl Castellanos (Coordinación), Dalidia Colón, Byron Crape, Raúl Figueroa Rodríguez, Patricia L. Ruiz, Migdalia Vázquez González, Thomas Yerg • **República Dominicana:** Celia Riera (Coordinación), Gerardo Alfaro, F. Rosario Cabrera, Pedro Luis Castellanos, Dalia Castillo, María Antonieta González, Rosario Guzmán, Cecilia Michel, Raúl Montesano, Carlos Morales Castillo, Cristina Nogueira, Oscar Suriel, Selma Zapata • **Saint Kitts y Nevis:** Patrick Martin (Coordinación), Andrew Skerritt, Thomas Yerg • **Santa Lucía:** Pascal Frison (Coordinación), Adelaide Alexander, Dwight Calixto, Xista Edmund, Margaret Hazlewood, Alinda Jaime, Kerry Joseph • **San Vicente y las Granadinas:** Roger Duncan (Coordinación), Severlina Cupid, Kari da Silva, Anne de Roche, Sandra Grante, Margaret Hazlewood, Nykieska Jackson, Thomas St Clare, Anneke Wilson • **Suriname:** Elwine VanKanten (Coordinación), Roberto Becker, Gustavo Bretas, Byron Crape, Alma Catharina Cuellar, Margaret Hazlewood, Stephen Simon, Thomas Yerg • **Trinidad y Tabago:** Gina Watson (Coordinación), Roberto Becker, Carol Boyd-Scobie, Alma Catharina Cuellar, Byron Crape, Marilyn Entwistle, Margaret Hazlewood, James Hospedales, Leah-Mari Richards, John Silvi, Avril Siung-Chang, Thomas Yerg • **Uruguay:** Alejandro Gherardi (Coordinación), Mónica Col, Alejandro Giusti, Elizabeth Jurado, Patricia L. Ruiz, Roberto Salvatella, Enrique Vázquez • **Venezuela:** Alejandro López Inzaurrealde (Coordinación), Oswaldo Barrezueta Cobo, Renato Gusmao, Natasha Herrera, Marcelo Korc, Miguel Malo Serrano, Soledad Pérez Évora • **Frontera de los Estados Unidos y México:** Kam Suan Mung (Coordinación), Lorely Ambriz, María Teresa Cerqueira, Byron Crape, Sally Edwards, Luis Gutiérrez, Piedad Huerta, Guillermo Mendoza, Rosalba Ruiz, Patricia L. Ruiz, Thomas Yerg.

## VOLUMEN REGIONAL

**Panorama:** Judith Navarro (Coordinación), Byron Crape, Anabel Cruz, Andrea DiPaola, Oscar Mujica, Alfonso Ruiz, Patricia L. Ruiz, John Silvi, Fernando Zacarías • **Capítulo 1:** Sofioleticia Morales (Coordinación), Marco Akerman, Alfredo Calvo, Rafael Flores, Saúl Franco, Guilherme Franco Netto, Alejandro Giusti, Elsa Gómez, Jorge Iván González, Antonio Hernández, Lilia Jara, Fernando Lolas, Jesús López Macedo, Enrique Loyola, Rocío Rojas, María Helena Romero, Patricia L. Ruiz, Rubén Suárez, Cristina Torres, Javier Vázquez • **Capítulo 2:** Gabriela Fernández (Coordinación), Raimond Armengol, Steven Ault, Alberto Barceló, Roberto Becker, Yehuda Benguigui, Keith Carter, Carlos Castillo Solórzano, Carolina Danovaro, Mirta del Granado, Amalia del Riego, Chris Drasbek, John Ehrenberg, Rainier Escalada, Saskia Estupiñán, Daniela Fernandes da Silva, Ricardo Fescina, Érika García, Andrea Gerger, Alejandro Giusti, Thomas Harkins, James Hospedales, Ithzak Levav, Marlo Libel, Silvana Luciani, Chessa Lutter, Miguel Machuca, Matilde Maddaleno, Sara Marques, Christina Marsigli, Rafael Mazín, Oscar Mujica, Monica Palak, Marta Peláez, Pilar Ramon-Pardo, Jorge Rodríguez, Rocío Rojas, Alba María Roper, Roberto Salvatella, Roxane Salvatierra, Celsa Sampson, José Luis Sanmartín, Cristina Schneider, Juan Carlos Silva, John Silvi, Cristina Torres Parodi, Ciro Ugarte, Armando Vásquez, Enrique Vega • **Capítulo 3:** Samuel Henao, Enrique Loyola y Cristina Schneider (Coordinación), Adriana Blanco, María Teresa Cerqueira, Alberto Concha-Eastman, Vera Luiza Da Costa Siva, Diego Daza, Hernán Delgado, Luiz A. Galvão, Genaro García, Diego González, Eduardo Guerrero, Josefa Ippolito-Shepherd, Fernando Leanes, Jorge López, Mildred Maisonet, Maristela Monteiro, Sofioleticia Morales, José Naranjo, Mireya Palmieri, Mauricio Pardón, Enrique Pérez, Emilio Ramírez, Marilyn Rice, Eugenia Rodríguez, Celso Rodríguez, Alfonso Ruiz, Henry Salas, Rosa Sandoval, Víctor Saravia, Kerstin Schotte, Heather Selin, Homero Silva, Luz Maritza Tennessee, Ricardo Torres • **Capítulo 4:** Cristina Puentes-Markides (Coordinación), Gisele Almeida, Jorge Bermúdez, Jaime Canela Soler, Regina Castro, María de los Angeles Cortés, José Ramiro Cruz, Rafael Flores, Amparo Gordillo Tobar, Pablo Jiménez, Eduardo Levcovitz, Ramón Martínez, Carme Nebot, Abel Packer, Daniel Purcallas, Priscilla Rivas-Loria, Patricia L. Ruiz, Rubén Suárez Berenguela, América Valdés, Fernando Zacarías • **Capítulo 5:** Rebecca de los Ríos y Hugo Prado (Coordinación), Carlos Arosquipa, Alfredo Calvo, Mariela Canepa, Paul Mertens, Patricia L. Ruiz, Ciro Ugarte, Fernando Zacarías • **Capítulo 6:** Judith Navarro (Coordinación), George A.O. Alleyne, Stephen Blount, Paulo Buss, Nils Kastberg, Gustavo Kourí, Jay McAuliffe, Sylvie Stachenko, Muthu Subramanian, Ricardo Uauy, Marijke Velzeboer-Salcedo.

**Grupo de Trabajo Interprogramático para Salud en las Américas 2007:** Fernando Zacarías (Coordinación), Patricia L. Ruiz (Secretaria Técnica), Gustavo Bergonzoli, Carlos Castillo Solórzano, Anabel Cruz, Gerardo de Cosío, Amalia del Riego, Ricardo Fescina, Samuel Henao, Branka Legetic, Eduardo Levcovitz, Marlo Libel, Chessa Lutter, Miguel Machuca, Mildred Maisonet, Humberto Montiel, Hernán Montenegro, Sofioleticia Morales, Oscar Mujica, Judith Navarro, Armando Peruga, Alfonso Ruiz, Cristina Puentes-Markides, Alba María Roper, Cristina Schneider, Javier Uribe, Enrique Vázquez, Gina Watson.

**Edición y producción:** Anabel Cruz (Coordinación), Leslie Buechele, Patricia De los Ríos, Andrea DiPaola, Mariether Fernández, Judith Navarro, Roberta Okey, Lucila Pacheco, Cecilia Parker, Alfonso Ruiz, Haydée Valero • **Promoción:** José Carnevali, Daniel Epstein, Mylena Pinzón, Evelyn Rodríguez, Eleana Villanueva • **Diseño gráfico:** Gilles Collette, Guenther Grill, Ajibola Oyeleye • **Sitio web:** Marcelo D'Agostino, Erico Pérez-Neto.

**Coordinación general:** Fernando Zacarías • **Coordinación técnica:** Patricia L. Ruiz.

Agradecemos la colaboración de los funcionarios y profesionales de los ministerios de salud y de otras instituciones gubernamentales, agencias internacionales, organizaciones no gubernamentales y otras entidades que generosamente proporcionaron datos e información para elaborar esta publicación. A pesar de que se han hecho los mayores esfuerzos para incluir a todos los colaboradores, es posible que hayan ocurrido errores u omisiones por los cuales nos disculpamos anticipadamente.

# PANORAMA DE LA SALUD EN LA REGIÓN

Desde la creación de la Organización Panamericana de la Salud en 1902, los gobiernos de las Américas han abordado en forma conjunta sus problemas vinculados con la salud y el medio ambiente, se han comprometido a la acción colectiva y han definido estrategias para responder a los desafíos que se presentan. Desde el comienzo, la recolección, el análisis y la divulgación de la información de salud han sido una función básica de la Organización. A partir de 1924, la situación y las tendencias de la salud comunicadas por los países fueron un elemento importante de los informes anuales del Director. En 1954, la Secretaría de la OPS publicó el primer informe por separado sobre la situación de la salud en las Américas, iniciando así una ininterrumpida publicación cuatrienal, ahora quinquenal, con información sobre la salud en la Región.

La edición de 2007 de *Salud en las Américas* ofrece un amplio panorama de la situación en la Región y en todos los países en relación con la salud y el desarrollo humano, enfermedades específicas y factores de riesgo, la salud ambiental y la evolución de los sistemas y servicios de salud. Además, se examina y analiza el progreso alcanzado en relación con el compromiso mundial, expresado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) establecidos por las Naciones Unidas, de encarar los problemas de la pobreza extrema, el hambre, las enfermedades, la falta de agua y saneamiento, las viviendas inadecuadas y la exclusión social, y de promover la igualdad de género, la educación y la sostenibilidad del medio ambiente. Esa expresión del compromiso colectivo de los países de lograr la equidad social está presente en toda esta publicación.

## LA SALUD EN EL CONTEXTO DEL DESARROLLO

En la Región de las Américas, la salud y el desarrollo humano han avanzado en los últimos 25 años, como lo demuestran los indicadores presentados en el cuadro 1. Se ha desacelerado el crecimiento demográfico, que en 2006 se redujo 1,2% en promedio, con un valor mínimo de 0,4% en los países de habla

**CUADRO 1. Indicadores de los avances en la salud y el desarrollo en las Américas, 1980–2010.**

Indicador <sup>1</sup>	1980–1985	1990–1995	2005–2010
Esperanza de vida al nacer (años)	68,8	71,1	74,9
Tasa total de fecundidad (hijos por mujer)	3,1	2,6	2,6
Mortalidad infantil (tasa por 1.000 nacidos vivos)	37,8	22,5	16,5
Población urbana (%)	68,6	72,8	79,1
Indicador <sup>2</sup>	1980–1984	1990–1994	2000–2004
Mortalidad por enfermedades transmisibles (tasa por 100.000 habitantes)	109	62,8	55,9
Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio (por 100.000 habitantes)	280	256,2	229,2
Indicador <sup>3</sup>	1980	1990	2005
Tasa de alfabetización (%)	88	87,6	93,8
Cobertura de la inmunización (%): DTP3	45	76,8	93
Cobertura de la inmunización (%): Antisarampionosa	48	82,5	93
Acceso al agua potable (%)	76	80	93
Acceso a servicios de saneamiento (%)	59	66	84
Enfermeras por cada 10.000 habitantes	23,1	37,9	30

**Fuentes:**

<sup>1</sup>United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2005), World Population Prospects: The 2004 Revision. CD-ROM Edition Extended Dataset. U.N. Publications Sales No. 05.XIII.12.

<sup>2</sup>Organización Panamericana de la Salud. Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas (HA). Sistema de base de datos de la mortalidad. 2004.

<sup>3</sup>Organización Panamericana de la Salud. *Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos, 2006*. Washington, D.C.; *Health Conditions in the Americas, 1994 Edition* y UNESCO para 1985–1994; Organización Panamericana de la Salud, Evaluación Regional de Agua y Saneamiento, Washington, D.C., 2000; y <http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/tableView.aspx?ReportID=201>.

inglesa del Caribe y uno máximo de 2% en América Central. La urbanización se ha expandido de 68,6% en 1980 a 78,9% en 2006. La cobertura de los servicios básicos está aumentando en casi todas partes, si bien menos en las zonas rurales: la población en general tiene un mayor acceso a los servicios educativos, de abastecimiento de agua y de saneamiento, a la atención primaria de salud, a tecnologías eficaces en función de su costo y a las inmunizaciones. Esta mayor cobertura ha permitido un progreso mensurable en la prevención y control de numerosas enfermedades transmisibles que hasta entonces habían representado una carga considerable. Al mismo tiempo, la esperanza de vida al nacer se ha incrementado en promedio seis años y ha disminuido a la mitad la incidencia de la mortalidad infantil (1). La desaceleración del crecimiento demográfico, la prolongación de la duración de la vida y la reducción de las defunciones por enfermedades transmisibles y trastornos perinatales son algunos de los logros más importantes vinculados con la salud en la Región.

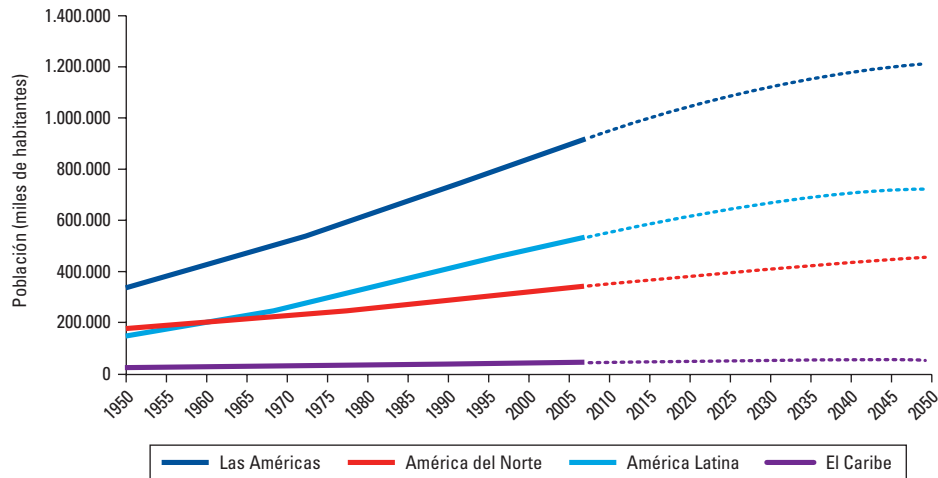
A pesar de estos trascendentes avances en la salud regional, persisten retos importantes: enfermedades transmisibles, como la infección por el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis; diversas

enfermedades crónicas no transmisibles y trastornos como la obesidad, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer, y los accidentes y la violencia. A su vez, estos problemas de salud se originan en factores de riesgo relacionados con distintos cambios demográficos, sociales y económicos que se han producido en las Américas, como el envejecimiento de la población, las modificaciones en los regímenes alimentarios y la actividad física, además del consumo de tabaco, alcohol y drogas, y el deterioro de las estructuras sociales y de apoyo.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecieron marcadores del progreso en términos del desarrollo humano que, al mismo tiempo, son indicadores de la eficiencia de los sistemas de salud. Al haber situado la inversión en la salud de las personas en el centro de la agenda mundial de desarrollo, los ODM brindan nuevas oportunidades para que el sector salud y las organizaciones relacionadas con la salud obtengan un amplio apoyo para la agenda de salud.

La gran mayoría de los problemas de salud son atribuibles a amplios factores determinantes sociales, las “causas tras las causas” de la mala salud: la pobreza, la desnutrición, el desempleo, la

**FIGURA 1. Tendencias y proyecciones de la población para las principales subregiones, Región de las Américas, 1950–2050.**



Fuente: United Nations Population Division. World Population Prospects: The 2006 Revision. New York. 2007.

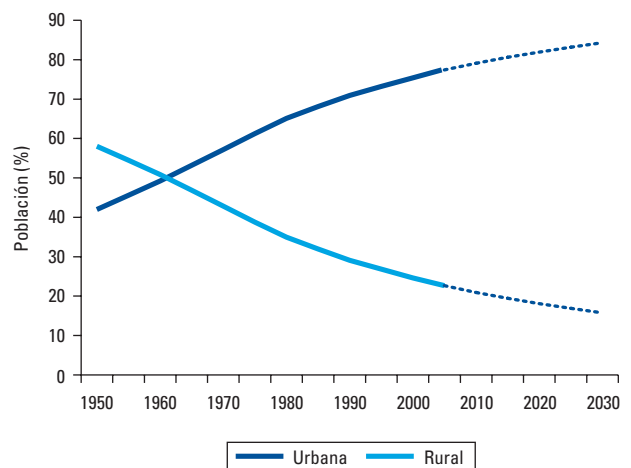
falta de acceso a la educación y los servicios de salud, y la exclusión social de ciertos grupos de la población, entre otros. Tales determinantes sociales son analizados en profundidad en el capítulo 1 de esta publicación, “La salud en el contexto del desarrollo”, que abarca el contexto económico, político, social y ambiental de la salud. En los párrafos que siguen se resumen algunos factores importantes que influyen en la salud en las Américas.

**Demografía.** La Región de las Américas continúa experimentando tres cambios demográficos importantes: el crecimiento demográfico, la urbanización y el envejecimiento de la población. Desde 1950, la población de la Región casi se ha triplicado y llegaba a los 900,6 millones de habitantes en 2006, según la última revisión de la población efectuada por las Naciones Unidas (2). En un marco hipotético de una fecundidad mediana, se prevé que en 2016 esta población sobrepasará la marca de mil millones de habitantes, de los cuales 600.000 vivirán en América Latina y el Caribe (figura 1).

Las desventajas sociales y económicas en las zonas rurales y en los centros de población más pequeños han llevado a las personas, tanto en el mundo como en las Américas, a emigrar hacia las zonas urbanas en busca de empleo y mejores condiciones de vida y la urbanización es realmente una característica destacada del cambio demográfico en la Región. No obstante, existen considerables diferencias entre las subregiones: la población urbana en los países de habla inglesa del Caribe constituye 46,3% de la población total, mientras que en América Central representa 54,8%, en los países latinos del Caribe 67,4% del total, en la Zona Andina 75,8%, en América del Norte 81% y en el Cono Sur 86,8%. Casi el 20% de la población total está ahora concentrada en sola-

mente 20 de las ciudades más grandes de la Región. En América Latina y el Caribe, la emigración se ha multiplicado y ha extendido las ciudades con zonas marginales que generan pobreza, desempleo, violencia, inseguridad, contaminación y mala distribución de servicios básicos. Desde 1950, cuando la población rural constituía 58% de la población total, la población urbana ha crecido y llegaba a 77,4% en 2005. Si esta tendencia persiste, se prevé que en 2030 la población urbana en América Latina y el Caribe alcanzará casi 85%, como se muestra en la figura 2 (2).

**FIGURA 2. Tendencias y proyecciones de la población urbana y rural en América Latina y el Caribe, 1950–2030.**



Fuente: United Nations Population Division. World Population Prospects: The 2006 Revision. New York. 2007.

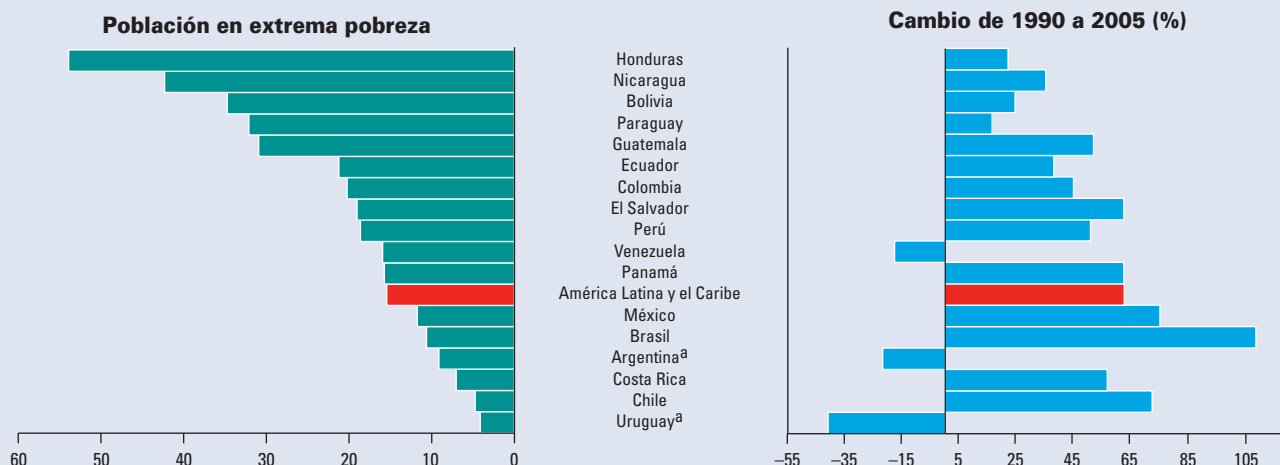


# Los Objetivos de Desarrollo del Milenio

## OBJETIVO 1. ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE

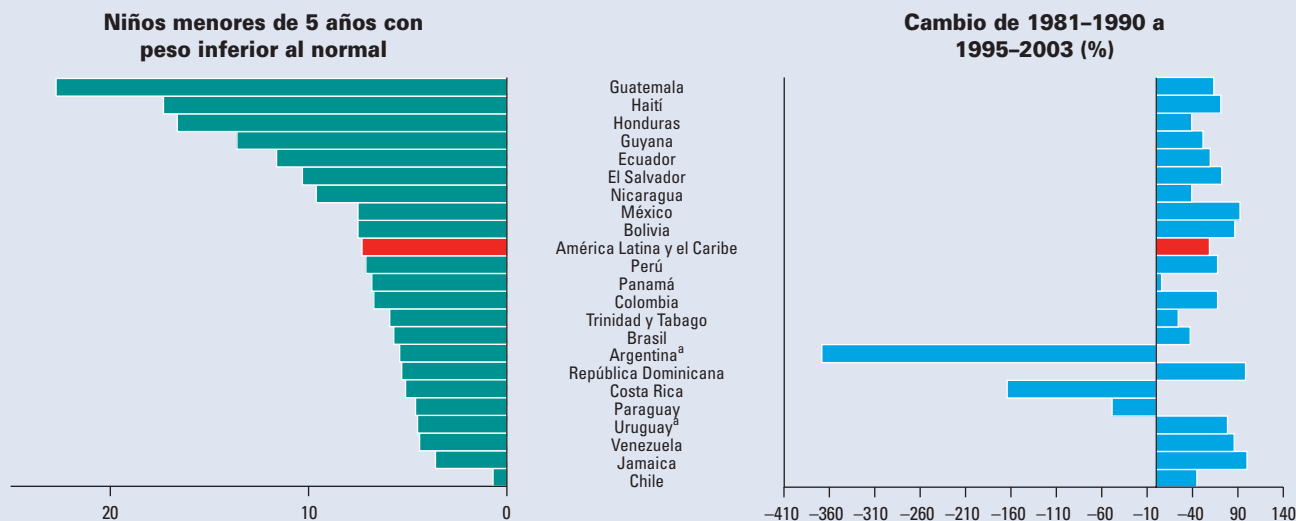
**META: REDUCIR A LA MITAD, ENTRE 1990 Y 2015, EL PORCENTAJE DE PERSONAS CUYOS INGRESOS SEAN INFERIORES A US\$ 1 POR DÍA.**

**Población en extrema pobreza (%), América Latina y el Caribe, 2005.**



**META: REDUCIR A LA MITAD, ENTRE 1990 Y 2015, EL PORCENTAJE DE PERSONAS QUE PADEZCAN HAMBRE.**

**Niños menores de 5 años con peso inferior al normal (%), América Latina y el Caribe, 1995–2003.**



<sup>a</sup> Las cifras corresponden a zonas urbanas.

**Nota:** La ausencia de barras para algunos países significa que no hay cambio.

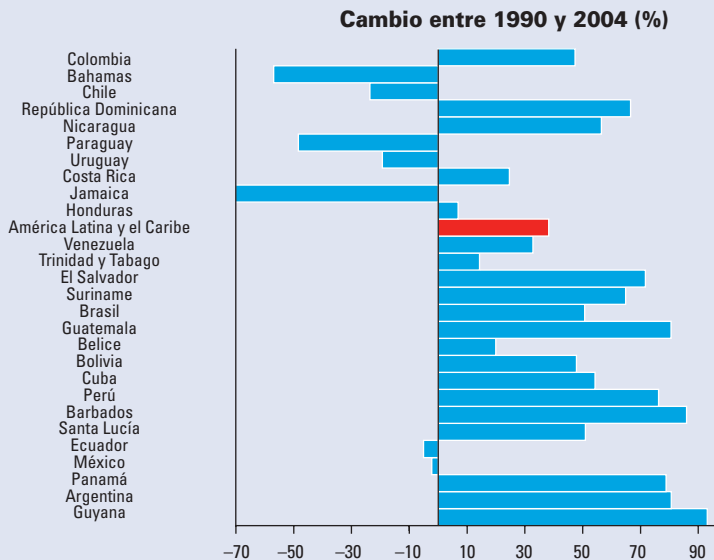
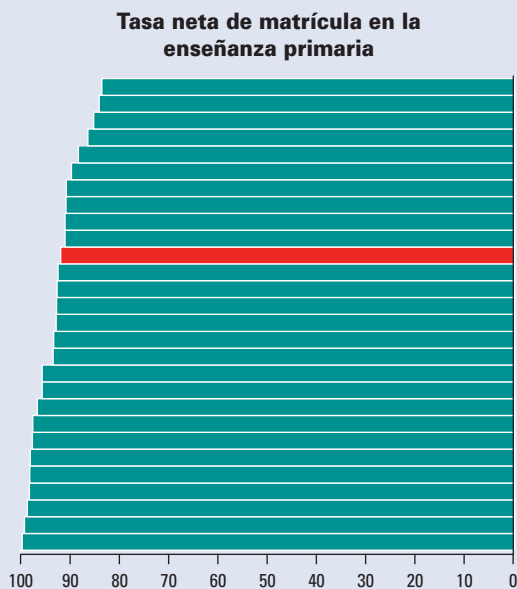
**Fuentes:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Objetivos de desarrollo del milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe. Producido en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud; Organización Internacional del Trabajo; Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo; Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente; Organización de Naciones Unidas para la Infancia; Fondo de Población de Naciones Unidas; Programa Mundial de Alimentos; Programa de Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos; Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. Santiago de Chile: CEPAL; 2005. Naciones Unidas, División de Estadística. Base de datos en línea. Disponible en: [http://millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi\\_goals.aspx?CEPAL, Divisi3n de Estadística y Proyecciones Econ3micas. Base de datos en línea. Disponible en: http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=1](http://millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi_goals.aspx?CEPAL, Divisi3n de Estadística y Proyecciones Econ3micas. Base de datos en línea. Disponible en: http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=1)

# en América Latina y el Caribe

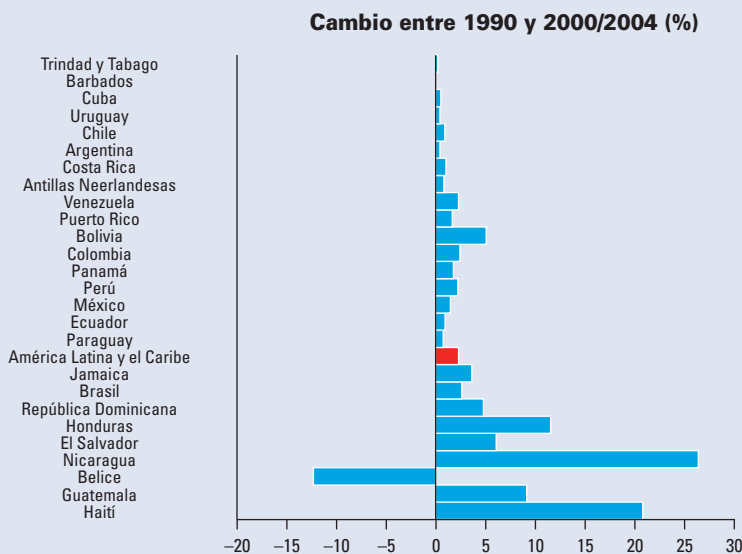
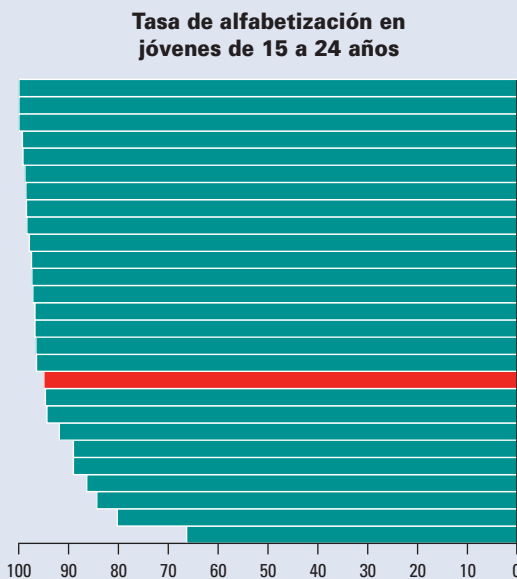
## OBJETIVO 2. LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL

**META: VELAR PARA QUE, PARA EL AÑO 2015, LOS NIÑOS Y NIÑAS DE TODO EL MUNDO PUEDAN TERMINAR UN CICLO COMPLETO DE ENSEÑANZA PRIMARIA.**

**Tasa neta de matrícula en la enseñanza primaria, América Latina y el Caribe, 2004.**



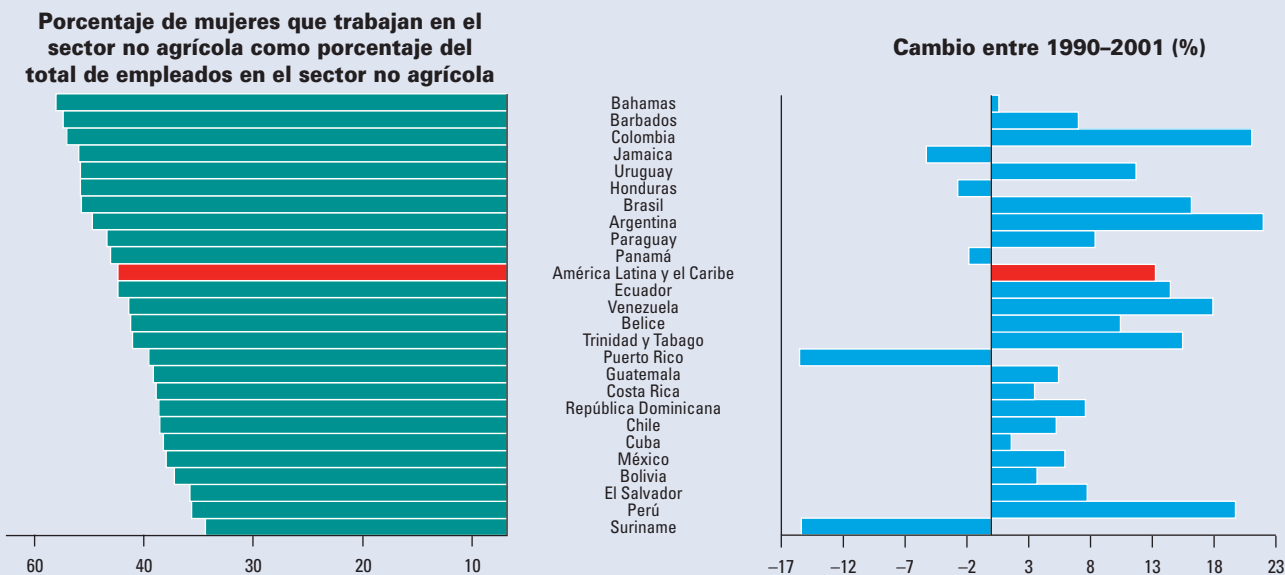
**Tasa de alfabetización en los jóvenes de 15 a 24 años, América Latina y el Caribe, 2000/2004.**



## OBJETIVO 3. PROMOVER LA IGUALDAD ENTRE LOS SEXOS Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER

**META: ELIMINAR LAS DESIGUALDADES ENTRE LOS GÉNEROS EN LA ENSEÑANZA PRIMARIA Y SECUNDARIA, PREFERIBLEMENTE PARA EL AÑO 2005, Y EN TODOS LOS NIVELES DE LA ENSEÑANZA PARA EL AÑO 2015.**

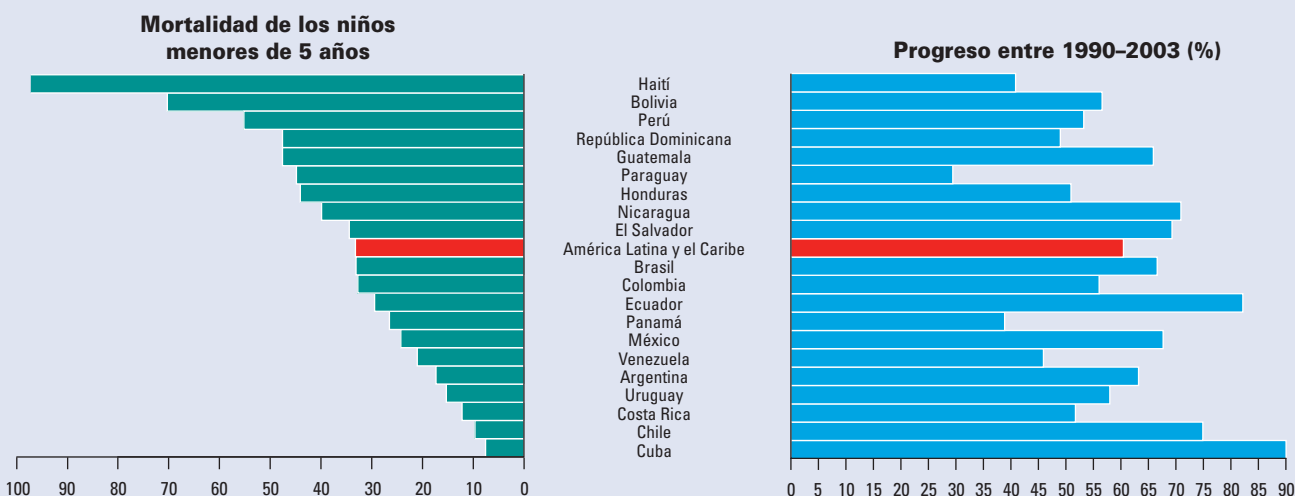
**Mujeres que trabajan en el sector no agrícola, como porcentaje del total de empleados en el sector no agrícola, América Latina y el Caribe, 2001.**



## OBJETIVO 4. REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL

**META: REDUCIR EN DOS TERCERAS PARTES, ENTRE 1990 Y 2015, LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.**

**Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos, América Latina y el Caribe, 2003.**



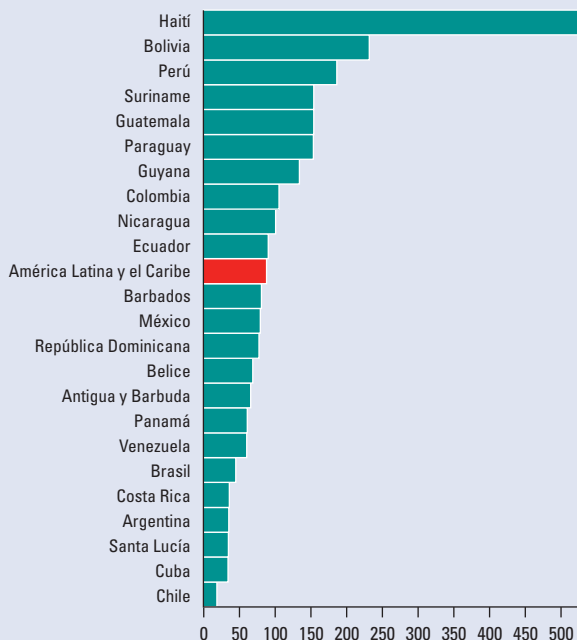
**Nota:** La ausencia de barras para algunos países significa que no hay cambio.

**Fuentes:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Objetivos de desarrollo del milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe. Producido en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud; Organización Internacional del Trabajo; Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo; Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente; Organización de Naciones Unidas para la Infancia; Fondo de Población de Naciones Unidas; Programa Mundial de Alimentos; Programa de Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos; Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. Santiago de Chile: CEPAL; 2005. Naciones Unidas, División de Estadística. Base de datos en línea. Disponible en: [http://millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi\\_goals.aspx?](http://millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi_goals.aspx?) CEPAL, División de Estadística y Proyecciones Económicas. Base de datos en línea. Disponible en: <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=1>.

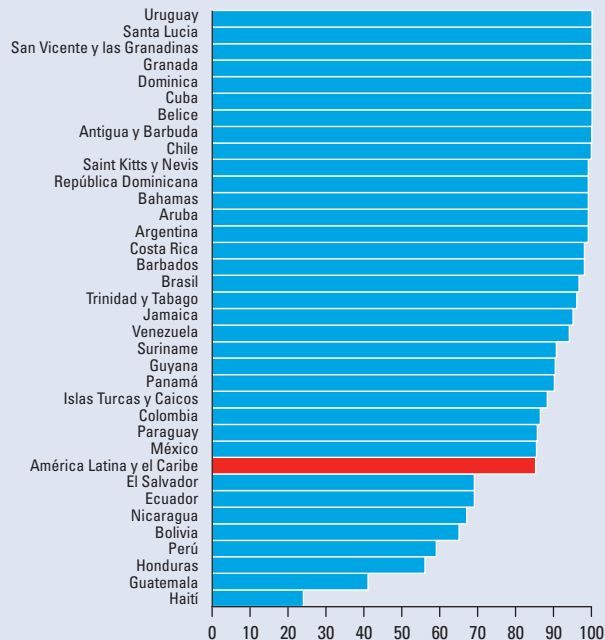
## OBJETIVO 5. MEJORAR LA SALUD MATERNA

**META: REDUCIR, ENTRE 1990 Y 2015, LA MORTALIDAD MATERNA EN TRES CUARTAS PARTES.**

**Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos, América Latina y el Caribe, 2000.**



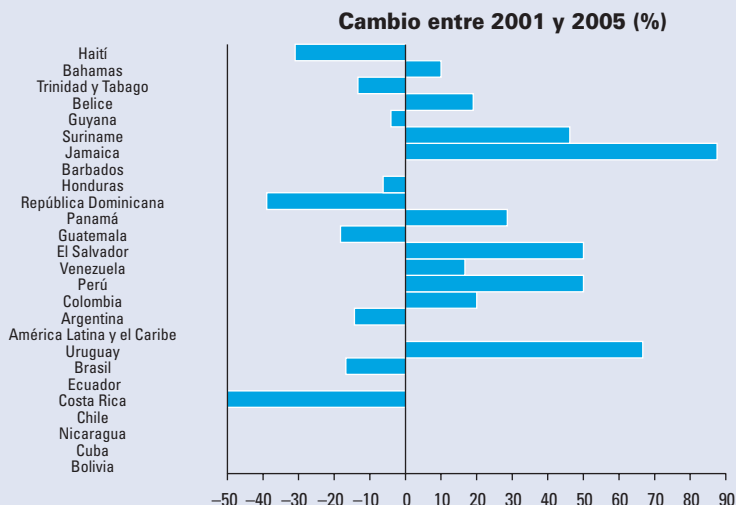
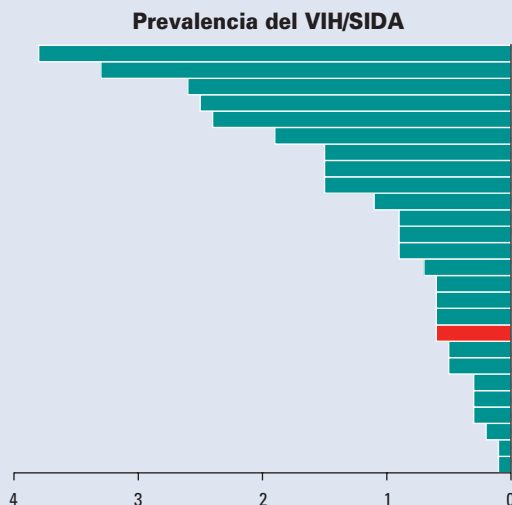
**Partos (%) con asistencia de personal sanitario especializado, América Latina y el Caribe, 2000.**



## OBJETIVO 6. COMBATIR EL VIH/SIDA, LA MALARIA Y OTRAS ENFERMEDADES

**META: HABER DETENIDO Y COMENZADO A REDUCIR, PARA EL AÑO 2015, LA PROPAGACIÓN DEL VIH/SIDA.**

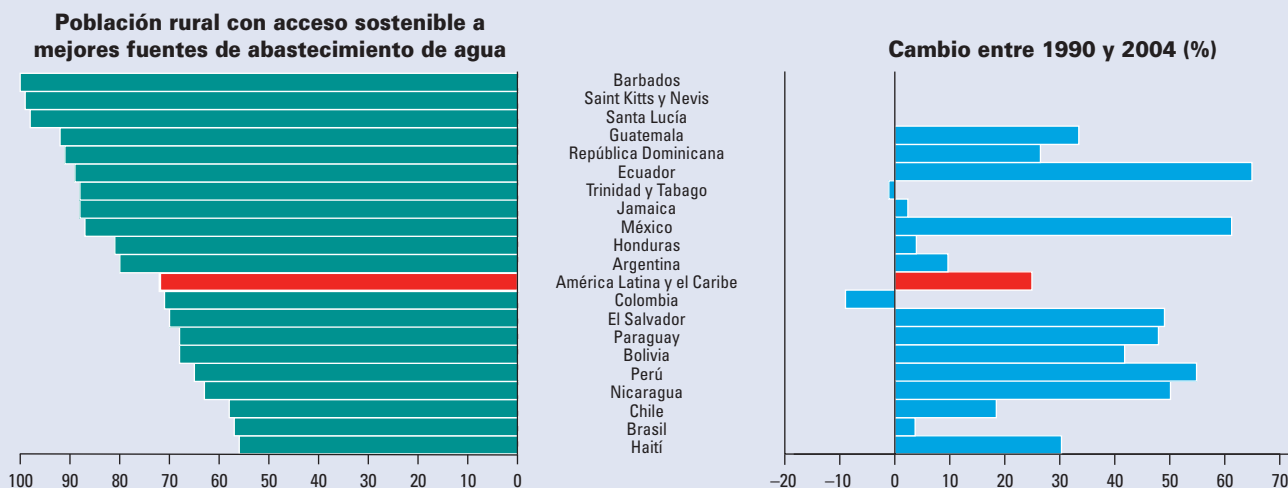
**Tasa de prevalencia del VIH/SIDA en la población de 15 a 49 años, América Latina y el Caribe, 2005.**



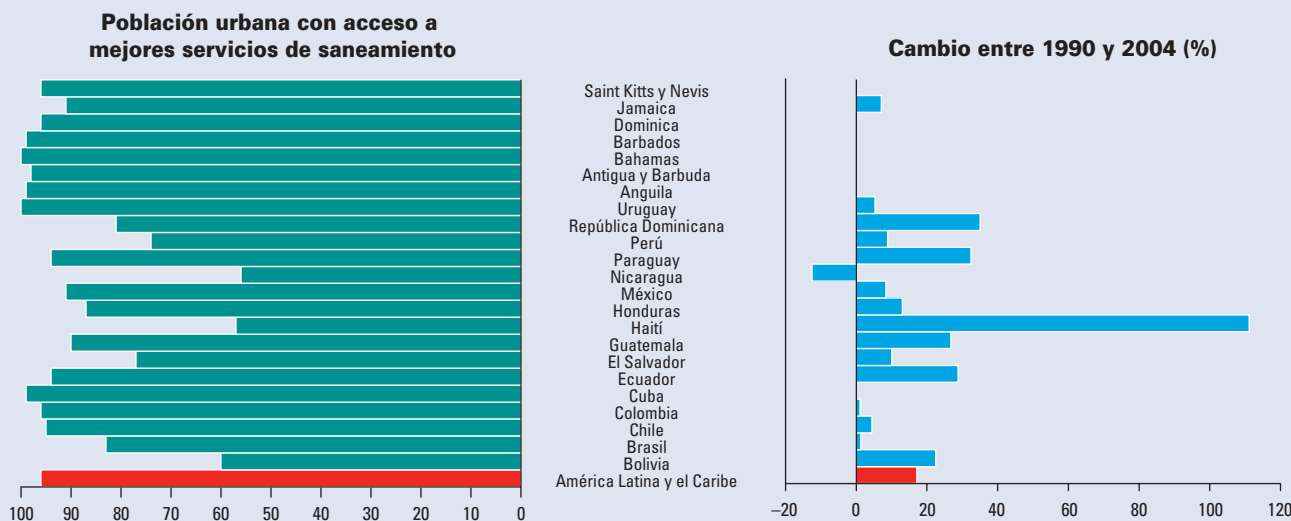
## OBJETIVO 7. GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE

**META: REDUCIR A LA MITAD, PARA EL AÑO 2015, EL PORCENTAJE DE PERSONAS QUE CAREZCAN DE ACCESO AL AGUA POTABLE Y A SERVICIOS DE SANEAMIENTO.**

**Proporción de la población rural con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, América Latina y el Caribe, 2004.**



**Proporción de la población urbana con acceso a mejores servicios de saneamiento (%), América Latina y el Caribe, 2004.**



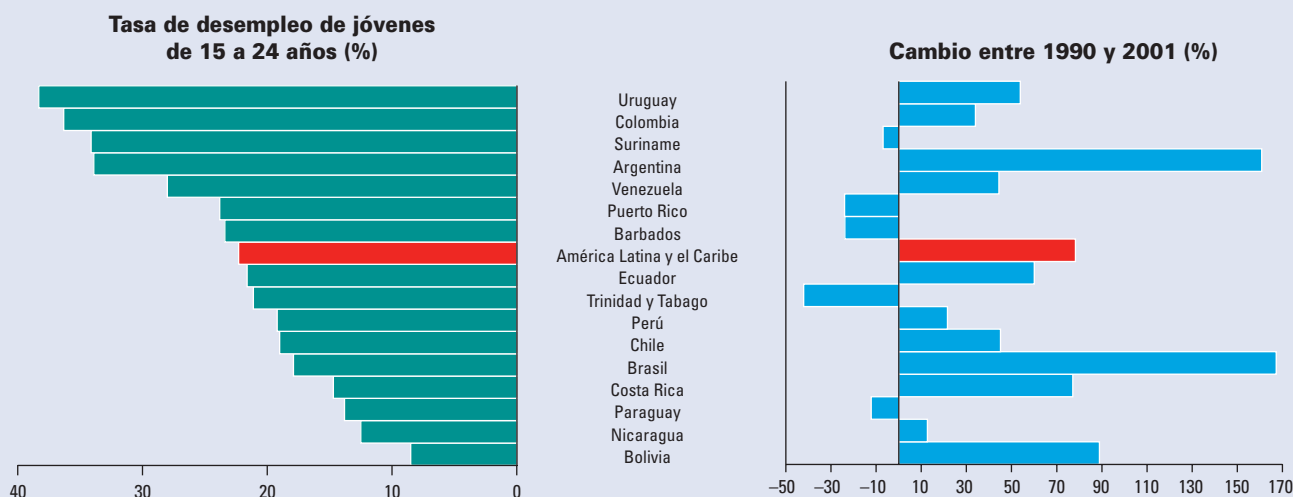
**Nota:** La ausencia de barras para algunos países significa que no hay cambio.

**Fuentes:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Objetivos de desarrollo del milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe. Producido en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud; Organización Internacional del Trabajo; Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo; Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente; Organización de Naciones Unidas para la Infancia; Fondo de Población de Naciones Unidas; Programa Mundial de Alimentos; Programa de Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos; Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. Santiago de Chile: CEPAL; 2005. Naciones Unidas, División de Estadística. Base de datos en línea. Disponible en: [http://millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi\\_goals.aspx?](http://millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi_goals.aspx?) CEPAL, División de Estadística y Proyecciones Económicas. Base de datos en línea. Disponible en: <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=1>.

## OBJETIVO 8. FOMENTAR UNA ASOCIACIÓN MUNDIAL PARA EL DESARROLLO

**META: EN COOPERACIÓN CON LOS PAÍSES EN DESARROLLO, ELABORAR Y APLICAR ESTRATEGIAS QUE PROPORCIONEN A LOS JÓVENES UN TRABAJO DIGNO Y PRODUCTIVO.**

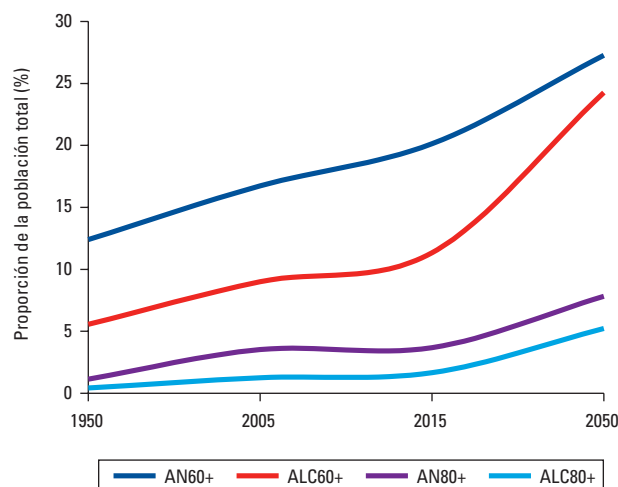
**Tasa de desempleo de jóvenes de 15 a 24 años, ambos sexos (%), América Latina y el Caribe, 2001.**



### La salud en el centro del desarrollo

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio reflejan el resultado de décadas de construcción de consenso dentro del sistema de las Naciones Unidas y de numerosas reuniones mundiales, comenzando con la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en 1978, e incluyendo la Cumbre Mundial en favor de la Infancia en 1990. A través de la Declaración del Milenio adoptada por 189 países en 2000 y las conclusiones de la Conferencia Internacional sobre Financiamiento para el Desarrollo en 2002, la comunidad mundial reconfirmó los acuerdos alcanzados en las anteriores cumbres de las Naciones Unidas y los reforzó a través de la fecha meta de 2015. El reto clave de los ODM no es técnico sino político: jamás antes la comunidad de naciones había acordado una agenda común tan específica, que convoca a los gobiernos, a la sociedad civil, al sector privado y a las organizaciones internacionales a asignarle prioridad a la reducción de la pobreza y al combate de las desigualdades en el acceso a los determinantes clave del desarrollo. La Declaración del Milenio da un nuevo sentido de urgencia y estipula un marco que trasciende la esfera sectorial individual; ahora, dentro del contexto de los ODM, la educación, la salud y el ambiente se amalgaman, como un paquete indivisible, como áreas de inversión primordial para la reducción de la pobreza y el desarrollo humano. Al mismo tiempo, dado que tres de los ocho ODM se refieren explícitamente a la salud y todos ellos se relacionan de alguna manera con la salud, la comunidad mundial ha puesto de manifiesto su reconocimiento colectivo de la función crucial de la salud en el centro del desarrollo económico y social.

**FIGURA 3. Tendencias y proyecciones del envejecimiento en América del Norte y América Latina y el Caribe, 1950–2050.**



**Fuente:** United Nations Population Division. World Population Prospects: The 2006 Revision. New York, 2007.

Los dos grupos de población con el crecimiento más rápido en las Américas son los de los adultos de 60 y más años de edad y los de 80 y más años de edad. En América del Norte, donde el proceso de envejecimiento de la población se inició antes, las personas de 60 y más años de edad pasaron de representar 12,4% de la población total en 1950 a 16,7% en 2005; se prevé que este grupo aumentará a 20,1% de la población total en 2015 y a 27,3% en 2050. En América Latina y el Caribe, el grupo de 60 y más años de edad constituía 5,6% de la población en 1950 y aumentó a 9,0% en 2005; se prevé que llegará a 11,3% de la población total en 2015 y a 24,3% en 2050. La porción de la población total representada por el grupo de 80 y más años de edad saltó de 1,1% en 1950 a 3,5% en 2005 en América del Norte (y se pronostica que llegará a 3,7% en 2015) y de 0,4% a 1,2% en América Latina y el Caribe (y se prevé que aumentará a 1,7% en 2015). A medida que envejece la población, se reduce la relación entre los adultos en edad productiva y los ancianos y también disminuye la posibilidad de financiar el apoyo para estos últimos (figura 3).

**El crecimiento económico, el ingreso y el empleo.** La economía de la Región ha experimentado una serie de cambios de tasas de crecimiento bajas a altas. Después de un período de crecimiento en disminución y persistentes contracciones de la actividad económica en los años ochenta, los países comenzaron a tener un crecimiento lento, que promedió alrededor de 1,4% al año en el decenio de 1990. Entre 2000 y 2003, otra crisis provocó una nueva declinación del crecimiento económico; no obstante, el crecimiento se reanudó en 2004 y llegó a un promedio regional

de 6%; en 2005 fue de aproximadamente 4% y alcanzó un incremento promedio de 5,6% en 2006.

Si bien se han logrado avances en la reducción de la pobreza en los últimos años, en 2005 40,6% de la población de las Américas (casi 213 millones de personas) continuaba viviendo en situación de pobreza y 16,8% (88 millones de personas) padecía pobreza extrema. Además, a pesar del crecimiento económico general en la Región, la brecha entre los países más ricos y los más pobres, lejos de reducirse, se ensanchó a fines de los años setenta y comienzos del decenio de 2000, una tendencia que se prevé que continuará si persisten las condiciones actuales (3).

El desempleo impide la afiliación al sistema de seguro social y, por consiguiente, limita el acceso a la atención de salud. El empleo informal y el trabajo infantil complican la situación. En cuanto a las mujeres, su ingreso en la fuerza de trabajo remunerada en los últimos 20 años, si bien aumentó el ingreso y el poder adquisitivo de las familias, ha representado una carga de trabajo excesiva para muchas de ellas, ya que continúan siendo las principales trabajadoras domésticas, una función que, paradójicamente, es descuidada cada vez más; no obstante, aun cuando las mujeres ocupen puestos tradicionalmente asignados a los hombres, suelen recibir una remuneración menor. En relación con la generación más joven, el octavo Objetivo de Desarrollo del Milenio —cuyo propósito es forjar una alianza mundial para el desarrollo— busca promover el trabajo digno y productivo para los jóvenes, cuyas tasas de desempleo en América Latina y el Caribe han empeorado desde 1995.

**La educación.** En las Américas, el progreso en la educación ha sido considerable en los últimos 25 años, medido según la tasa de alfabetización, que ha aumentado de 88% en los años ochenta a alrededor de 94% en 2006. Sin embargo, el progreso educativo no ha sido uniforme en todos los grupos de población: las mujeres todavía tienen tasas de alfabetización inferiores a las de los hombres; los residentes de las zonas rurales presentan tasas más bajas que sus homólogos de las zonas urbanas y los pobres están menos alfabetizados que los ricos. Aun así, el acceso a la educación está mejorando en toda América Latina y el Caribe, como lo indica el aumento de la matrícula neta en la educación primaria tanto para los varones como para las niñas, que pasó de 86% en 1990 a 95% en 2004.

**El medio ambiente.** Históricamente, en la salud del hombre ha influido la interacción de diversos factores determinantes de carácter ambiental, biológico, económico, social, político y cultural, los cuales pueden provocar condiciones de vida poco satisfactorias, riesgos y peligros ambientales, modificaciones del comportamiento y el modo de vida y, en última instancia, enfermedades, discapacidades y la muerte. Un informe de 2004 de la OMS encontró que, de las 102 enfermedades principales, 85 eran en parte causadas por la exposición a riesgos ambientales y que los facto-

res ambientales contribuían a alrededor de una cuarta parte de los años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad y a una cuarta parte de las defunciones relacionadas (4).

En las Américas, el deterioro socioeconómico, caracterizado por la pobreza, la rápida urbanización y la fragmentación social, ha contribuido a aumentar las desigualdades y crear entornos insalubres, que afectan en particular a los grupos de población de zonas agrícolas e indígenas. Se observan otras desigualdades ambientales en las zonas urbanas marginales, donde son deficientes las condiciones de las viviendas y el acceso al agua potable y al saneamiento y las personas están más expuestas a la contaminación química, al ruido y a la violencia. Estas condiciones están empeorando en algunos países; por ejemplo, 60% de la población urbana en Haití tenía acceso al agua potable en 1990, mientras que en 2004 solo 58% contaba con ese acceso. En el capítulo 3 se analizan en detalle estos problemas ambientales.

Además, la violencia resultante de los entornos sociales insalubres en las zonas urbanas marginales está cobrando numerosas víctimas. Los registros oficiales revelan que, en los últimos 10 años se produjeron entre 110.000 y 120.000 homicidios y entre 55.000 y 58.000 suicidios en la Región (5). En los gobiernos y el sector salud de varios países latinoamericanos crece la preocupación por la violencia juvenil, que conduce a la formación de pandillas que llevan a cabo operaciones transnacionales como secuestros, tráfico de seres humanos y contrabando de armas y drogas.

El crecimiento urbano genera más necesidades de transporte, que a su vez conduce a más riesgos de lesiones y a una mayor contaminación del aire. Se estima que cada año en las Américas mueren 130.000 personas, más de 1,2 millones sufren lesiones y cientos de miles padecen incapacidades como consecuencia de traumatismos vinculados con accidentes de transporte terrestre. Los países de bajos ingresos de América Latina son los más afectados a causa del empleo de vehículos con mantenimiento deficiente, la amplia gama de usuarios de las vías públicas (peatones, ciclistas y motociclistas), la menor educación en relación con la seguridad y la falta de reglamentos adecuados (capítulo 3).

La contaminación atmosférica urbana, intensificada por la rápida urbanización e industrialización y el correspondiente aumento del empleo de combustibles fósiles y de las emisiones de dióxido de carbono, también afecta a la salud humana y se ha señalado que contribuye al cambio climático y el calentamiento global. El informe de 2001 del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC) reveló que, en el transcurso del siglo XX, la temperatura mundial había aumentado de 0,2 a 0,6 °C y que el nivel del mar había subido entre 10 y 20 cm. El IPCC prevé un calentamiento global de 1,4 a 5,8 °C para 2100. Como resultado, junto con otras regiones del mundo, las Américas sufrirán períodos de precipitación intensa, huracanes e inundaciones que perturbarán gravemente la salud y el bienestar de las personas. Cuatro países de las Américas están entre los más

*“Persiste en nuestras sociedades un alto grado de estigma y discriminación hacia todo lo que no forma parte del enfoque o patrón hegemónico. Si a esto se suma, principalmente, la falta de una verdadera participación política que incluya a pueblos indígenas dentro de las propuestas de desarrollo de cada país, la situación se muestra realmente insostenible. La negación permanente de los derechos fundamentales ha conducido a la marginación de la población indígena, que se traduce en índices alarmantes de pobreza, falta de tierra y territorios, bajos salarios, desempleo acentuado, altos índices de analfabetismo, especialmente femenino, deserción escolar y un perfil epidemiológico con una carga alta de enfermedad, discapacidad y muerte prematura, donde predominan las causas prevenibles. Las comunidades, cantones y municipios con mayor porcentaje de población indígena son los que están más alejados de los indicadores establecidos en las metas de los objetivos de la Declaración del Milenio.”*

Mirta Roses, 2006

grandes emisores de dióxido de carbono en el mundo: los Estados Unidos, Canadá, Brasil y México (6). El informe de 2007 del IPCC confirmó que la actividad del hombre está calentando el planeta con un ritmo en potencia desastroso e irreversible (7).

**La globalización.** La creciente conexión, integración e interdependencia del mundo en los ámbitos económico, social, tecnológico, cultural, político y ecológico —proceso generalmente llamado “globalización”— es uno de los más grandes retos que afronta el sector salud. Las cambiantes estructuras económicas y sociales imponen condiciones de competencia y aumentan el riesgo de crisis económicas. Los países, las instituciones y los individuos tienen que adaptarse a estos cambios para asegurar su lugar en la escena local y mundial. Al mismo tiempo, la globalización crea oportunidades que trascienden las fronteras nacionales. En las Américas, este fenómeno ha dado como resultado la conexión y la colaboración entre los países, como lo demuestran las diversas cumbres internacionales para mejorar la situación de la población en todo el hemisferio y la formación de bloques económicos subregionales (capítulo 1).

**La ciencia y la tecnología.** Los avances científicos y tecnológicos, la industrialización, el desarrollo socioeconómico, la mayor comunicación, y la mejor higiene e ingesta alimentaria han contribuido a prolongar la esperanza de vida y reducir las tasas de mortalidad en todo el mundo. En los últimos 50 años, muchos avances tecnológicos han llevado a nuevas posibilidades terapéuticas y de diagnóstico en la medicina, como las tecnologías de la



imaginología, las prótesis internas o externas, la tecnología del láser y los biosensores. La investigación sobre vacunas ha tenido varios éxitos, como las vacunas contra la hepatitis B y contra *Haemophilus influenzae* tipo b, así como el desarrollo en marcha de vacunas contra el cólera, la malaria, la tuberculosis y la infección por el VIH/sida. Se dispone cada vez más de tecnologías avanzadas, como las de la ingeniería genética, la microcirugía y los medicamentos preparados a medida. Como resultado del progreso en la tecnología del ADN, se han elaborado pruebas de diagnóstico específicas y muy sensibles para ser usadas sobre el terreno en los países tropicales, lo cual permite una vigilancia más precisa y el seguimiento de microorganismos y enfermedades. Se están criando animales transgénicos para producir fármacos, hormonas y otras sustancias útiles para la industria farmacéutica; se han criado cerdos transgénicos que se usarán como una fuente de órganos y tejidos para trasplantes, si bien esto genera preocupación acerca de la posible transmisión de virus u otros agentes patógenos a los seres humanos. La introducción de técnicas de manipulación de genes también ha conducido a mayores rendimientos de los cultivos y mejor calidad de los alimentos al proporcionar resistencia a plagas y malezas; no obstante, la preocupación por la posibilidad de que los organismos genéticamente manipulados en la naturaleza pudieran alterar los ecosistemas autóctonos o, incluso, perjudicar la salud de las personas, ha llevado a demandas de normas éticas para la genómica, la clonación y la ingeniería genética.

Los sistemas regionales de información sanitaria han mejorado considerablemente en los últimos años. Si bien la recolección de información amplia acerca de enfermedades prioritarias en distintos sectores geográficos, demográficos y sociales de la comunidad es difícil aun en los países desarrollados, los avances mediante dispositivos virtuales, como los sistemas de información geográfica y los métodos de trabajo en colaboración, reducen el costo y mejoran la calidad de la información en salud.

Actualmente, las comunidades científicas y de salud pública enfrentan el desafío de llevar los beneficios de la ciencia y la tecnología a la mayor cantidad posible de personas con el fin de mejorar equitativamente la calidad de sus vidas. En este momento, América Latina y el Caribe están rezagados con respecto a los países más desarrollados en cuanto al número de programas científicos y tecnológicos. La productividad de la investigación en la Región todavía es baja en comparación con los países desarrollados, como lo demuestra el hecho de que solamente 3% de los 1,1 millones de trabajos científicos incluidos en MEDLINE en el período 2000–2003 eran de investigadores latinoamericanos o del Caribe (8).

Una de las principales restricciones para el avance de la ciencia y la tecnología ha sido la escasa asignación de recursos. Las partidas para investigación y desarrollo en América Latina y el Caribe representaban 0,5% del PIB en 1990 y 0,6% en 2002, mientras que en los Estados Unidos sumaban 2,6%, porcentaje que permaneció constante durante todo el período 1990–2002. Ade-

más, América Latina y el Caribe tienen 0,7 investigadores por cada 1.000 habitantes, en comparación con el punto de referencia internacional de 6 a 10 investigadores por 1.000 habitantes (9).

## ABORDAR LA AGENDA INCONCLUSA

Han pasado casi 30 años desde que se firmara la Declaración de Alma-Ata en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, Kazajistán, septiembre de 1978) y en las Américas se ha avanzado mucho en el programa que se estableció (para más detalles al respecto, véase la sección presentada más adelante “Proteger los avances en materia de salud”). Los países de la Región han convertido las políticas y programas de atención primaria en un elemento básico de sus sistemas nacionales de salud con el propósito de alcanzar la meta de salud para todos. La cantidad de personas que viven en situación de pobreza extrema (con un ingreso inferior a un dólar al día) disminuyó en unos tres millones entre 1990 y 2005. La Región está próxima a alcanzar la educación primaria universal: alrededor de 97% de los niños completan la escuela primaria— aun cuando los promedios regionales ocultan la situación en países que están rezagados. La tasa de analfabetismo de los jóvenes ha caído 12% en 30 años y, en promedio, la esperanza de vida es casi 20 años más larga de lo que era hace 50 años (10).

No obstante, la labor de realización de la agenda de atención primaria de salud seguía inconclusa al comenzar el nuevo milenio: en algunos países y en muchas zonas dentro de un mismo país han persistido enfermedades y trastornos que impiden alcanzar la salud para todos. A pesar de la disponibilidad de soluciones eficaces en función de su costo y de intervenciones sencillas, existe un marco de desigualdades en el cual una “tiranía de los promedios”, es decir, la referencia excesiva a un valor medio, oculta la presencia continua de problemas prioritarios de salud. En muchos países y en zonas dentro de un mismo país, la “agenda inconclusa” significa que persisten problemas resueltos en otras partes, como:

- Pobreza extrema y hambre
- Mortalidad elevada en niños menores de 5 años
- Falta de mejoramiento en la salud materna
- Prevención y control inadecuados de la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria
- Acceso limitado a los medicamentos esenciales
- Acceso insuficiente al abastecimiento de agua y el saneamiento
- Barreras que impiden mejorar la salud de los pueblos indígenas
- Enfermedades descuidadas en poblaciones descuidadas

**Abordar las desigualdades.** Los beneficios de los avances en los indicadores sociales y de salud de la Región no han llegado a

todos los grupos y poblaciones por igual, lo cual provoca disparidades injustas en la morbilidad, la mortalidad y el acceso a los servicios de salud. El ingreso, la etnicidad y la educación continúan siendo importantes. En muchos de los países subsisten de manera inaceptable e innecesaria condiciones de salud deficientes. La mala salud se traduce en aflicción, dolor, retraso del crecimiento económico y fracaso de los esfuerzos por reducir la pobreza. Los más afectados son los niños de los países de bajos ingresos, las mujeres, los pueblos indígenas, los habitantes sin educación de las zonas rurales, los trabajadores migratorios, los trabajadores del sexo, los niños de la calle y los ancianos. También influye la geografía: por ejemplo, las tasas de mortalidad en América Central y los países latinos del Caribe en 2005 se acercan al promedio regional de comienzos de los años ochenta. En el ámbito de la salud, esas desigualdades se manifiestan como grandes disparidades en el estado de salud, el acceso diferencial a los servicios y la desproporcionada exposición a riesgos de salud: el abastecimiento de agua y el saneamiento poco seguros, la desnutrición, la contaminación y la exposición a amenazas climáticas y geográficas.

En las Américas, las desigualdades en materia de salud son extensas y profundas, como demuestran numerosos ejemplos, entre ellos:

- La mayor proporción de mortalidad materna se produce en los países más pobres de América Latina y el Caribe.
- La esperanza de vida al nacer varía de un mínimo de 68,8 años en América Central a un máximo de 77,9 años en América del Norte (2005).
- Las diferencias en cuanto a esperanza de vida entre los países son aún más notables, en particular la brecha entre los más ricos y los más pobres, que se ha ampliado a casi 20 años.
- Si bien las mujeres tienen en promedio una esperanza de vida al nacer seis años superior a la de los hombres, la situación social de muchas mujeres pone en peligro la calidad de sus vidas.
- La distribución diferencial de amenazas para la salud recientemente emergentes y sus factores de riesgo han exacerbado aún más las desigualdades en materia de salud en los países.
- Unos 218 millones de personas no cuentan con protección contra el riesgo de enfermedades porque carecen de la cobertura de salud del seguro social y 100 millones no tienen acceso a servicios de salud debido a su ubicación geográfica, barreras económicas o la ausencia de centros de salud cerca de sus hogares o lugares de trabajo.

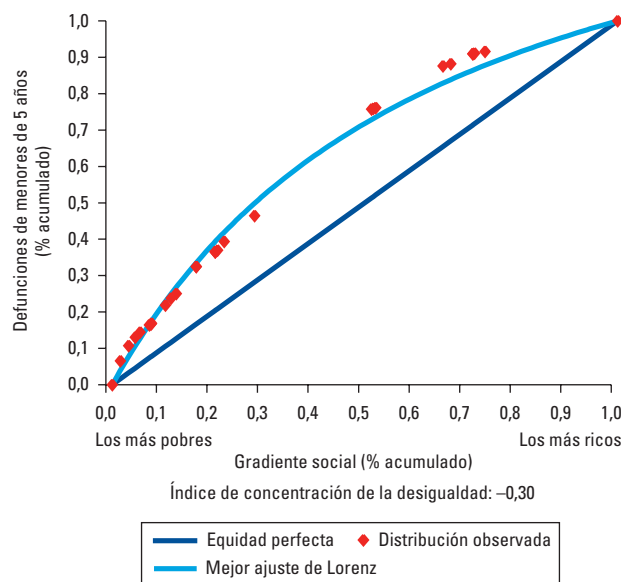
**La situación de las mujeres.** Una de las principales restricciones para completar la agenda de la atención primaria de salud es la situación de las mujeres. Si bien las mujeres representan más de las dos quintas partes de la fuerza de trabajo en América Latina y el Caribe, su avance económico es reducido porque tienen dificultades para obtener trabajos remunerados, ganan me-

nos, no tienen acceso a algunas ocupaciones y su participación en el sector informal es desproporcionadamente mayor. Por consiguiente, a pesar del compromiso de la comunidad internacional con la igualdad entre los sexos, las vidas de millones de mujeres y muchachas de toda la región son afectadas por la discriminación, la falta de autonomía, la pobreza y la violencia. El logro del tercer ODM —promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer— producirá el “doble dividendo” de mejorar las vidas tanto de las mujeres como de los niños (11).

**La situación de los grupos étnicos.** En las Américas de hoy, entre 45 y 50 millones de personas pertenecen a más de 400 grupos étnicos únicos, cantidad que representa alrededor de 7% de la población de la Región, 40% de la población rural de América Latina y el Caribe y más de 40% de la población total en Perú, Guatemala, Bolivia y Ecuador. La incidencia de la pobreza es más alta en los grupos indígenas de las Américas, que presentan tasas más elevadas de analfabetismo y desempleo y tienen menos acceso a los servicios de atención de salud, como la vacunación contra enfermedades inmunoprevenibles. Sufren tasas desproporcionadas de mortalidad materna e infantil, desnutrición y enfermedades infecciosas (12). “En México, se estima que hay 96,3 médicos por 100.000 personas a nivel nacional, pero solo 13,8 por 100.000 en zonas donde los indígenas constituyen 40% o más de la población” (13). Uno de los principales problemas de los pueblos indígenas es la falta de documentos oficiales. En todo país, el registro del nacimiento es importante porque da al individuo una identidad oficial como miembro de la sociedad y puede ser necesario para acceder a servicios más tarde en su vida. América Latina y el Caribe tienen algunas de las tasas más altas de registro del nacimiento en el mundo en desarrollo: 92% en las zonas urbanas y 80% en las rurales. Sin embargo, es menos probable que los niños indígenas sean registrados al nacer: “en la región amazónica de Ecuador, solamente 21% de los niños menores de 5 años tienen partida de nacimiento, en comparación con el promedio nacional de 89% . . . [y] más de 85% de los bolivianos que viven en comunidades indígenas rurales carecen de un documento oficial que les permita heredar tierras, matricular a sus hijos en la escuela o votar” (14).

**La salud de los lactantes y los niños.** A pesar de las considerables mejoras en la supervivencia de los niños en las Américas desde que en 1978 se puso en marcha la iniciativa “Salud para todos”, ha persistido sin cambios una profunda desigualdad en el logro de esta meta. La distribución del riesgo de morir antes de los 5 años de edad, reflejada por las tasas de mortalidad infantil, en la población de las Américas —clasificada desde la más pobre a la más rica según el ingreso nacional bruto per cápita (el poder adquisitivo ajustado según la paridad)— revela un índice de concentración de la desigualdad de -0,3, que significa que el 20% (quintil) más pobre de la población de la Región concentra casi 40% de la cantidad total de defunciones infantiles, mientras

**FIGURA 4. Desigualdades en la supervivencia infantil: curva de concentración y tasa de mortalidad en menores de 5 años en las Américas, alrededor de 2005.**



**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2006.

que en el 20% más rico se producen solamente 8% de las defunciones (figura 4).

La Región de las Américas ha alcanzado un enorme progreso en la reducción de las tasas de mortalidad de lactantes y niños. A pesar de los logros en la reducción de la mortalidad en los más pequeños, continúan existiendo diferencias en la mortalidad infantil tanto entre los países como en zonas de un mismo país. En las naciones con tasas altas de mortalidad infantil (por ejemplo, Bolivia, Perú, Guatemala y Brasil) y también en otras con tasas relativamente bajas (por ejemplo, Colombia y Belice), persisten considerables desigualdades internas. Tres de los numerosos factores críticos determinantes de las desigualdades de salud en los lactantes y los niños son el grupo étnico, la ubicación geográfica y la educación. En Bolivia, Ecuador, Guatemala, México y Panamá, que han reunido información sobre el grupo étnico y la zona de residencia de las madres (es decir, urbana o rural), las tasas de mortalidad de lactantes son sistemáticamente más altas en las poblaciones indígenas rurales que en sus homólogas urbanas (véase el capítulo 2). Asimismo, un análisis de las desigualdades de la mortalidad de los niños menores de 5 años en relación con la educación materna en Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, Haití, Perú y la República Dominicana, indica que la tasa de mortalidad infantil y el nivel educativo de la madre guardan una relación inversa; además, el mismo análisis revela que, si bien la tasa general de mortalidad se redujo considerablemente entre fines de los años ochenta y los primeros años del siglo XXI,

prácticamente no se han modificado las dimensiones de las brechas en la mortalidad entre los sectores de escolaridad (15).

¿Cuáles son las restricciones que se deben superar para alcanzar el cuarto ODM, a saber, reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil? Entre ellas, las principales son la falta de agua potable, la exposición a mosquitos que transmiten enfermedades, la falta de inmunización y la desnutrición. La gran mayoría de las defunciones infantiles podrían prevenirse con las medidas comprobadas de la revolución de la supervivencia infantil: la lactancia materna, la vacunación contra las principales enfermedades de la infancia, las fuentes de agua potable, la terapia de rehidratación oral y los mosquiteros para prevenir la malaria. De hecho, se cuenta con las intervenciones necesarias para prevenir y contrarrestar las causas de defunción en los niños, que podrían llevar a la reducción de las dos terceras partes de la mortalidad infantil, “pero no son suministradas a las madres y los niños que las necesitan” (16).

Los niños que corren un mayor riesgo son los de los países más pobres y de las comunidades más marginadas dentro de los países, quienes son discriminados a causa del sexo, la raza o la etnia, los afectados por la infección por el VIH/sida, los que carecen de una nutrición adecuada, los huérfanos (muchos de ellos a causa del sida) que terminan haciéndose responsables de sí mismos y a menudo de sus hermanos, los que sufren violencia, maltrato o explotación, los que tienen que trabajar para ganarse la vida y, en general, los que carecen de acceso a bienes y servicios esenciales. Por ejemplo, en 2003 en América Latina y el Caribe, 6,2% de los menores de 18 años eran huérfanos y, durante el período 1999–2004, 8% de las niñas y 11% de los varones del grupo de 5 a 14 años de edad participaban en el trabajo infantil. La persistencia de las desigualdades en materia de salud es confirmada también por la clasificación de los trastornos perinatales y la desnutrición entre las 10 principales causas de defunción en varios países latinoamericanos y en zonas dentro de otros países, hecho que refleja la elevada proporción de defunciones infantiles, ya que la mayoría se produce en los primeros años de vida.

**La salud materna.** Muchos expertos en salud pública consideran que, además de la esperanza de vida, la situación de la salud en un país se puede determinar mejor por el marcador de la supervivencia materna: “si disminuye la tasa de mortalidad materna, se puede suponer que los otros problemas de salud de la población también están mejorando; por el contrario, cuando la mortalidad materna permanece sin cambios, otros intentos de mejorar la salud de la población tendrán en definitiva muy pocos efectos sobre el bienestar de la población” (17). Cada año, más de 22.000 mujeres de América Latina y el Caribe mueren por complicaciones del embarazo y el parto. La mayoría de esas defunciones podrían prevenirse si se contara con intervenciones apropiadas durante el embarazo, el parto y el período posnatal (18). Además, si bien la mortalidad materna se ha reducido considerablemente en la Región en los últimos decenios, en cinco países la

tasa de mortalidad materna supera la tasa registrada hace 60 años en los Estados Unidos. Las Américas todavía tenían una tasa de 70 defunciones por 100.000 nacidos vivos en 2006 y, si consideramos únicamente a América Latina y el Caribe, la tasa se eleva a 91,1; en Haití se registró la más elevada, 523 defunciones por 100.000 nacidos vivos, y en Chile, la más baja, con 17,3 defunciones (1). La figura 5 muestra la magnitud de la desigualdad de la mortalidad materna en las Américas: el 20% más pobre de la población de la Región concentra 50% de las defunciones maternas, mientras que al quintil más rico corresponden sólo 5% de esas defunciones (índice de concentración de la desigualdad = -0,43). Los embarazos en adolescentes, en su mayoría no planeados, han llegado a 20% del total de embarazos en muchos países, situación que evidentemente implica retos para esas futuras madres y sus hijos.

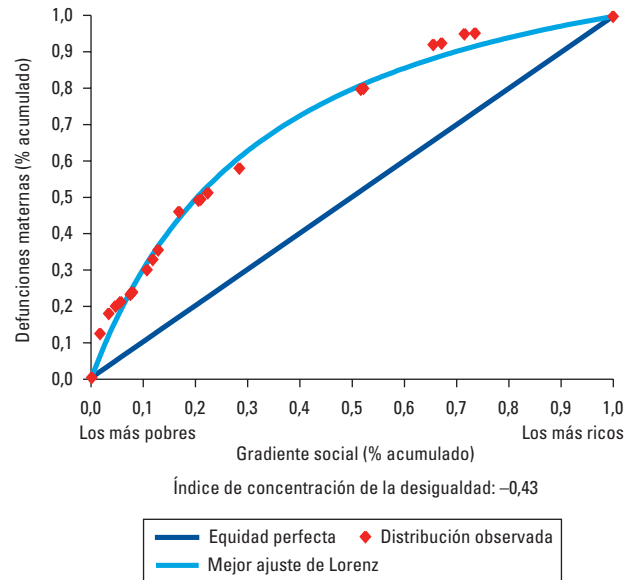
Como se expresa en el quinto ODM, la comunidad mundial se ha comprometido a reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna. Con ese propósito, la Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas en las Américas se basa en firmes convicciones:

... la muerte materna es evitable; se sabe qué intervenciones son eficaces, y que la inversión en maternidad sin riesgo no solo reducirá la mortalidad y la discapacidad maternoinfantil, sino que también contribuirá a la mejor salud, calidad de vida y equidad para las mujeres, sus familias y las comunidades. Las intervenciones de maternidad sin riesgo figuran entre las más eficaces en función de los costos del sector, en particular en atención primaria (19).

Las persistentes desigualdades en el acceso a los servicios y recursos de salud son factores que influyen en la supervivencia materna e infantil en las Américas (figura 6). Indicadores esenciales de salud, como la disponibilidad de médicos por habitantes, la proporción de partos asistidos por personal calificado, la prevalencia del bajo peso al nacer y el gasto público en salud como proporción del producto interno bruto están distribuidos en forma desigual en los quintiles del ingreso de la población de la Región, donde los más desfavorecidos desde el punto de vista socioeconómico corren riesgos desproporcionadamente más altos. No obstante, hay que señalar que en las Américas el porcentaje de partos asistidos por personal de salud calificado es mayor que en el resto del mundo: en 2004, siete de cada ocho partos en las Américas fueron asistidos por personal de salud calificado.

**La nutrición.** Un indicador importante del estado nutricional de un país es la proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer, es decir, con un peso inferior a 2.500 gramos. El peso al nacer depende en gran medida del estado de nutrición de la madre durante el embarazo y antes de la concepción. En ese sentido, el peso al nacer también se convierte en un indicador indirecto para evaluar la nutrición materna y, hasta cierto punto, para pronosticar el desarrollo futuro del niño.

**FIGURA 5. Desigualdades en la salud materna: curva de concentración e índice de la mortalidad materna en las Américas, alrededor de 2005.**

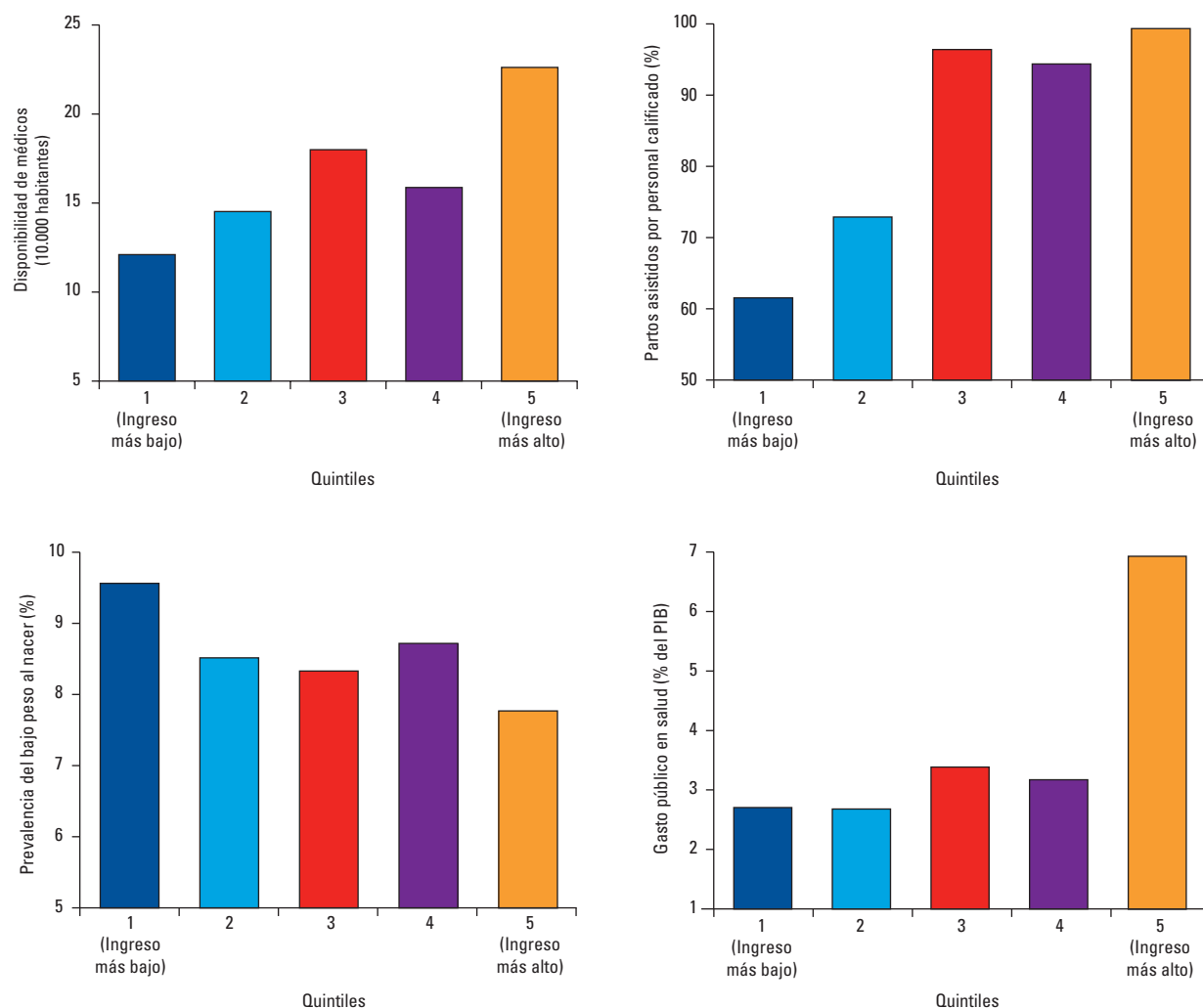


**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2006.

De las dos formas de deficiencia del crecimiento del niño, la de la talla y la del peso, la deficiencia de la talla, o retraso del crecimiento, es de tres a seis veces más frecuente en América Latina y el Caribe. Como la insuficiencia del peso se puede revertir, mientras que el retraso del crecimiento es permanente, los niños que sufren este retraso corren el riesgo de tener sobrepeso, lo cual los expone a un mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas en la edad adulta. El retraso del crecimiento puede producirse en los dos primeros años de vida y ese período es el más oportuno para prevenir el retraso mediante una nutrición adecuada. En general, los datos sobre las tendencias muestran una declinación muy lenta de la prevalencia del retraso del crecimiento. Brasil es el país con la reducción más considerable, 60% en 10 años, seguido de Colombia y la República Dominicana, con reducciones algo superiores a 40% en un período aproximadamente similar. Sin embargo, preocupa que, en 2000, sufrían retraso del crecimiento uno de cada dos niños en Guatemala y uno de cada tres en Bolivia, Honduras y Perú (capítulo 2).

**La prevención y el control de enfermedades endémicas locales.** A pesar de una reducción de su incidencia, la **malaria**, una enfermedad evitable, continúa constituyendo un importante problema de salud pública. Más de un millón de personas —en su mayoría niños menores de 5 años— mueren cada año por esa enfermedad que en las Américas es la causa de 0,4% de las defunciones de niños menores de 5 años (20). Todavía se produce la

**FIGURA 6. Desigualdades en los servicios y recursos de salud y el acceso a ellos, por quintiles de ingreso en las Américas, alrededor de 2005.**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2006.

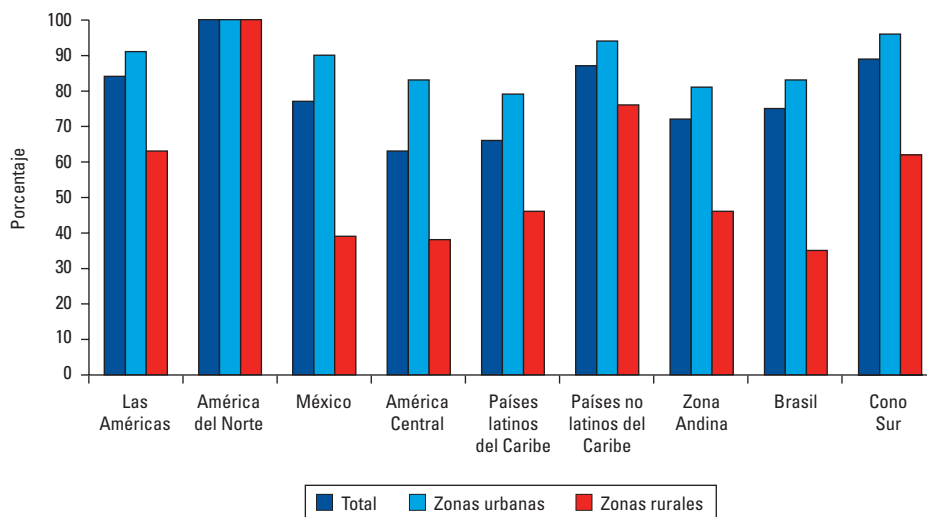
transmisión de la malaria en 21 países de las Américas y se estima que 250 millones de personas viven en zonas donde existe el riesgo de transmisión, 40 millones de las cuales residen en zonas de riesgo moderado y alto. Anualmente se notifican alrededor de un millón de casos, tres cuartas partes de los cuales son causados por el parásito principal, *Plasmodium vivax* (21).

En los últimos años, han estado aumentando los casos de **dengue**, que subieron de casi 400.000 en 1984 a más de 430.000 en 2005 (1). Transmitido por el mosquito *Aedes aegypti*, el dengue se propaga en zonas con saneamiento deficiente y precipitación elevada; no existe ninguna vacuna ni cura para la enfermedad y la mejor medida para evitarla es mantener las viviendas libres de sitios de cría del mosquito. En enero de 2007, Paraguay declaró

una alerta epidemiológica cuando comenzaron a surgir casos nuevos de dengue; a comienzos de febrero, se habían notificado unos 9.000 casos de dengue, incluyendo 40 casos de dengue hemorrágico, que indujeron a declarar una emergencia nacional. Como resultado, las autoridades sanitarias de Paraguay, Argentina, Brasil y Bolivia intensificaron la prevención en las zonas fronterizas, incrementando las medidas de vigilancia y control.

Una prioridad permanente de salud en todas las Américas, la **tuberculosis** afecta a más de 350.000 personas y cada año mata a 50.000. La tasa de morbilidad por tuberculosis en la región era de 26,8 por 100.000 en 2004 y en países latinos del Caribe y de la Zona Andina se informaron tasas de hasta 61,5 y 55,5 por 100.000, respectivamente. Esta situación es agravada por la coinfección de

**FIGURA 7. Proporción de las poblaciones total, urbana y rural que usan servicios mejorados de saneamiento, Región de las Américas, principales subregiones y países seleccionados, 2002.**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2006.

tuberculosis y el VIH y por la resistencia de la tuberculosis al tratamiento multimedicamentoso, que dificulta los intentos de controlar la enfermedad en toda la Región.

Las así llamadas **enfermedades tropicales descuidadas**, que pueden causar dolor agudo, desfiguración e incapacidad, varían en cuanto a su distribución, pero están directamente vinculadas con la pobreza, la desnutrición, la falta de educación y el desempleo. Representan una carga sustancial para los 568 millones de personas que viven en América Latina y el Caribe, donde se estima que actualmente están infectadas las siguientes cantidades de personas (cuando procede, se indica el porcentaje de la población total en 2005):

**Enfermedad de Chagas:** 18 millones (3,2%)

**Tricuriasis:** 99 millones (17,6%)

**Ascariasis:** 82 millones (14,6%)

**Esquistosomiasis:** 3 millones de casos en Brasil (1,6% de la población total del país)

**Lepra:** 86.652 casos

**Anquilostomiasis:** 34 millones (6%)

**Leishmaniasis:** 60.000 casos de la forma cutánea de la enfermedad fueron notificados en Brasil en 2003 y, en 2004, se comunicaron 3.500 casos de la forma visceral

**Oncocercosis:** en total, 63 casos nuevos notificados en 2004 en Colombia, Ecuador, México y Guatemala (0,3%)

**Filariasis linfática:** 720.000 casos, principalmente en Haití (8,4% de la población total del país)

**Tracoma:** de los 150.000 casos examinados en Brasil en 2004, 10.000 resultaron positivos

La ausencia de procedimientos ordinarios de vigilancia epidemiológica y colección de datos sobre las enfermedades descuidadas en casi todos los países de América Latina y el Caribe hacen muy difícil estimar con precisión la carga de morbilidad, salvo en el caso de la lepra (22).

**Agua potable y saneamiento básico.** La disponibilidad de agua potable ha mejorado en las Américas desde 1990, pero esa mejora no ha avanzado de manera uniforme en toda la Región. Para 2002, 93% de la población de las Américas usaba mejores fuentes de agua potable, mientras que la cobertura del abastecimiento en América del Norte (los Estados Unidos y Canadá) era de 100%, en América Central, de 83% y, en esta subregión, la proporción de la población que usaban mejores fuentes de agua potable en Guatemala era de solamente de 75%. Las diferencias son mayores entre las poblaciones de las zonas urbanas y las rurales. En Brasil, por ejemplo, la proporción de la población urbana que usa fuentes mejoradas de agua potable llega a 96%, mientras que solo 58% de la población de las zonas rurales tienen abastecimiento de agua potable. Los servicios básicos de saneamiento llegan a una proporción aun menor de la población de la Región, 84%, y, además de las marcadas diferencias entre las zonas urbanas y rurales, la cobertura total (zonas urbanas y rurales) en América Central y los países latinos del Caribe es mucho más baja en comparación con otras subregiones, de 63% y 66%, respectivamente (figura 7). La situación es crítica en zonas rurales de algunos países, como Guatemala, Belice, Haití y Bolivia, donde la cobertura de los servicios de saneamiento en las zonas rurales varía entre 17% y 23%. En el capítulo 3 se des-

**“La hipertensión es una enfermedad silenciosa pero muy peligrosa, que afecta a más de 140 millones de hombres y mujeres de todos los orígenes étnicos en la Región de las Américas.”**

**Mirta Roses, 2003**

cribe la relación entre la cobertura del abastecimiento de agua y de servicios de saneamiento y los índices de salud y desarrollo humano. Entre otros ejemplos de esa relación, podemos mencionar que la tasa de mortalidad infantil por enfermedades diarreicas en la Región fue de 3,7% y llegó a 7,8% en la subregión andina en 2000–2005.

En síntesis, si bien están en marcha grandes avances en la ciencia y la tecnología, no toda la humanidad se beneficia con ellos. Todavía existe una brecha entre las tasas previstas (para 2015) y las reales (en 2005) de reducción de la mortalidad infantil y dentro de cada país hay otras brechas en las tasas. Si bien el progreso ha sido extraordinario —se han erradicado o eliminado enfermedades y se ha fortalecido la infraestructura de salud pública— no ha sido uniforme. En algunos países, una proporción considerable de la población vive en distritos donde la cobertura de la inmunización sigue siendo inferior a 95%. Todavía se producen brotes esporádicos de difteria y tos ferina a causa de una acumulación de niños vulnerables pasados por alto por los programas ordinarios de vacunación. Esta acumulación también expone a los países al riesgo de grandes brotes de sarampión cuando se producen importaciones del virus de sarampión, como sucedió recientemente en Venezuela (2001–2002), Colombia (2002) y México (2003–2004). Si bien se ha avanzado hacia el logro de la meta de salud para todos, la agenda sigue inconclusa.

## PROTEGER LOS AVANCES EN MATERIA DE SALUD

Las mejoras en la salud humana en las Américas durante más de un siglo y medio han sido profundas, extensas y sin precedentes:

Después de 1840, la tendencia ascendente de la longevidad prosiguió con una tasa sorprendentemente sostenida y uniforme de aumento de 2,5 años por decenio durante los siguientes 160 años. . . Aun cuando la esperanza de vida en los países de altos ingresos supera a la de las regiones en desarrollo, es notable la convergencia. En 1910, por ejemplo, un varón nacido en los Estados Unidos podía esperar vivir 49 años, pero, si hubiera nacido en Chile, su esperanza de vida habría sido de solamente 29 años. En contraste, para fines de los

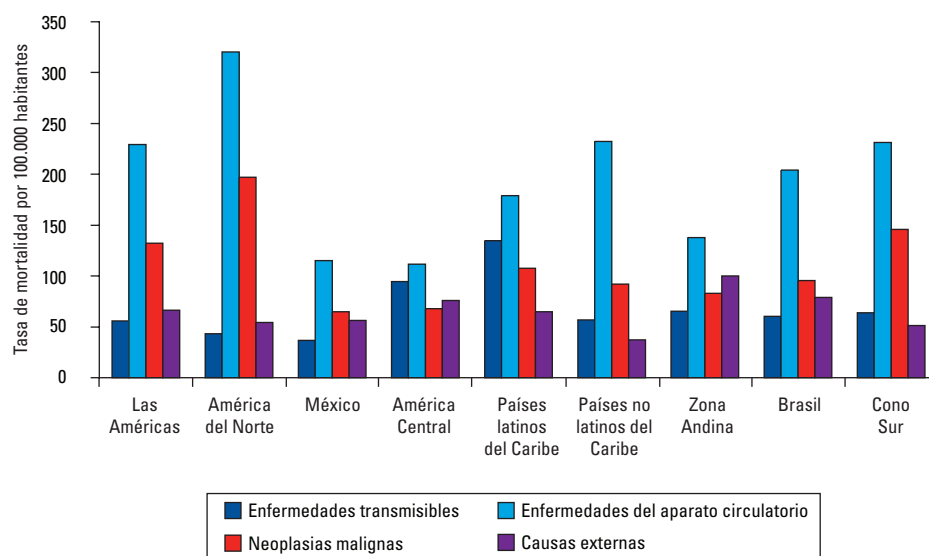
años noventa, la esperanza de vida de los estadounidenses había llegado a 73 años y la de los chilenos, a los 72 años (23).

Los avances han continuado después de los años noventa. La mortalidad de los lactantes y los niños se ha reducido considerablemente: la mortalidad de los menores de 5 años disminuyó de 54 por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 25 por 1.000 en 2005, una reducción de 54%. La tasa de mortalidad de lactantes bajó de 42 a 19 por 1.000 nacidos vivos (entre 2001 y 2005, según el país). Enfermedades que antes podían acabar con poblaciones enteras y dejar a los sobrevivientes desfigurados e inválidos, como la viruela, la poliomielitis, el sarampión y la tuberculosis, ya no causan esos efectos. La esperanza de vida se ha prolongado de 56 años en 1960 a casi 75 años en 2006.

Estos avances pueden ser atribuidos a un mosaico de variables, entre ellas los cambios demográficos; la mayor productividad económica; la urbanización con un mayor acceso a servicios de salud; el aumento del abastecimiento de alimentos; los avances en las ciencias médicas; más y mejores servicios de saneamiento; el fortalecimiento de las instituciones, en especial el progreso técnico en la aplicación de tratamientos sencillos como la terapia de rehidratación oral; la atención preventiva, como una mejor higiene y la vacunación; los métodos innovadores de tratamiento de algunas enfermedades transmisibles, como la estrategia del tratamiento breve bajo observación directa (DOTS); innovaciones institucionales y administrativas en los servicios de salud pública; la capacitación y la vigilancia epidemiológica; más financiamiento de las intervenciones de salud; el seguro social; mayor productividad agrícola; infraestructura y educación, y cambios sociales tales como las mejoras en la situación de las mujeres. A medida que los países han aprovechado los avances técnicos, han experimentado un progreso proporcional en la salud.

Ciertamente, una de las principales razones de las extraordinarias mejoras en la supervivencia infantil en las Américas es el éxito de los programas nacionales de inmunización (para un análisis en profundidad de la situación de las enfermedades inmunoprevenibles, véase el capítulo 2). De todas las regiones del mundo, las Américas fue la primera en erradicar la viruela y la poliomielitis y eliminar el sarampión y el tétanos neonatal al lograr elevadas tasas de cobertura de inmunización. Gracias a estos esfuerzos, los pueblos de las Américas viven ahora libres de la poliomielitis y el sarampión autóctonos; el tétanos neonatal, la difteria y la tos ferina han sido controlados adecuadamente; ha aumentado considerablemente la cobertura de protección contra la rubéola y nuevas vacunas han sido agregadas a los programas nacionales de inmunización y se ha sostenido su aplicación. Los esfuerzos de los países por reducir la mortalidad de niños y lactantes han permitido evitar las defunciones de millones de niños. El objetivo es ahora mantener los logros de la inmunización y llegar a las personas que no han sido beneficiadas con las vacunas existentes y las nuevas.

**FIGURA 8. Tasas estimadas de mortalidad por grupos amplios de enfermedades en la Región de las Américas, las principales subregiones y países seleccionados, 2002–2004.**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Situación de la Salud en las Américas. Indicadores básicos, 2006.

Con el fin de proteger el progreso logrado, los países tendrán que persistir en sus esfuerzos de ampliar las tasas de cobertura de sus programas nacionales de inmunización. Los avances en materia de salud no son necesariamente acumulativos ni permanentes y es preciso manejar y mantener los factores que los sustentan. De otro modo, el progreso alcanzado en salud puede detenerse e, incluso, revertirse. En algunos países se han producido brotes de enfermedades inmunoprevenibles debido a la reducida cobertura de la inmunización. Las crisis económicas pueden provocar desnutrición en la población en general. Además, el progreso sostenido en salud puede ser amenazado por reducciones en las inversiones en salud, desastres naturales, guerras, violencia y otras formas de perturbación social y la aparición de nuevas enfermedades y riesgos. El objetivo debe ser fortalecer las instituciones nacionales que asegurarán que los logros en materia de salud en las Américas continúen y se extiendan a toda la Región. Para proteger los avances alcanzados en la Región, será necesario:

- Fortalecer y ampliar los programas de vacunación
- Mantener el DOTS para la tuberculosis
- Suministrar sangre segura
- Garantizar la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria
- Estar exentos de la fiebre aftosa
- Mitigar el impacto de las situaciones de emergencia y los desastres
- Generar datos básicos de salud
- Mejorar los sistemas de vigilancia epidemiológica

- Vigilar y analizar las desigualdades en materia de salud
- Compartir la información y los conocimientos sobre la salud

## ENFRENTAR LOS NUEVOS RETOS

El perfil epidemiológico de las Américas ha experimentado considerables cambios en los últimos decenios, ya que muchos de los antiguos problemas de salud pública han sido resueltos, mientras que surgen otros nuevos y vuelven a aparecer algunos antiguos. En los próximos 10 años, las defunciones por enfermedades crónicas aumentarán en 17% y, lo que es más alarmante, las defunciones causadas por la diabetes aumentarán casi 80% (24). El aumento previsto en la carga de enfermedades crónicas es atribuible al envejecimiento de la población y a los comportamientos y elecciones poco saludables que hacen los individuos y las comunidades, que se vinculan con una nutrición deficiente, el sobrepeso y la obesidad, y con el consumo de tabaco y alcohol. Como se describe en el capítulo 2 de esta publicación, en casi todos los países las enfermedades degenerativas crónicas han sustituido a las enfermedades transmisibles como principales causas de morbilidad, discapacidad y muerte, excepto en Haití, donde las enfermedades transmisibles siguen siendo la principal causa de mortalidad, con una tasa total estimada de 351,2 defunciones por 100.000, seguidas de las enfermedades del aparato circulatorio, con una tasa de mortalidad de 227,9 por 100.000 (25). Las enfermedades del aparato circulatorio, las neoplasias malignas, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes se han



convertido en las principales causas de defunción, junto con causas externas como los accidentes, los homicidios y otras formas de violencia (figura 8).

Un análisis de la carga de morbilidad en las Américas en 2006 indica que las principales causas de defunción que tienen el mayor efecto en cuanto a años de vida perdidos en los hombres son la diabetes, el sida y los homicidios; sin embargo, sus efectos se producen en distintos grupos de edad: los homicidios son un problema fundamental de los jóvenes y los adultos, el sida, de los adultos, y la diabetes, de las personas de 50 o más años de edad. La carga de morbilidad en las mujeres muestra un patrón diferente: las principales causas son la diabetes, el sida y el cáncer de los pulmones; la diabetes afecta sobre todo a las mujeres de más de 45 años de edad, el sida, a las mujeres jóvenes, y el cáncer de los pulmones, vinculado con una nueva modalidad de consumo de tabaco entre las mujeres, a las mujeres de más de 45 años de edad. Las causas externas —en especial los homicidios y los accidentes de transporte terrestre— y la infección por el VIH/sida provocan muchas más defunciones entre los hombres que entre las mujeres, principalmente en los jóvenes, y son entonces la principal razón de que la esperanza de vida haya aumentado más en las mujeres que en los hombres, aumento que es de cinco a ocho años en varios países (26).

En los últimos 10 años, y en gran medida debido a la creciente permeabilidad de las fronteras transnacionales, enfermedades que una vez se pensó que habían sido controladas —como la tuberculosis, la malaria, el dengue, la peste y la fiebre amarilla— han reaparecido, mientras que enfermedades transmisibles relativamente nuevas —como la infección por el VIH/sida, el SARS y, más recientemente, la fiebre del Nilo Occidental y la nueva variante de la influenza aviaria (causada por el virus H5N1)— se están convirtiendo en importantes amenazas para la salud.

Después de los casos de bioterrorismo vinculados con el carbunco notificados en varias ciudades de los Estados Unidos durante 2001, se preveía que continuarían estas amenazas y que pondrían a prueba los sistemas nacionales de vigilancia y respuesta. La detección temprana de un ataque bioterrorista es fundamental para disminuir los casos de enfermedad y las defunciones, en especial cuando se trata de un ataque encubierto con un agente biológico. Es preciso contar con un mejor conocimiento de la distribución geográfica, la incidencia y las características epidemiológicas de posibles agentes endémicos del bioterrorismo, en particular las zoonosis, para iniciar investigaciones de un presunto brote o ataque terrorista.

La preocupación por las amenazas para la salud resultantes del uso excesivo de antibióticos crece en las Américas, en particular en los países de América Latina, donde los antibióticos están a disposición del público sin necesidad de una receta médica. El uso excesivo de antibióticos en pacientes ambulatorios ha contribuido a la aparición y propagación de bacterias resistentes a los antibióticos en muchas comunidades; importantes agentes patógenos comunes, como *Mycobacterium tuberculosis*, *Esche-*

*richia coli*, *Salmonella* spp., *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pneumoniae* han desarrollado resistencia a los medicamentos antibacterianos de uso ordinario, lo cual complica el tratamiento de las enfermedades que provocan. Por otra parte, las infecciones transmitidas por los alimentos que son resistentes a los antimicrobianos debido al uso inadecuado de antibióticos en la producción de animales, han contribuido a la aparición de resistencia en *Salmonella* spp. y *Campylobacter jejuni*. Si bien se están desarrollando nuevos marcadores biológicos y tecnologías de microensayo del ADN, el reto que subsiste es idear una tecnología sencilla y computarizada de diagnóstico que permita la rápida identificación de la resistencia a los antimicrobianos poco después de la aparición de los síntomas (27). Si bien el empleo de nuevos agentes antimicrobianos y el mejor uso de los medicamentos antimicrobianos actualmente disponibles se convertirán en la norma general en los países de altos ingresos, lo cual conducirá al tratamiento adecuado y complicaciones poco frecuentes, los pobres no contarán con un tratamiento adecuado para las infecciones resistentes a los antimicrobianos, con lo cual se perpetuarán las desigualdades en materia de salud. Así sucede ya con la epidemia de infección por el VIH/sida, que, a pesar de la buena cobertura con medicamentos antirretrovíricos en las Américas, se proyecta que se expandirá en los grupos más pobres de la población (27).

**El envejecimiento de la población.** En la mayoría de los países de las Américas, la población está envejeciendo debido a las esperanzas de vida más prolongadas o a la estabilización de las tasas de fecundidad. En los últimos 25 años, la esperanza de vida al nacer en las Américas ha aumentado 17 años y el promedio de esperanza de vida supera los 70 años, con una diferencia de siete años en el promedio entre los países de América del Norte y los de América Latina y el Caribe. De los habitantes de América Latina y el Caribe nacidos actualmente, 78,6% vivirán más de 60 años y cuatro de cada 10 vivirán más de 80 años. Las personas de edad avanzada plantean mayores demandas de servicios de salud porque requieren una atención más frecuente e integral y necesitan servicios relacionados con el tratamiento de enfermedades crónicas y discapacidades. La evaluación de las políticas sanitarias y del desempeño de los servicios de salud para los ancianos debe procurar aumentar los años de vida libres de discapacidades después de los 60 años de edad (28).

**Modos de vida poco saludables, comportamientos que implican riesgos y enfermedades no transmisibles.** Algunos de los principales factores responsables del aumento de enfermedades no transmisibles son los modos de vida poco saludables. Los hábitos alimentarios de la población de las Américas están cambiando: cada vez más, las personas consumen menos frutas, verduras, leguminosas, granos enteros y cereales, y más alimentos elaborados, leche, cereales refinados, carnes y azúcar. La nutrición deficiente se complica más por la carencia de micronutrientes

como yodo, vitamina A, hierro, zinc y folatos. Al mismo tiempo, entre 30% y 60% de la población de las Américas no alcanzan los niveles mínimos recomendados de actividad física. El cambio de ocupación desde el trabajo manual y la agricultura al sector de servicios en la mayor parte de la Región implica que en general está disminuyendo la actividad física. Esa disminución ha sido agravada por la mayor urbanización, el transporte motorizado y la introducción de dispositivos que ahorran trabajo y computadoras en los hogares. Esta conjunción de alimentación deficiente y estilos de vida sedentarios conducen a una epidemia de enfermedades no transmisibles en los adultos (véase el capítulo 2). Según la OMS, de los 6,2 millones de defunciones que se estima que se han producido en la Región en 2005, más de tres cuartas partes se vinculan con enfermedades crónicas y, en los próximos 10 años, 53 millones de personas morirán por una enfermedad crónica. Por lo menos 80% de las cardiopatías prematuras, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes del tipo 2 y 40% de las neoplasias malignas en las Américas podrían prevenirse mediante una alimentación sana y la actividad física habitual, y evitando el consumo de productos del tabaco; se estima que las tasas de defunciones por enfermedades crónicas podrían disminuir 2% al año en los próximos 10 años, con lo cual se salvarían casi 5 millones de vidas (24). Un estudio reciente que incluyó a más de 3.000 jóvenes de 26 países en desarrollo —incluidos Argentina, Brasil, Honduras, México, Perú y República Dominicana— seleccionó “llevar un modo de vida sano” como uno de los cinco elementos esenciales en la vida que podían influir en el futuro de los jóvenes: “Se ha estimado que casi dos terceras partes de las defunciones prematuras y una tercera parte de la carga total de morbilidad de los adultos pueden estar vinculadas con condiciones o comportamientos que se iniciaron en la juventud” (29). Nuevamente, esas condiciones o comportamientos, muchos de ellos relacionados entre sí, incluyen el hábito de fumar, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, el uso de drogas, los accidentes de transporte terrestre, las relaciones sexuales no seguras, la violencia, los modos de vida sedentarios y la nutrición deficiente. A menos que se reviertan esas tendencias, será enorme el impacto sobre la salud en el futuro y habrá una abrumadora demanda de servicios de salud.

**El sobrepeso y la obesidad.** Los cambios en los patrones de consumo junto con la menor actividad física se vinculan con un aumento de la prevalencia del sobrepeso (un índice de masa corporal igual o superior a 25 y menor a 30 kg/m<sup>2</sup>) y la obesidad (un índice de masa corporal igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup>). Encuestas realizadas en países latinoamericanos y del Caribe en 2002 encontraron que entre 50% y 60% de los adultos y entre 7% y 12% de los niños menores de 5 años tenían sobrepeso o eran obesos. En Argentina, Colombia, México, Paraguay, Perú y Uruguay, más de la mitad de la población tiene sobrepeso y más de 15% son obesos. Un hecho aun más preocupante es que la tendencia se está extendiendo entre los niños de la Región: en Chile, México y

---

*“A pesar de los significativos esfuerzos realizados para mejorar los servicios de salud materna en la Región, incluso con la introducción en años recientes de seguros para cubrir el costo de la atención maternoinfantil, las tasas de mortalidad materna se han reducido muy poco en la última década.”*

Mirta Roses, 2004

---

Perú, uno de cada cuatro niños de 4 a 10 años de edad tiene sobrepeso. Se prevé que, para 2015, la prevalencia del sobrepeso en las Américas habrá aumentado tanto en los hombres como en las mujeres. En los Estados Unidos, 64% de los adultos tienen sobrepeso y 30,5% son obesos. Canadá está un poco más atrás que los Estados Unidos: 50% de los adultos canadienses tienen sobrepeso y 13,4% son obesos (30).

**La diabetes.** En 2006, se estimó que 35 millones de personas eran diabéticas en las Américas y se prevé que esa cantidad aumentará a 64 millones para 2025. El aumento previsto en la prevalencia de la diabetes es paralelo al incremento de la prevalencia de la obesidad, un importante factor de riesgo de diabetes. Se estima que en 2003 la diabetes estuvo vinculada con 300.000 defunciones en América Latina y el Caribe. En las mujeres de todas las edades y en casi todos los países de las Américas, la diabetes es una de las tres principales causas de defunción. Las tasas de prevalencia más altas se presentan en los adultos del Caribe: la prevalencia de la diabetes varía de 18% en Jamaica y 17% en Barbados a un estimado 8% en América del Sur y 6% en América Central (31). Se calcula que el costo social total de la diabetes en América Latina y el Caribe es de US\$ 65.000 millones.

**El tabaco.** La OMS ha estimado que el tabaco es la segunda causa de defunciones evitables, después de la presión arterial elevada, y que provoca 900.000 defunciones al año en las Américas (véase el capítulo 3). Si continúan las tendencias actuales, el tabaco provocará la muerte de más de mil millones de personas en el siglo XXI. En 2006, más de 20% de los jóvenes de 13 a 15 años de edad de las Américas habían consumido tabaco, una prevalencia que es la más alta en el mundo para ese grupo de edad (32); más de 70% de los fumadores de la Región comenzaron a fumar antes de los 18 años de edad. En 2000, la prevalencia del hábito de fumar entre los jóvenes de 13 a 15 años de edad variaba entre 14% y 21% en los países del Caribe y 40% en el Cono Sur. En los Estados Unidos y Canadá, casi una cuarta parte de los jóvenes fumaban. Se estima que el consumo de tabaco actualmente causa un millón de defunciones al año en las Américas, y el Cono Sur tiene la tasa más alta de mortalidad provocada por el tabaco. Se calcula que una tercera parte de las defunciones por cardiopatías y neoplasias malignas en la Región son atribuibles al consumo de tabaco. Cada vez más concentrado en los países más po-

**CUADRO 2. Prevalencia (en 2006 y proyecciones para 2050) de la enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe, en América del Norte y en todo el mundo, por etapa de la enfermedad.**

	Prevalencia (millones de casos)					
	2006			2050		
	Total	Etapa temprana	Etapa tardía	Total	Etapa temprana	Etapa tardía
América Latina y el Caribe	2,03	1,14	0,89	10,85	5,99	4,86
América del Norte	3,10	1,73	1,37	8,85	4,84	4,01
En todo el mundo	26,55	14,99	11,56	106,23	58,75	47,48

**Fuente:** Ron Brookmeyer, Elizabeth Johnson, Kathryn Ziegler-Graham y H. Michael Arrighi, "Forecasting the Global Burden of Alzheimer's Disease", Johns Hopkins University Department of Bioestistics Working Paper 130, 2007.

bres y en los pobres dentro de esos países, el consumo de tabaco se vincula con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer y cardiopatías; contribuye considerablemente al asma y las defunciones por tuberculosis y se prevé que causará un aumento exponencial de las defunciones, de 6,4 millones de personas al año para 2015, 50% más que la infección por el VIH/sida.

**El alcoholismo.** Por su parte, se ha comprobado que, entre 27 factores diferentes de riesgo, el alcoholismo es el principal factor determinante de la carga de morbilidad en las Américas (capítulo 3). La ebriedad, la dependencia del alcohol y el daño biológico provocados por el consumo de bebidas alcohólicas pueden tener consecuencias sociales y para la salud a largo plazo. "Cada año, las enfermedades vinculadas con el consumo de alcohol son la causa de alrededor de 4% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) a nivel mundial y de 8,8% de los AVAD en América Latina y el Caribe" (33).

**Las neoplasias malignas.** Las neoplasias malignas son responsables de una quinta parte de la mortalidad por todas las enfermedades crónicas en las Américas y provocaron unas 459.000 defunciones en 2002. Esto representa un aumento de una tercera parte de las defunciones por neoplasias malignas desde 1990. Los cánceres de los pulmones y de colon están incluidos en las 10 principales causas de defunción en muchos países de las Américas. Los cánceres de próstata, de mama y uterino son también causas importantes de defunción en varios países de América Latina. En América del Norte, el cáncer del tejido linfático es una de las 10 principales causas de defunción en la población en general y está entre las cinco causas principales en el grupo de 5 a 24 años de edad (26).

**Enfermedades del aparato circulatorio.** Las enfermedades del aparato circulatorio en conjunto representan aproximadamente 20% del total de defunciones en las Américas, el porcentaje más alto entre las causas principales de defunción en todos los

países de la Región. En ese grupo, la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular son las más importantes. Las enfermedades hipertensivas y la insuficiencia cardíaca también se destacan como causas importantes de defunción; entre 8% y 30% de la población de las Américas sufren hipertensión, un fuerte factor independiente de riesgo de cardiopatía y accidente cerebrovascular. En México, que ha realizado encuestas sobre los factores de riesgo, se ha producido un aumento de la prevalencia de la hipertensión de 26% en 1993 a 30% en 2000 (26). Estas enfermedades siempre se presentan entre las cinco a 10 causas principales de defunción de la población en general (incluidos ambos sexos).

**Los problemas de salud mental.** Los problemas de salud mental afectan tanto a los jóvenes como a los ancianos de la Región, si bien en forma diferente. En 2000, el suicidio, el indicador más confiable de problemas de salud mental, fue la tercera causa principal de defunción en el grupo de 10 a 19 años de edad y la octava causa principal en los adultos de 20 a 59 años de edad en las Américas en general. La enfermedad de Alzheimer y la demencia cerebrovascular constituyeron la décima causa principal de defunción en toda la población de las Américas y la octava causa en las personas de 60 y más años de edad. La enfermedad de Alzheimer y la demencia cerebrovascular fueron una de las principales causas de defunción en Canadá, Chile, Cuba, los Estados Unidos, Puerto Rico y Uruguay. Se prevé que la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer en las Américas —estimada en 2,0 millones de casos en América Latina y en 3,1 millones de casos en América del Norte— aumentará a medida que envejezca la población de los países. Más de 26 millones de personas de todo el mundo sufren la enfermedad de Alzheimer y se espera que esa cantidad se cuadruplicará a 106 millones para 2050, con casi 9 millones en América del Norte y casi 11 millones en América Latina y el Caribe (cuadro 2).

**Lesiones y defunciones causadas por accidentes de tránsito terrestre.** En 2002, en las Américas se registraron aproxima-

damente 374.000 defunciones provocadas por accidentes de tránsito terrestre y cada año cientos de miles de personas sufren lesiones e incapacidades a causa de estos accidentes (capítulo 3). Las lesiones por accidentes de tránsito terrestre ocuparon el noveno lugar como principal causa de defunción en la Región en general durante 2002. En ese mismo año, los países de ingresos bajos y medianos de las Américas tuvieron tasas de mortalidad por lesiones en accidentes de tránsito terrestre de 16 defunciones por 100.000 habitantes, mientras que en los países de altos ingresos la tasa fue de 15 defunciones por 100.000 habitantes (34).

**La violencia.** En 2002, en la Región de las Américas hubo aproximadamente 384.000 homicidios y 179.000 suicidios (capítulo 3). En países donde los accidentes de tránsito terrestre no son la primera causa de defunción de varones adolescentes y jóvenes, el homicidio ocupa el primer lugar. Las tasas de homicidios por 100.000 habitantes superan niveles altos o críticos en varios países, en particular Brasil (28), Venezuela (35), Jamaica (44), El Salvador (45), Guatemala (50), Honduras (55) y Colombia (65). La cantidad de delitos violentos está aumentando en toda la Región, lo cual pone en peligro las condiciones de salud y sobrecarga los servicios de salud. Alrededor de una de cada tres mujeres de América Latina y el Caribe ha sido víctima de violencia sexual, física o psicológica a manos de familiares (cuadro 3). La violencia contra las mujeres no solo representa una enorme carga para la salud pública sino que también obstaculiza el desarrollo social y económico al impedir que las víctimas contribuyan cabalmente al progreso de sus comunidades.

**Las amenazas que se presentan.** La propagación internacional de enfermedades infecciosas plantean problemas para la seguridad sanitaria mundial, en gran medida debido a factores relacionados con el mundo interconectado e interdependiente de la actualidad. Entre otros factores que originan el riesgo de propagación de esas amenazas se cuentan los movimientos de la población gracias al turismo y la migración o como resultado de desastres; el crecimiento del comercio internacional de alimentos y productos biológicos; los cambios sociales y ambientales vinculados con la urbanización, la deforestación y las alteraciones del clima; y las modificaciones de los métodos de elaboración y distribución de los alimentos y los hábitos de los consumidores. Estos factores demuestran una vez más que los episodios de enfermedades infecciosas en un país o región son en potencia un problema para todo el mundo (35). Otra preocupación es la posibilidad de que se produzcan brotes como consecuencia de la liberación intencional o accidental de agentes biológicos. Las epidemias que se producen en forma natural y las causadas por la liberación de agentes biológicos constituyen una amenaza para la seguridad sanitaria mundial. Además, como resultado del impacto que problemas tales como el SARS, la influenza aviar, la contaminación de alimentos y la resistencia a los plaguicidas

**CUADRO 3. Porcentaje de mujeres que notificaron haber sido víctimas de violencia a manos de familiares en cinco países de las Américas, 2000–2005.**

	Violencia física	Violencia sexual
Bolivia	53	12
Perú	42	10
Colombia	39	12
Ecuador	31	12
Haití	29	17

**Fuente:** Encuestas nacionales demográficas y de salud efectuadas en Bolivia (2003), Perú (2000), Colombia (2005), Ecuador (2004) y Haití (2000).

pueden tener sobre la seguridad y la economía de un país y de la comunidad internacional, ahora la vigilancia de esos posibles problemas debe abarcar muchas áreas y agentes nuevos (36).

Lo nuevo [acerca de la propagación internacional de las enfermedades] es: (1) la gama más amplia de enfermedades “emergentes” o “reemergentes” identificadas; (2) el alcance de los factores globalizantes que las desencadenan; (3) la intervención de actores nuevos en el ámbito de la vigilancia de la salud pública, que aportan preocupaciones económicas o de seguridad; (4) los límites imprecisos entre los riesgos potenciales de brotes naturales e intencionales; y (5) la creciente exigencia del público y los organismos de la prensa de información inmediata. . . . A nivel internacional, no es suficiente reconocer la amenaza mundial de las enfermedades emergentes o reemergentes y concentrarse en una estrategia basada en una vigilancia y una respuesta impulsadas en forma externa. Con una urgencia similar, los preparativos para epidemias futuras tienen que incluir una reestructuración paralela de los sistemas de salud, que incluya los aspectos esenciales de la formación de recursos humanos, la administración y la equidad en el acceso a la atención (37).

**La infección por el VIH/sida.** Después de África subsahariana, el Caribe es la segunda subregión en el mundo más afectada por la infección por el VIH/sida. Se estima que 1,2% de la población del Caribe, unas 250.000 personas, vivían con el VIH en 2006. La epidemia, en gran medida de transmisión heterosexual en el Caribe, se produce en el contexto de marcadas desigualdades entre los sexos y es impulsada por una próspera industria del sexo: la mitad de las personas infectadas son mujeres y las jóvenes son 2,5 veces más propensas a contraer la infección que los hombres jóvenes. Casi tres cuartas partes de ellas están en la República Dominicana y Haití, pero la prevalencia de la infección por el VIH es alta en toda la subregión: de 1% a 2% en Barbados, Jamaica y la República Dominicana; 2% a 4% en las Bahamas, Haití y Trinidad y Tabago. América del Norte tenía una prevalencia estimada en 0,8%, con 1,4 millones de personas infectadas, y

**“Cada año se registran 220.000 nuevos casos de tuberculosis en la Región de las Américas, y mueren más de 50.000 personas a consecuencia de esta enfermedad. La tuberculosis tiene cura, estas muertes son evitables. Sólo con la participación activa y organizada de la comunidad se podrá mejorar el diagnóstico de los casos y más personas podrán curarse. La tuberculosis puede afectar a todos por igual: no reconoce edad, sexo, raza o condición social, pero está estrechamente ligada a la pobreza. Las personas más postergadas son las más vulnerables a la tuberculosis.”**

Mirta Roses, 2004

en América Latina la prevalencia era de 0,5%, con 1,7 millones de personas infectadas. A pesar de las campañas de prevención para reducir el riesgo de infección por el VIH, los avances en el tratamiento y la ampliación de la cobertura del tratamiento para prolongar las vidas de las personas que viven con el sida, la pandemia de infección por el VIH/sida continúa siendo uno de los principales retos para la salud pública de la Región.

Desde 1981 a 2005, se notificaron oficialmente más de 1,7 millones de casos de sida en las Américas, 38.000 de ellos en menores de 15 años de edad. El porcentaje de mujeres con sida notificado en las Américas aumentó de 6% del total de casos de sida en 1994 a aproximadamente 31% en 2005 y esta tendencia general se repitió en todas las subregiones. Si bien el número de personas que viven con sida continúa aumentando lentamente en las Américas, la mejor estimación de la cantidad de defunciones por sida en el Caribe ha disminuido entre 2004 y 2006, en gran medida gracias a la obtención de un mejor tratamiento y a la expansión de la cobertura del tratamiento. En muchos países latinoamericanos también se ha producido una reducción del número de defunciones por sida en el último decenio. Sin embargo, en el período 2003–2005, la cantidad de defunciones por sida aumentó de 53.000 a 65.000, lo que significa que, en promedio, cada día 200 personas mueren por la infección por el VIH/sida en América Latina y el Caribe. Las metas para la cobertura con el tratamiento antirretrovírico en las Américas —como parte del compromiso regional con la iniciativa de la OMS “3 X 5”, que implica ampliar el tratamiento a tres millones de personas para fines de 2005— habían sido superadas en 13% al vencerse el plazo establecido. Se estima que, en junio de 2006, tres cuartas partes de las personas que necesitaban el tratamiento antirretrovírico para la infección por el VIH/sida en las Américas lo estaban recibiendo, cobertura que es la más elevada en el mundo en desarrollo. Según los informes de 28 países de las Américas, en 2006 se efectuaron pruebas para detectar la infección por el VIH/sida a más de un millón de personas y también aumentó sustancialmente el acceso a los servicios de orientación, pruebas y prevención de la transmisión de la madre al niño (38–41).

**La influenza pandémica.** Desde la pandemia de influenza de 1918, que mató a decenas de millones de personas en todo el mundo, se han tomado muchas medidas de prevención y control para reducir las probabilidades de una pandemia similar o peor, como la puesta en práctica de la vigilancia de la influenza, la elaboración de vacunas y medicamentos antivíricos y medidas preventivas como la reciente destrucción rápida de 1,5 millones de aves de corral en Hong Kong para controlar la propagación de la influenza aviar. Están en marcha en todo el mundo actividades de vigilancia de desastres y situaciones de emergencia y preparativos para la influenza pandémica, en particular la provocada por el altamente patógeno y mutante virus de la influenza del subtipo H5N1. Hasta el momento, los subtipos de la influenza aviar se han limitado básicamente a la propagación de un ave a otra y en ocasiones se han transmitido a un ser humano y han causado la enfermedad. Todavía no se ha identificado la propagación sostenida de un ser humano a otro de esta influenza; no obstante, existe una seria preocupación de que una cepa peligrosamente patógena del virus mute o adquiera otros genes víricos que le permitan pasar fácilmente de un ser humano a otro. Ciertamente, la influenza aviar, que es sólo la más reciente amenaza seria de influenza, no será la última (42–45).

## RESPONDER A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Para satisfacer las necesidades pendientes de salud, mantener los avances logrados y hacer frente a los retos descritos en las páginas anteriores, se requerirá un enérgico ejercicio de la autoridad en el sector público, la prestación equitativa de los servicios, un financiamiento suficiente del sistema de salud, una masa crítica de trabajadores de salud bien preparados, la coordinación entre los diversos sectores sociales y una sólida alianza en pro de la salud entre los países y la comunidad internacional. En el capítulo 4, “Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud”, se analizan en profundidad los sistemas de salud, el financiamiento de la atención de salud, la legislación sanitaria, los recursos humanos, las funciones esenciales de salud pública, las tecnologías de salud, la información científica en el campo de la salud y la renovación de la atención primaria. En el capítulo 5, “La salud y la cooperación internacional en las Américas”, se presenta información sobre la asistencia oficial para el desarrollo, las asociaciones entre el sector público y el privado, la cooperación técnica entre los países en desarrollo y los procesos de integración regional.

**La gobernanza.** En algunos países, los avances obtenidos mediante los procesos de democratización que se iniciaron en los años ochenta y se afianzaron en los noventa, se han visto comprometidos por recientes crisis políticas, sociales, económicas e

institucionales, entre las cuales se destaca la difundida corrupción. Esas crisis han menoscabado la imagen y la credibilidad de las instituciones públicas y de la clase política en general y, de ese modo, han contribuido a aumentar la inquietud, la violencia y la inseguridad sociales. En algunos países, las promesas de autodefinición, devolución del poder al pueblo y las comunidades y participación efectiva de los ciudadanos no se han cumplido. En otros, donde la facultad de tomar decisiones ha sido transferida en forma incompleta desde el nivel nacional al subnacional, no se ha desarrollado adecuadamente la capacidad institucional local. El otorgamiento de una mayor autonomía de gestión a los organismos públicos no siempre ha dado como resultado servicios mejores y más eficientes. Si bien se ha hablado mucho de la necesidad de aumentar la asistencia por los donantes y transferir soluciones tecnológicas para la salud en el mundo en desarrollo, los países beneficiados tienen que intervenir y hacerse responsables de establecer instituciones que puedan poner en práctica los programas y tecnologías de salud.

Para mejorar la salud pública en los países de las Américas, se requieren estados fuertes, sistemas de salud pública sólidos y una infraestructura adecuada. Las crecientes demandas al sistema de atención de salud están desencadenando una mayor competencia por los limitados recursos. Prever y responder adecuadamente a los numerosos retos epidemiológicos, tecnológicos e institucionales para los sistemas de salud, seguro social y vigilancia exigirá un gobierno y gestión cada vez mejores de esos sistemas. Si bien la reforma del sector salud y la modernización del Estado, ampliamente promovidas en los años noventa, produjeron algunos beneficios y facilitaron la participación de nuevos actores en el sector, en particular del sector privado, la reforma se concentró principalmente en aspectos financieros e institucionales y relegó a un plano secundario problemas críticos de salud pública. Como resultado, se debilitaron la función del gobierno en áreas clave y la capacidad de los ministerios de salud de ejercer su papel rector y llevar a cabo funciones esenciales de salud pública. Actualmente, la reglamentación del sector, que tenga en cuenta sus componentes tanto público como privado, representa un desafío importante y, para hacerle frente, se requerirá abordar las dos más grandes restricciones de la infraestructura sanitaria: la segmentación y la fragmentación (véase el capítulo 4).

La división del sistema de salud en subcomponentes que se “especializan” en distintos grupos de población —la **segmentación**— en general adopta para la prestación de servicios y el seguro las formas de: (1) un subsistema público orientado a los pobres; (2) un subsistema de seguro social que cubre a los trabajadores del sector formal y sus dependientes; y (3) un subsistema privado lucrativo usado principalmente por los sectores con más recursos de la población. Al imponer condiciones al acceso a los dos últimos subsistemas que solo pueden ser satisfechas por los grupos social, ocupacional y económicamente bien ubicados, la segmentación impide o complica la aplicación de intervenciones

de atención de salud eficaces en función de los costos y hacen más difícil llegar a algunos grupos de población, con lo cual se consolidan y afianzan las desigualdades que afectan especialmente a los pobres, los desempleados del sector formal, los indígenas y las mujeres. Los cambios en el mercado laboral, en particular el crecimiento de la economía informal, han agravado esta situación. El origen étnico es un factor que limita el acceso al sistema de salud: en al menos cinco países de la Región —Bolivia, Ecuador, Guatemala, Paraguay y Perú— el hecho de pertenecer a un grupo indígena o hablar solo una lengua indígena constituye una barrera. Como el acceso a los sistemas de salud está vinculado con el empleo en el sector formal, las mujeres sufren una exclusión mayor que los hombres: a causa de sus obligaciones domésticas, más de la mitad de las mujeres de la Región no tienen empleos remunerados y, cuando los tienen, en comparación con los hombres, es más probable que trabajen en el sector informal y en ocupaciones de tiempo parcial por lo general no cubiertas por el seguro social; además, si bien más de 30% de las familias de la Región están encabezadas por mujeres, las mujeres a menudo son dependientes que, junto con sus hijos, están supeditadas a que la persona que tiene cobertura de salud tenga empleo y permanezca en la familia (26).

Cuando hay **fragmentación** de los servicios en el sector salud —es decir, cuando los diferentes subsistemas no funcionan en forma sinérgica y coordinada sino que tienden a ignorarse unos a otros e, incluso, competir entre sí— suele producirse una concentración de la prestación de servicios de salud en los hospitales y en la atención individual, en detrimento de los servicios de salud pública. La fragmentación obstaculiza la aplicación de intervenciones eficaces en función de los costos, hace difícil uniformar la calidad, el contenido, el costo y la aplicación de las medidas de salud y eleva su costo, y estimula la utilización poco eficiente de los recursos dentro del sistema. Esa ineficiencia se manifiesta por la coexistencia de bajas tasas de ocupación en los hospitales en el subsistema del seguro social y altos porcentajes de demanda de servicios no satisfecha en los subsistemas públicos de Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay y República Dominicana. En algunos países, como Bolivia, Ecuador, Guatemala y Honduras, la fragmentación de los servicios tiene una dimensión territorial en la cual los mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes en las zonas rurales limitan severamente la prestación de la atención de salud (26).

**La prestación y el acceso a los servicios de salud.** En muchos países, se está ampliando la brecha entre quienes pueden y quienes no pueden acceder a la atención de salud. Las razones de esa creciente desigualdad y las resultantes y profundas consecuencias adversas para la salud de la población son numerosas: los aspectos negativos de la globalización, la pobreza, la pérdida de empleos, la reducción de los ingresos y las grandes disparidades en su distribución, que pueden llevar a condiciones de vida

más pobres, la fragmentación social y una elevada vulnerabilidad. Si bien muchos de los países han emprendido intervenciones relacionadas con la salud en favor de los pobres, esas intervenciones no siempre llegan a quienes más las necesitan; por el contrario, a menudo favorecen y amplían la brecha de salud entre los ricos y los pobres. La investigación publicada en el *Informe sobre el desarrollo mundial 2004* reveló que, en los 21 países estudiados, el quintil de ingresos más altos recibía, en promedio, 25% del gasto gubernamental en servicios de salud, en comparación con solamente 15% de ese gasto asignado al quintil más bajo (46).

A pesar de las persistentes diferencias en cuanto al acceso a la atención de salud en la Región, algunos países han logrado un notable progreso en su búsqueda de un suministro equitativo de servicios de salud mediante intervenciones que favorecen a los pobres. Entre los ejemplos más destacados de países que lo han logrado están:

- **Colombia** creó y financió un fondo de equidad que aumentó la cobertura del seguro de salud para los pobres y redujo las barreras económicas para la utilización de los servicios. “Si bien la cobertura del seguro entre los que están en el quintil de ingresos más alto se incrementó modestamente con la reforma, de 60% en 1993 a 81% en 2003, en el quintil de ingresos más bajo la cobertura del seguro aumentó de 9% en 1993 a 48% en 2003” (47).
- **México** usó las transferencias directas de efectivo a familias pobres para que pudieran emplear esos fondos para pagar por los servicios de salud; en 2003, casi 60% de las personas a las que llegó este programa pertenecían al 20% más pobre de la población y 80% de los beneficiarios se encontraban en el 40% más pobre de la población del país (48).
- **Honduras, Perú y Nicaragua** establecieron “fondos sociales” para estimular a las comunidades y las instituciones locales, especialmente en las zonas más pobres de los países en desarrollo, a asumir la iniciativa en la identificación y realización de inversiones en pequeña escala en dispensarios y sistemas de abastecimiento de agua y de saneamiento. “Estas inversiones orientadas a los pobres tienden a aumentar la utilización de los servicios de salud, en particular de salud materno-infantil, y se traducen en mejores resultados de salud, como las considerables reducciones en la mortalidad de lactantes y niños” (49).

**El financiamiento.** Persisten graves deficiencias en el financiamiento del sistema de salud; algunos países tienen gastos extremadamente bajos mientras que otros dependen excesivamente de recursos externos y son, por lo tanto, muy vulnerables. En muchos países, los pagos en efectivo han aumentado considerablemente, con el consiguiente efecto regresivo de que los pobres son los más afectados. La cantidad y la distribución del gasto público

en salud son factores críticos en la equidad o desigualdad que caracterizan a los sistemas de salud. Cuando predominan sistemas de salud muy segmentados —como en la mayoría de los países de América Central (El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua) y en la Zona Andina (Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela)— el financiamiento de la salud por el sector público es por lo general bajo y, por consiguiente, la cobertura por ese sector es limitada, mientras que el gasto privado es alto y cubre principalmente a individuos del sector privado. En esos países, donde un gran porcentaje de la población es pobre, se producen graves desigualdades en el acceso a la atención de salud debido al bajo gasto del sector público en salud y al elevado gasto en efectivo, que es proporcionalmente más alto en los más pobres (26).

En 2005, el gasto nacional en salud en todos los países de América Latina y el Caribe representaba aproximadamente 7% del producto interno bruto de la Región, un gasto anual de unos US\$ 500 por cápita (capítulo 4). Alrededor de 45% de este gasto correspondía al gasto público en salud, en servicios prestados por los ministerios de salud, otras instituciones de los gobiernos centrales y locales y las contribuciones obligatorias a fondos de salud administrados por el sector privado o instituciones de seguro social. El restante 55% correspondía al gasto privado e incluía los gastos en efectivo directos para adquirir bienes y servicios de salud y cubrir servicios de salud usados mediante planes de seguros de salud privados o planes de atención de salud prepagada. Hay que señalar que, como las mujeres necesitan usar más los servicios de salud, sus gastos en efectivo en salud tienden a ser más altos que los de los hombres, una desigualdad de género que se vuelve aun más trascendente si se tiene en cuenta que el ingreso de las mujeres en promedio solo llega a 70% del de los de los hombres.

Además de la cantidad del gasto público en salud, su distribución entre los grupos más pobres de una población (generalmente llamada “progresividad”) es un factor crítico en el acceso de esos grupos a los servicios de salud. El gasto en efectivo por las familias más pobres es más bajo en los países donde la distribución del gasto público favorece a los grupos de bajos ingresos; Chile, Costa Rica y Uruguay distribuyen alrededor de 30% del gasto público entre la población de ingresos más bajos. A la inversa, cuando la distribución del gasto público no tiene en cuenta las mayores necesidades de los pobres, estos tienen que pagar más por el acceso a los servicios; en Ecuador y Guatemala un poco más de 12% del gasto público en salud se asigna al primer quintil de ingresos (los más pobres), mientras que el quinto quintil (los más ricos) recibe más de 30%; Perú distribuye el gasto público por igual en todos los grupos de ingreso. Chile, Costa Rica y Uruguay tienen sistemas nacionales de seguro de salud, mientras que Ecuador, Guatemala y Perú tienen sistemas de salud muy segmentados (26).

**Los trabajadores de salud.** Es lógico que, cuanto mayor sea el número de trabajadores de salud con que cuenta una población,

mayor será su influencia en el grado de salud. Un ejemplo claro de esto es la relación entre las cantidades adecuadas de prestadores de atención de salud y las reducciones en la mortalidad materno-infantil: a medida que aumenta la disponibilidad de trabajadores de salud, disminuyen las tasas de mortalidad. Sucede lo contrario en los países con una baja densidad de trabajadores de salud: la tasa de mortalidad en los niños menores de 5 años aumenta, la tasa de mortalidad materna se incrementa y la proporción de partos asistidos por personal calificado disminuye (50).

En 2005, se estimó que 21,7 millones de personas constituían la fuerza de trabajo de tiempo completo en el campo de la salud en las Américas. Muchos de los países de la Región sufren una escasez crítica de trabajadores de salud y se espera que esta escasez se vuelva más aguda con el crecimiento demográfico previsto, el envejecimiento de la fuerza de trabajo y la creciente carga de morbilidad. En los países menos desarrollados, se prevé que la competencia por los limitados recursos humanos y la emigración internacional de los trabajadores de salud desestabilizarán aun más la fuerza laboral; 72% de los países de la Región ya han experimentado pérdidas a causa de la emigración.

Persisten graves desequilibrios en la distribución de los trabajadores de salud en la Región, tanto de un país a otro como en un mismo país. La relación (densidad) óptima entre médicos y enfermeras y los habitantes es de 25:10.000. En 11 países, esa relación es superior a 50, lo cual significa que 30% de la población de la Región tiene 73% del total de médicos y enfermeras. En 15 países, la relación de densidad es inferior a 25, lo que implica que 20% de la población de la Región cuenta con 6% de los recursos humanos en salud; se necesitarían 128.000 médicos y enfermeras más para llegar a la relación óptima. Las mujeres constituyen casi 70% de la fuerza de trabajo en el campo de la salud, pero también representan un porcentaje desproporcionadamente alto de los trabajadores de salud desempleados, que llegaban a 6,2% en una muestra de 13 países. La distribución de los trabajadores de salud dentro de cada país es muy desigual; las zonas urbanas tienen de 8 a 10 veces más médicos que las rurales. A nivel regional, mientras que en América del Norte hay tres enfermeras por cada médico, en América Latina y el Caribe hay tres médicos por cada enfermera (51).

**La participación intersectorial.** Muchos avances en las condiciones de salud logrados en los últimos decenios han sido el resultado de la colaboración entre el sector salud y otros sectores sociales: el abastecimiento de agua y el saneamiento y el medio ambiente en general, la educación, el trabajo, la agricultura y el transporte, para nombrar sólo algunos. El potencial de una sinergia de la colaboración internacional fue reconocido en la Declaración de Alma-Ata en 1978. Decenios más tarde, en 2000, el enfoque multisectorial impulsó la elaboración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que, como hemos visto, proponen integrar la acción para reducir la pobreza y el hambre y promover la edu-

*“Los países han realizado enormes esfuerzos para interrumpir la transmisión madre a hijo del VIH/sida. De la misma forma, se ha detenido la transmisión de la enfermedad por vía de transfusiones de sangre. El acceso a tratamientos ha mejorado significativamente: las Américas es la primera región en el mundo que ha negociado una reducción de los precios de los antirretrovirales. Pero la situación regional es desigual, y en algunos países menos de 30% de quienes lo necesitan están recibiendo tratamiento.”*

Mirta Roses, 2006

cación, la autonomía de las mujeres, la salud, el medio ambiente y las alianzas mundiales encaminadas al logro de esos objetivos.

**La participación internacional.** La estructura internacional de asistencia para el desarrollo en materia de salud —la cooperación de organismos multilaterales, la asistencia bilateral y la ayuda filantrópica privada— ha experimentado un cambio radical en el último decenio: “nuevos organismos multilaterales, iniciativas y fundaciones han asumido un papel destacado en el financiamiento de las actividades vinculadas con la salud, la nutrición y la población, como el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (AMVI), la Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición (GAIN) y la Fundación Bill y Melinda Gates” (52). Si bien se han multiplicado los actores, sigue sin resolverse el debate acerca de cuál es la inversión más conveniente de la cooperación internacional en la salud (capítulo 5).

Los desafíos de las persistentes desigualdades y problemas de salud no resueltos son afrontados mediante actividades intersectoriales nacionales e internacionales concertadas, aprovechando las oportunidades ofrecidas por iniciativas tales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la renovación del movimiento de atención primaria de salud. En el capítulo 6, las perspectivas de mejorar la salud en la Región son examinadas por un grupo de expertos de renombre internacional, que ofrecen sus comentarios sobre la “Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017”, adoptada por los gobiernos de la Región, y brindan asesoramiento a los encargados de las políticas sobre cómo poner en práctica cada una de sus ocho áreas de acción.

\* \* \*

En síntesis, el estado actual de salud de los pueblos de las Américas es un reflejo de las interacciones y modificaciones en el tamaño, la composición, la distribución y el comportamiento de la población; la dinámica y los continuos cambios de la naturaleza, la incidencia y la carga de la morbilidad, y, en gran medida,



las constantes y a menudo espectaculares alteraciones del entorno político, social, económico y físico en el cual los individuos, las naciones y la Región en general están desarrollando.

## Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la salud en las Américas: Indicadores básicos, 2006. Washington, D.C.: OPS; 2006.
2. Secretaría de las Naciones Unidas. División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. World Population Prospects: The 2006 Revision. Nueva York: Naciones Unidas; 2007.
3. Secretaría de las Naciones Unidas. División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. World Urbanization Prospects: The 2005 Revision. Nueva York: Naciones Unidas; 2006.
4. Pruss-Ustun A, Corvalán C. Preventing diseases through healthy environments. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
5. Organización Panamericana de la Salud. Situación de las salud en las Américas: Indicadores básicos. Publicación Anual desde 1996 a 2005. Washington, D.C.: OPS; 2005.
6. Naciones Unidas. Departamento de Información Pública. Informe del Panel Intergubernamental sobre el Cambio Climático de 2000. Global Climate Change. Nueva York, 2002. Disponible de: <http://www.un.org/News>.
7. Panel Intergubernamental sobre el Cambio Climático. Disponible de: <http://www.ipcc.ch>.
8. Roses Periago M. Health inequalities in the Americas: Addressing their social determinants to sustain governance. Presentación a la Universidad de Harvard, Abril de 2005.
9. Cehelsky M. Building science, technology, and innovation capacity: Latin America and the Caribbean. American Association for the Advancement of Science. 32nd Annual AAAS Forum on Science and Technology Policy, Washington, D.C., Mayo, 2007.
10. Banco Mundial. World Development Indicators 2006. Washington, D.C., 2006.
11. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. The State of the World's Children 2007: Women and Children—The Double Dividend of Gender Equality. Nueva York, 2006, pág. 82.
12. Organización Panamericana de la Salud. Salud de los pueblos indígenas de las Américas. Documento CD47/13. Presentado al 47° Consejo Directivo, Washington, D.C., 25 a 29 de septiembre de 2006.
13. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. The State of the World's Children 2006. Excluded and Invisible. Nueva York, 2005, pág. 25.
14. Ibid, p. 69.
15. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. The Millennium Development Goals: A Latin American and Caribbean Perspective. Santiago: CEPAL; 2005.
16. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, y Bellagio Child Survival Study Group. How many deaths can we prevent this year? Lancet. 2003;362:65.
17. Garrett L. The Challenge of Global Health. Foreign Affairs. Enero-febrero 2007, p. 32.
18. Organización Panamericana de la Salud. Maternal and Neonatal Health Annual Report. Washington, D.C., octubre 2005–setiembre 2006, pág. 4.
19. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas, 26° Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, D.C., 2002.
20. Organización Mundial de la Salud. World Health Statistics. Ginebra: WHO; 2006.
21. Organización Panamericana de la Salud. PAHO database. Washington, D.C., 2006.
22. Organización Panamericana de la Salud. Regional Strategic Plan Framework, 2006-2015. Washington, D.C., 2007.
23. Banco Mundial. Priorities in Health. Disease Control Priorities Project. Washington, D.C., 2006, págs. 3–4.
24. Organización Mundial de la Salud. Facing the Facts: the Impact of Chronic Disease in the Americas. Ginebra: WHO; 2005.
25. Organización Panamericana de la Salud, Basic Indicators 2006.
26. Organización Panamericana de la Salud. Health Situation and Trends in the Americas. Documento presentado en la reunión anual de Gerentes de la OPS, Airlie, Virginia, 14–19 de octubre de 2006.
27. Dunne WM Jr, Pinckard JK, Hooper LV. Clinical microbiology in the year 2025. J Clin Microbiol. 2002;40:3889–93.
28. Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Gobernanza y Políticas. Salud del Adulto Mayor. Washington, D.C., 2003.
29. Banco Mundial. World Development Report 2007: Development and the Next Generation. Washington, D.C., 2006, págs. 123–124.
30. Eberwine D. Globesity: the crisis of growing proportions. Perspect Health. 2002;7(3).
31. Education is the key in treating diabetes. 18 December 2006. Disponible de: <http://www.presstelegram.com>.
32. Organización Mundial de la Salud. World Health Statistics 2006. Ginebra, 2006, p. 11.
33. Banco Mundial. Priorities in Health. Disease Control Priorities Project. Washington, D.C., 2006, pág. 120.
34. Organización Panamericana de la Salud. Base de datos de mortalidad. Washington, D.C., 2002.
35. Organización Mundial de la Salud. Fifty-fourth World Health Assembly Resolution Provisional agenda item 13.3. Global

- health security–epidemic alert and response, 2 de abril de 2001.
36. Calain P. Exploring the international arena of global public health surveillance. *Health Policy and Planning* 2007; 22: 9–10.
  37. Calain P. From the field side of the binoculars: a different view on global public health surveillance. *Health Policy and Planning* 2007; 22:19.
  38. UNAIDS, UNFPA, and UNIFEM. *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*. Nueva York, 2004.
  39. UNAIDS/WHO. *AIDS Epidemic Update*. Ginebra, Diciembre 2006.
  40. Organización Panamericana de la Salud. *2006 Annual Report of the Director*. Washington, D.C., 2006, pág. 18.
  41. Organización Panamericana de la Salud. Comunicado de prensa (versión para Internet): Día Mundial del Sida 2006: Los números no dejan lugar a dudas. 1 de diciembre de 2006.
  42. Zamiska N. Risk of Bird-Flu Pandemic Seen as “Permanent Threat”. *Wall Street Journal*. 16 de enero de 2007, pág. A12.
  43. Naciones Unidas. *World Economic Situation and Prospects, 2006*. Nueva York. 2006.
  44. *The Economist*. *Pandemic Influenza: One Step Closer*. 18 de noviembre de 2006, pág. 85.
  45. Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos. *News in Health*. Washington, D.C., Diciembre de 2006, págs. 1–2.
  46. Banco Mundial. *World Development Report 2004*, Washington, D.C., 2004.
  47. Escobar ML. *Health Sector Reform in Colombia*. Instituto del Banco Mundial. *Reaching the Poor with Health Services*. Washington, D.C., 2005, págs. 6–22.
  48. Coady DP, Filmer DP, Gwatkin DR. *PROGRESA for Progress*. Instituto del Banco Mundial. *Reaching the Poor with Health Services*. Washington, D.C., 2005, págs. 10–12.
  49. Rawlings LP. *Do Social Funds Reach the Poor?* Instituto del Banco Mundial. *Reaching the Poor with Health Services*. Washington, D.C., 2005, págs. 13–35.
  50. Organización Panamericana de la Salud. *Informe sobre la situación de los recursos humanos en salud*. Washington, D.C., 2006.
  51. Organización Panamericana de la Salud. *Annual Report of the Director, 2006*. Washington, D.C., 2006, págs. 8–9.
  52. Banco Mundial. *Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results*. Washington, D.C., Abril de 2007, pág. 11.

# Capítulo 1

## LA SALUD EN EL CONTEXTO DEL DESARROLLO

**A**l firmar la Declaración del Milenio en setiembre de 2000, los Jefes de Estado y de Gobierno de 189 países se comprometieron a avanzar hacia un mundo más equitativo y libre de pobreza para 2015. Para lograr ese fin, establecieron ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), todos los cuales se relacionan de alguna manera con la salud. Este compromiso subraya el firme reconocimiento de que el crecimiento económico, la distribución del ingreso y la inversión en capital humano tienen un inmenso impacto en la calidad de vida de las personas y en su salud. Al mismo tiempo, la comprensión de los determinantes sociales de la salud está otorgando mayor importancia al énfasis en la colaboración entre todos los sectores sociales para mejorar la salud de la población y en el reconocimiento internacional de los derechos humanos.

Uno de los principales indicadores del desarrollo y de la salud es la esperanza de vida. Los habitantes de los países más desarrollados tienden a vivir más tiempo que quienes viven en los países en vías de desarrollo. Los promedios nacionales, sin embargo, tienden a ocultar disparidades dentro de los países, donde los grupos más vulnerables tienden a vivir menos tiempo. La pérdida de los años de vida colectivos de la población se traduce, como consecuencia, en una productividad del país más baja.

A pesar de la reducción de los porcentajes de personas que viven en situación de pobreza en América Latina y el Caribe, como consecuencia del desarrollo económico que se iniciara en la década de los noventa (medido por el producto interno bruto), esa reducción no ha sido suficiente para contrarrestar el aumento de la pobreza que había ocurrido en décadas anteriores. Además, no se han registrado mejoras mesurables en los indicadores de la distribución del ingreso en la región, que sigue mostrando importantes desigualdades, y que se hace visible en la comparación de los quintiles más ricos y más pobres de la población de la mayoría de los países.

En las seis décadas pasadas, los gobiernos de América Latina y el Caribe incrementaron sustantivamente los recursos públicos destinados al gasto social. En general, sin embargo, se han destinado sumas desproporcionadas dentro de dicho gasto a la seguridad social, la asistencia social y la educación, con proporciones menores destinadas a la salud y la vivienda. Los gobiernos también se han involucrado en distintas formas de colaboración política, como lo expresan la realización de distintas cumbres internacionales destinadas al avance de la condición humana en la Región.

Dentro de los determinantes sociales de la inequidad, el más importante es la pobreza — definido para América Latina a través del ingreso insuficiente para satisfacer las necesidades esenciales. La pobreza tiene su origen, en gran medida, en las bajas tasas de crecimiento, la baja productividad, un acervo limitado de capital humano, y en las políticas económicas y sociales poco efectivas. Tanto los porcentajes de personas que viven en la pobreza como el número absoluto de personas pobres en América Latina y el Caribe han disminuido en los últimos años, pero persisten disparidades importantes, tanto dentro de los países como dentro de la región.

Los esfuerzos para reducir el hambre y la malnutrición, tal como lo expresan los ODM, han resultado en logros en América Latina y el Caribe, pero el progreso es desparejo en la región, incluso con ciertas zonas que en la actualidad están experimentando incrementos, tanto en los números absolutos de personas subnutridas como en la prevalencia de la subnutrición.

El empleo es un determinante básico de la salud desde muchos ángulos diferentes —el acceso a los mercados de trabajo, el ingreso, y las condiciones de trabajo— y el empleo sostenible es crítico para la capacidad de los países para reducir la pobreza. En años recientes, las tasas de desempleo han crecido en América Latina y el Caribe, y en esos períodos el empleo informal ha aumentado como proporción del empleo total. El desempleo juvenil también está aumentando, y el desempleo en las mujeres es mayor que en los hombres.

La relación recíproca entre salud y educación es muy clara y explica el ODM sobre la educación primaria universal como una estrategia fundamental para la reducción de la pobreza. La Región de las Américas está en camino de lograr la meta del 100% de cobertura de la educación primaria para el año 2015, habiendo obtenido ya coberturas superiores a 97%.

En gran medida, las inequidades en las condiciones de salud —o sea aquellas desigualdades innecesarias, injustas y evitables— reflejan una distribución despareja de los determinantes sociales de la salud. Mientras el estado de salud “promedio” en América Latina y el Caribe es relativamente bueno, existen importan-

tes disparidades en indicadores como la mortalidad en niños menores de 5 años, la mortalidad infantil, la proporción de partos atendidos por personal calificado o la mortalidad materna. Estas y otras inequidades, como las tasas diferenciales de enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas, acceso a los servicios de salud, afectan desproporcionadamente a las mujeres, a los grupos étnicos y raciales.

El medio ambiente es otro importante determinante de la salud. La región de América Latina y el Caribe tiene el nivel de urbanización más alto del mundo en vías de desarrollo, y más de tres de cada cuatro personas viven en ciudades. Mientras que las áreas urbanas en general ofrecen ventajas sobre las áreas rurales en términos de acceso a servicios sociales, empleo o similares, muchas de las ciudades en la región han crecido más allá de su capacidad de proporcionar servicios adecuados. El acceso a agua y saneamiento, aunque ha mejorado mucho en las últimas décadas, continúa presentando inequidades, dado que la cobertura es mayor en las áreas urbanas que en las rurales. Entre otros desafíos ambientales se ubican la contaminación del aire, la degradación del suelo, la deforestación, la degradación de las costas y la contaminación de los mares, y el alarmante impacto del cambio climático.

## EL CONTEXTO ECONÓMICO Y POLÍTICO

### La esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer se reconoce tradicionalmente como un indicador clave del desarrollo de los países, al tiempo que el índice potencial de sobrevivencia recoge el nivel general de salud de la población. En el examen de ambos indicadores importa analizar no solamente los promedios nacionales y la convergencia que puedan mostrar los países de las Américas, sino también las disparidades al interior de los países, de forma de identificar las inequidades en los grupos más vulnerables.

La evolución de la esperanza de vida al nacer en Estados Unidos desde 1930 y de América Latina y el Caribe desde 1950–1955 hasta la fecha se muestra en la figura 1. En 2005, la esperanza de vida de Bolivia, Haití y Guatemala se encuentra a los niveles alcanzados por los Estados Unidos hace más de 60 años. En el mismo año, la esperanza de vida al nacer en Brasil, Nicaragua y Perú era similar a la que había alcanzado Estados Unidos en los años cincuenta.

La diferencia de la esperanza de vida en América Latina y el Caribe en relación a la de Estados Unidos y Canadá está disminuyendo: mientras que a mediados de los años sesenta la diferencia era de 10 años (57 años en América Latina y el Caribe y 67 años en Estados Unidos y Canadá), en el período 2000–2005 la

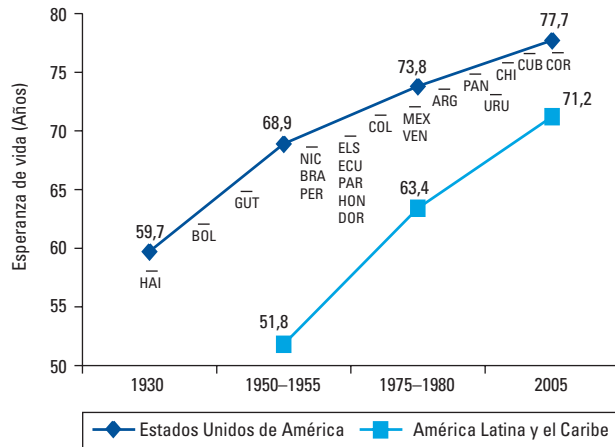
diferencia se redujo a 6 años (71 y 77 años, respectivamente). A pesar de esta convergencia, existen desigualdades importantes entre los países de América Latina y el Caribe, con Haití con una esperanza de vida de 59,7 años y Costa Rica de 77,7 años.

La figura 2 muestra el índice potencial de sobrevivencia para un conjunto seleccionado de países. El índice ha sido estandarizado a los Países Bajos, país que representa a la población con mayor longevidad y mayores tasas de sobrevivencia del mundo. El índice muestra a Cuba, Costa Rica, Chile y Panamá como los países en América Latina con mejores condiciones de salud, con índices de sobrevivencia de más de 0,90, cercanos al máximo potencial observado. Al mismo tiempo, el índice potencial de sobrevivencia de Haití es solamente 0,73.

### Crecimiento económico y desigualdad

El análisis de los datos sobre el crecimiento económico, la pobreza y la desigualdad en la distribución del ingreso en América Latina y el Caribe sugiere que la reducción de la pobreza durante el período de recuperación del crecimiento económico, iniciado a comienzos de los años noventa, no ha sido suficiente para compensar el incremento de la pobreza durante los años ochenta. No se visualizan tampoco variaciones significativas en la distribución del ingreso, el que se mantuvo desigual tanto en los años

**FIGURA 1. Esperanza de vida al nacer en los Estados Unidos de América (1930–2005) y en América Latina y el Caribe (1950–2005) y esperanza de vida al nacer en países seleccionados de América Latina y el Caribe (2000–2005) en relación a los Estados Unidos.**



Fuente: OPS. Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud (2006).

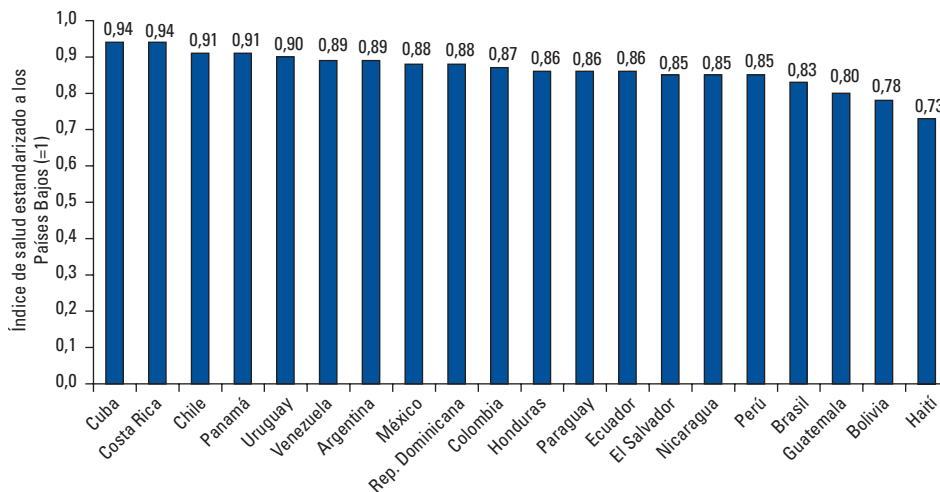
ochenta como en los noventa. Ello confirmaría la hipótesis de que las ganancias del crecimiento económico no están siendo distribuidas por igual entre los diferentes estratos de la población. En los períodos de recesión económica la pobreza ha aumentado rápidamente, mientras que en los períodos de crecimiento económico, la pobreza se ha reducido muy lentamente.

Durante los años ochenta, la llamada “década perdida”, el ingreso per cápita del conjunto de países de América Latina y el Caribe se redujo a una tasa promedio anual de 0,7%. En 1990 el ingreso per cápita promedio era aproximadamente US\$ 3.300, casi 10% menor que a comienzos de los años ochenta (US\$ 3.500). La recuperación económica de los años noventa permitió un incremento significativo en la tasa de crecimiento del ingreso per cápita, que en 2001 fue US\$ 3.800, un aumento de 15% con respecto a 1990.

A partir de 2000, la tasa de crecimiento anual del producto interno bruto (PIB) en América Latina y el Caribe sostuvo importantes cambios, con diferencias significativas entre países y variaciones de un año a otro, como lo muestra el cuadro 1.

En 2000, el crecimiento promedio en los países de América Latina y el Caribe fue de 3,9%, con extremos entre -3,3% (Paraguay) y 12,9% (Belize), y con cuatro países (Argentina, Guyana, Santa Lucía y Uruguay) que mostraron signos de reducción en su crecimiento. Entre 2000 y 2002 muchos de los países sufrieron una brusca desaceleración en el crecimiento, asociada con serios problemas en América del Sur y México. Argentina, Uruguay y Venezuela vieron caer su crecimiento cerca de 10% o más en ese lapso, y enfrentaron serias dificultades económicas, como el cierre temporal de bancos, moratorias de pagos y desempleo masivo. Sin embargo, gracias a una serie de medidas para controlar la inflación y la salida de capitales e inversiones, dicha situación fue seguida de una reactivación económica entre 2003 y 2004, cuando el crecimiento promedio de América Latina y el Caribe alcanzó 5,9%. Los países de mayor crecimiento fueron los que habían sufrido los mayores efectos de la crisis, con crecimientos promedio cercanos o superiores a 9%. En 2005, el promedio de

**FIGURA 2. Índice potencial de sobrevida, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2000–2005.**



Fuente: OPS. Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud (2006).

**CUADRO 1. Tasas de variación anual del producto interno bruto, América Latina y el Caribe, 2000–2006.**

País/región	2000	2002	2003	2004	2005	2006 <sup>a</sup>
Antigua y Barbuda	1,5	2,5	5,2	7,2	4,6	11,0
Argentina	-0,8	-10,9	8,8	9,0	9,2	8,5
Bahamas	1,9	2,3	1,4	1,8	2,7	4,0
Barbados	2,2	0,5	1,9	4,8	3,9	3,9
Belice	12,9	5,1	9,3	4,6	3,5	2,7
Bolivia	2,5	2,5	2,9	3,9	4,1	4,5
Brasil	4,4	1,9	0,5	4,9	2,3	2,8
Chile	4,5	2,2	3,9	6,2	6,3	4,4
Colombia	2,9	1,9	3,9	4,9	5,2	6,0
Costa Rica	1,8	2,9	6,4	4,1	5,9	6,8
Cuba	6,1	1,5	2,9	4,5	...	...
Cuba <sup>b</sup>	...	1,8	3,8	5,4	11,8	12,5
Dominica	0,6	-4,2	2,2	6,3	3,3	4,0
Ecuador	2,8	4,2	3,6	7,9	4,7	4,8
El Salvador	2,2	2,3	2,3	1,8	2,8	3,8
Granada	7,0	1,5	7,5	-7,4	13,2	7,0
Guatemala	3,6	2,2	2,1	2,8	3,2	4,6
Guyana	-1,4	1,1	-0,7	1,6	-3,0	1,3
Haití	0,9	-0,3	0,4	-3,5	1,8	2,5
Honduras	5,7	2,7	3,5	5,0	4,1	5,6
Jamaica	0,7	1,1	2,3	0,9	1,4	2,6
México	6,6	0,8	1,4	4,2	3,0	4,8
Nicaragua	4,1	0,8	2,5	5,1	4,0	3,7
Panamá	2,7	2,2	4,2	7,5	6,9	7,5
Paraguay	-3,3	...	3,8	4,1	2,9	4,0
Perú	3,0	5,2	3,9	5,2	6,4	7,2
República Dominicana	7,9	5,0	-0,4	2,7	9,2	10,0
Saint Kitts y Nevis	4,3	1,1	0,5	7,6	5,0	5,0
San Vicente y las Granadinas	1,8	3,7	3,2	6,2	1,5	4,0
Santa Lucía	-0,2	3,1	4,1	5,6	7,7	7,0
Suriname	4,0	1,9	6,1	7,7	5,7	6,4
Trinidad y Tabago	6,9	6,9	12,6	6,4	8,9	12,0
Uruguay	-1,4	-11,0	2,2	11,8	6,6	7,5
Venezuela	3,7	-8,9	-7,7	17,9	9,3	10,0
<b>América Latina y el Caribe<sup>c,d</sup></b>	<b>3,9</b>	<b>-0,8</b>	<b>2,0</b>	<b>5,9</b>	<b>4,5</b>	<b>5,3</b>
<b>América Latina<sup>c</sup></b>	<b>4,0</b>	<b>-0,8</b>	<b>1,9</b>	<b>6,0</b>	<b>4,5</b>	<b>5,3</b>
<b>Caribe<sup>d</sup></b>	<b>3,4</b>	<b>3,3</b>	<b>5,8</b>	<b>3,8</b>	<b>4,9</b>	<b>6,8</b>

<sup>a</sup>Cifras preeliminares.<sup>b</sup>Datos proporcionados por la Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba, que están siendo evaluados por la CEPAL.<sup>c</sup>No incluye Cuba.<sup>d</sup>El PIB de Barbados, Dominica, Guyana y Jamaica está expresado a costo de factores.**Fuente:** CEPAL, Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2006, p. 85.

crecimiento de América Latina y el Caribe fue de 4,5%. En el mismo año, un tercio de los países tuvieron un crecimiento superior a 6%, lo que permitió superar los niveles de ingreso nacional bruto por habitante (INB)<sup>1</sup> observados con anterioridad a la crisis de 2002.

En el período 2000–2005, el nivel de riqueza de los países de las Américas medido a través de su INB, muestra también avances dispares. Para el final de dicho período, el INB promedio ponderado de las Américas se situó alrededor de US\$ 19.500 (valor ajustado por la paridad de poder adquisitivo-ppa), lo que la ubicaría entre las regiones con mayores ingresos en el mundo. Sin embargo, a nivel de subregiones existen importantes diferencias: el Istmo Centroamericano (US\$ 5.687), el Área Andina (US\$5.300), el Caribe Latino (US\$ 6.528) y el Caribe No-Latino (US \$ 7.410) presentan niveles inferiores al de América Latina y

<sup>1</sup>Este indicador, antes llamado producto nacional bruto (PNB) per cápita, mide el total de bienes y servicios de uso final producido por residentes y no residentes, independientemente de su asignación en el país o en el extranjero, en relación con el tamaño de la población.

**CUADRO 2. Ingreso nacional bruto per cápita (US\$ ajustados por poder adquisitivo-ppa), en países de las Américas, 2000–2005.**

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Antigua y Barbuda	9.200	9.190	9.520	9.730	11.100	11.700
Argentina	11.930	11.570	10.380	11.410	12.530	13.920
Bahamas	16.200	16.000	16.140	...	16.350	...
Barbados	14.840	14.810	14.660	15.060	15.060	...
Belice	5.470	5.700	5.850	6.320	6.550	6.740
Bolivia	2.330	2.380	2.430	2.490	2.600	2.740
Brasil	7.150	7.310	7.480	7.510	7.940	8.230
Canadá	27.180	28.070	29.170	30.040	30.760	32.220
Chile	8.850	9.200	9.440	9.810	10.610	11.470
Colombia	5.940	6.060	6.160	6.410	6.940	7.420
Costa Rica	8.190	8.340	8.560	9.140	9.220	9.680
Dominica	5.230	5.160	4.970	5.020	5.290	5.560
Ecuador	3.050	3.240	3.350	3.440	3.770	4.070
El Salvador	4.610	4.730	4.820	4.910	4.890	5.120
Estados Unidos de América	34.690	35.320	36.260	37.750	39.820	41.950
Granada	6.900	6.630	6.600	7.030	7.050	7.260
Guatemala	3.910	3.990	4.040	4.090	4.260	4.410
Guyana	3.750	3.950	3.950	3.980	4.240	4.230
Haití	1.760	1.740	1.730	1.730	1.730	1.840
Honduras	2.430	2.510	2.530	2.590	2.760	2.900
Jamaica	3.500	3.610	3.670	3.790	3.950	4.110
México	8.690	8.760	8.830	8.980	9.640	10.030
Nicaragua	3.050	3.130	3.130	3.180	3.480	3.650
Panamá	5.920	6.010	6.150	6.420	6.730	7.310
Paraguay	4.610	4.740	4.600	4.690	4.820	4.970
Perú	4.610	4.650	4.880	5.080	5.400	5.830
Puerto Rico	15.090	16.210	...	...	16.120	...
República Dominicana	5.830	6.060	6.310	6.310	6.860	7.150
Saint Kitts y Nevis	10.150	10.310	10.550	10.740	10.910	12.500
San Vicente y las Granadinas	5.090	5.400	5.540	5.870	5.590	...
Santa Lucía	5.250	5.020	5.170	5.310	6.030	5.980
Trinidad y Tabago	8.260	8.420	9.080	10.390	11.430	13.170
Uruguay	8.710	8.560	7.690	7.980	9.030	9.810
Venezuela	5.580	5.760	5.240	4.750	5.830	6.440

Fuente: Banco Mundial. World Development Indicators 2006.

el Caribe en su conjunto (US\$ 8.771), mientras que el Cono Sur (US\$ 10.042) y Norteamérica (US\$ 37.085) lo superan. Se observan también grandes brechas entre países, con valores del INB que van desde US\$ 1.840 en Haití a US\$ 41.950 en los Estados Unidos, como lo muestra el cuadro 2.

La figura 3 presenta el ingreso nacional bruto por habitante en algunos países de las Américas y permite hacer comparaciones entre grupos de países. De acuerdo a los niveles del INB en 2005 y según el promedio ponderado en cada grupo de países, el ingreso de los países del quintil superior más rico (US\$ 22.288) fue siete veces mayor que el ingreso de los países del quintil inferior (US\$ 3.218). Además, tres de los grupos, con un total de 20 países, se encontraban por debajo del valor promedio de América Latina y el Caribe.

Las tasas de crecimiento del PIB y del INB, en parte debido a su variabilidad, no se han reflejado en mejoras significativas en

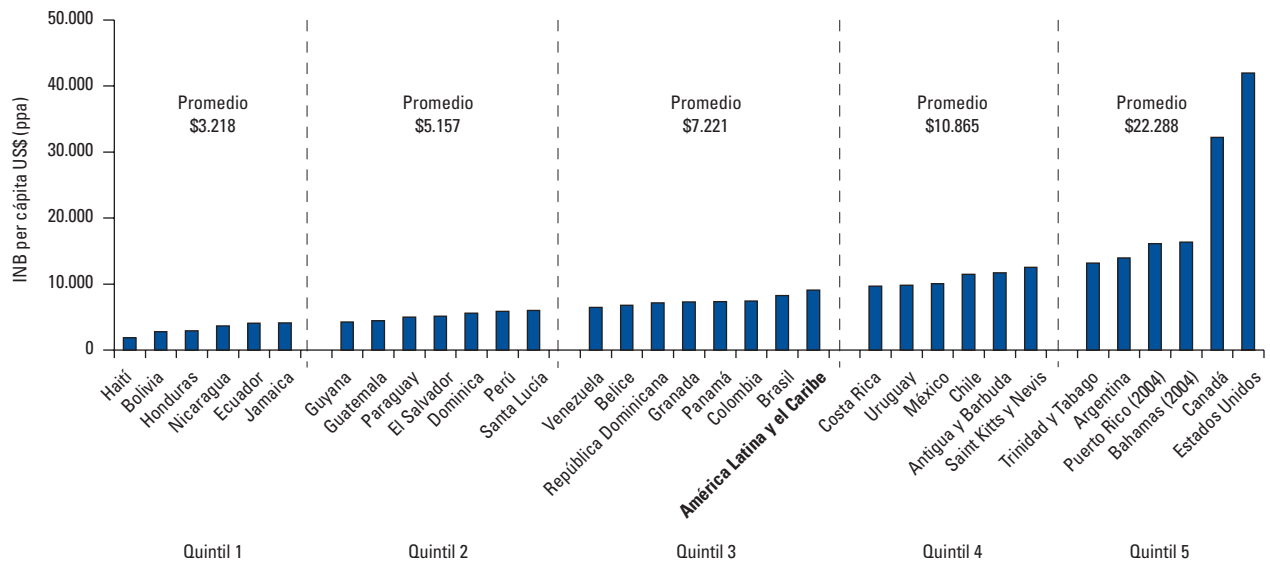
las tasas de pobreza y en la distribución de los ingresos en América Latina y el Caribe.

La distribución de los ingresos se determina generalmente a través del coeficiente de Gini (que toma un valor de 0 para máxima igualdad y un valor de 1 para máxima desigualdad). América Latina y el Caribe sigue siendo la región con la mayor desigualdad en la distribución del ingreso del mundo, a excepción de la observada en África Subsahariana (ver figura 4).

Otra forma de medición de la distribución de los ingresos es la razón de ingresos del 20% superior de la población en relación al 20% inferior. En las Américas, el valor de la razón de ingresos del 20% más rico en relación al 20% más pobre es casi 20, pero también hay países con menor desigualdad económica, en donde la razón puede ser menor de 10 (Canadá, Estados Unidos, Jamaica, Nicaragua y Trinidad y Tabago), o por el contrario, ser superior a 25 (Bolivia, Colombia, Haití y Paraguay), tal como lo muestra la

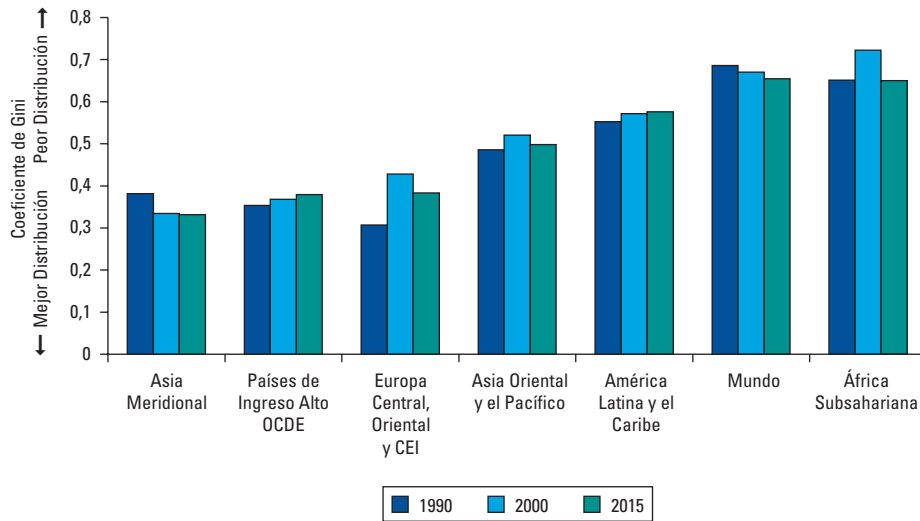


**FIGURA 3. Ingreso nacional bruto (INB) per cápita US\$ (ppa) y por quintil, países de las Américas, 2005.**



Fuente: Banco Mundial. World Development Indicators 2006.

**FIGURA 4. Coeficiente de Gini. Desigualdad en el ingreso entre regiones, para América Latina y el Caribe, otras regiones y grupos de países, 1990 y 2000 y proyecciones para 2015.**



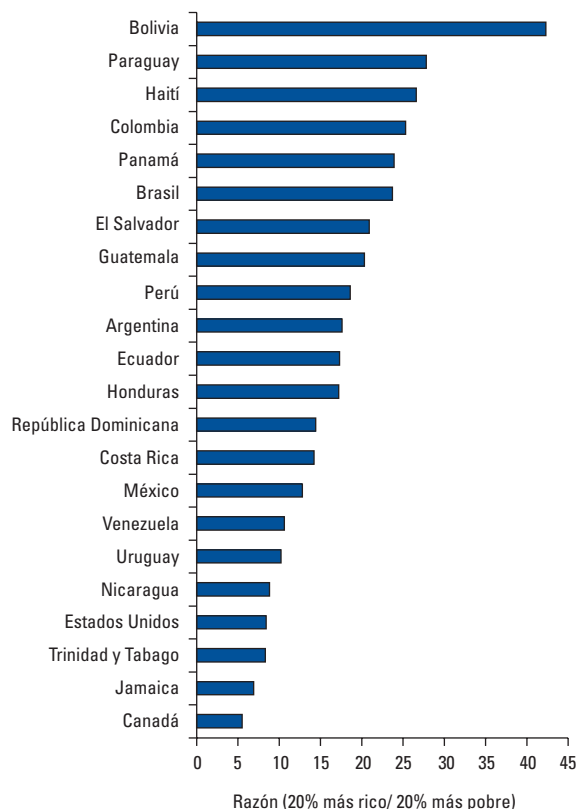
Fuentes: Dikhanov, Y. y M. Ward (2001), Evolution of the Global Distribution 1970–1999 y PNUD (2005) Informe de Desarrollo Humano 2005, p. 62.

figura 5. Ambas formas reflejan importantes desigualdades entre los países de las Américas.

La inequidad en América Latina y el Caribe también se expresa en términos del acceso de la población a agua potable de buena calidad, servicios sanitarios, servicios educativos y de

salud, respeto a los derechos de propiedad y representación política. También existen grandes desigualdades en cuanto al poder e influencia que ejercen las personas, y en muchos países, en la impartición de justicia. Las desigualdades en el consumo —donde se pueden medir de manera acertada— también pare-

**FIGURA 5. Razón de inequidad entre el quintil más rico respecto al quintil más pobre en países de las Américas, 2000–2005.**



Fuentes: Human Development Report 2006 con base en datos de ingreso o gasto del Banco Mundial (2006) World Development Indicators 2006.

cen ser más altas en América Latina que en otras regiones del mundo, aunque las diferencias no son tan agudas como en el caso de las desigualdades en el ingreso (1).

### Evolución del gasto social

Como parte de los ajustes a las políticas públicas y para compensar algunas de las dificultades económicas de la población, algunas de ellas agravadas a raíz de las reformas estructurales, y propiciar un efecto redistributivo de la riqueza, los gobiernos de América Latina y el Caribe incrementaron sustantivamente los recursos públicos destinados al gasto social. Entre principios de los años noventa y 2003, se observó un incremento sostenido del gasto social en la mayoría de los países. La participación del gasto social como proporción del PIB pasó de 12,8% a 15,1%, lo que significa un incremento de 39% en términos reales del gasto público social per cápita (2).

Estimaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) indican que el gasto público social per cápita

en los 21 países de los que se cuentan con datos para el período 2002–2003 fue de US\$ 610 (US\$ 170 más que en 1990–1991, en dólares constantes de 2002). En ese período, las cifras muestran importantes diferencias entre los países, variando desde un mínimo de US\$ 68 (Nicaragua) a un máximo de US\$ 1.284 (Argentina). Asimismo, como lo muestra el cuadro 3, al comparar la inversión del gasto social como proporción del PIB se observa una gran variabilidad entre los países, desde un mínimo de 5,5% (Trinidad y Tabago) hasta un máximo de 29,3% (Cuba).

Sin embargo, el incremento en el gasto social observado fue insuficiente para resarcir los daños causados por las sucesivas crisis económicas y no logró alterar las diferencias ya existentes entre los países y en la distribución al interior de los mismos. Mientras Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba y Uruguay asignaron en el período 2002–2003 más de 18% del PIB al gasto social, Ecuador, El Salvador, Guatemala, República Dominicana y Trinidad y Tabago asignaron menos de 7,5%. Estas variaciones significan que a pesar del esfuerzo de los países más pobres de incrementar el gasto social, en términos reales persistían las disparidades al interior de América Latina y el Caribe (2).

En ese mismo período, se estima que los países de América Latina y el Caribe destinaron la mayor parte de su gasto público al gasto en esquemas de seguridad social y acciones de asistencia social (7,5%), seguido por el de educación (4,1%), mientras que el gasto en salud y vivienda y otros representaron solamente 2,9% y 0,9% respectivamente (ver figura 6).

El gasto destinado al sector salud como proporción del PIB en el período 2002–2003 se muestra en la figura 7. La figura 6 muestra la evolución de los patrones de gasto público social por sector a partir de 1990 en América Latina y el Caribe, y la figura 7 muestra las diferencias importantes que persisten en cuanto al porcentaje del PIB que los países destinan a inversiones sociales.

La inversión en salud, y especialmente en la salud de los grupos más vulnerables, tiene un impacto inmediato en el horizonte productivo de la población. La inversión en la salud de las personas más vulnerables es una condición necesaria para facilitarles el acceso a mayores beneficios del desarrollo, tales como la posibilidad de aumentar su productividad, acumular ingresos y transferirles riqueza a sus descendientes. El patrón del gasto social en educación y salud en América Latina y el Caribe muestra una tendencia progresiva, ejemplificado en el incremento en el acceso a los servicios públicos y la voluntad política de los gobiernos durante los años noventa para financiar programas destinados a los segmentos más pobres de la población, particularmente al inicio de la vida de las personas, a fin de romper el ciclo intergeneracional de la pobreza. El gasto social sin embargo varía entre países y el gasto público en salud muestra mayores variaciones que el gasto público en educación. Este patrón se debe a la estructura de los sistemas nacionales de salud de los países y la presencia de gastos privados ligados a la provisión de los servicios de salud. Por último, el gasto público en esquemas de seguridad social (pensiones) es más regresivo, ya que afecta negativa-

**CUADRO 3. Gasto público social y por sectores de educación, salud, seguridad social y vivienda, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2002–2003.**

País	Gasto público social		Gasto público social en educación		Gasto público social en salud		Gasto público social en seguridad social <sup>a</sup>		Gasto público social en vivienda y otros	
	per cápita en US\$ de 2000	como porcentaje del PIB	per cápita en US\$ de 2000	como porcentaje del PIB	per cápita en US\$ de 2000	como porcentaje del PIB	per cápita en US\$ de 2000	como porcentaje del PIB	per cápita (en US\$ de 2000)	como porcentaje del PIB
Argentina	1284	19,4	279	4,2	291	4,4	642	9,7	72	1,1
Bolivia	136	13,7	66	6,7	16	1,6	51	5,1	3	0,3
Brasil <sup>b</sup>	678	19,2	128	3,6	102	2,9	444	12,6	4	0,1
Chile	764	14,8	209	4,0	155	3,0	390	7,6	10	0,2
Colombia <sup>c</sup>	268	13,5	86	4,3	87	4,4	76	3,8	19	1,0
Costa Rica	782	20,7	235	5,7	236	5,7	232	7,4	79	1,9
Cuba <sup>d</sup>	784	29,3	328	12,3	168	6,3	209	7,8	79	2,9
Ecuador	77	5,7	36	2,7	15	1,1	23	1,7	3	0,2
El Salvador	149	7,1	67	3,2	34	1,6	29	1,4	19	0,9
Guatemala	110	6,5	44	2,6	17	1,0	20	1,2	29	1,7
Honduras <sup>e</sup>	126	13,0	70	7,2	34	3,5	5	0,5	17	1,8
Jamaica	311	9,6	162	5,2	78	2,5	15	0,5	56	1,4
México	603	10,5	233	4,1	136	2,4	144	2,5	90	1,5
Nicaragua	68	8,8	32	4,1	24	3,0	...	...	13	1,7
Panamá	686	17,4	185	4,7	236	6,0	218	5,5	47	1,2
Paraguay	115	9,1	55	4,4	16	1,3	38	3,0	6	0,4
Perú <sup>c</sup>	158	7,8	50	2,5	36	1,8	67	3,3	5	0,2
República Dominicana	185	7,4	72	3,0	39	1,6	28	1,1	46	1,7
Trinidad y Tabago	392	5,5	223	3,1	93	1,3	5	0,1	71	1,0
Uruguay	1072	20,9	173	3,4	125	2,4	754	14,7	20	0,4
Venezuela <sup>f</sup>	489	11,7	213	5,1	67	1,6	170	4,1	39	0,9
América Latina y el Caribe <sup>g</sup>	641	15,4	171	4,1	120	2,9	314	7,5	36	0,9

<sup>a</sup>Incluye partidas de gasto destinadas a trabajo.

<sup>b</sup>La cifra corresponde a una estimación del gasto social en las tres esferas de gobierno (federal, estatal y municipal) a partir de información sobre gasto social a nivel federal.

<sup>c</sup>La cifra corresponde al promedio 2000-2001. Esta cifra no está considerada en los promedios.

<sup>d</sup>La cifra en dólares per cápita se presenta de acuerdo con el tipo de cambio oficial (un dólar=un peso). La cifra corresponde al 2004, y no está considerada en los promedios regionales.

<sup>e</sup>La cifra corresponde al 2004, y no está considerada en los promedios regionales.

<sup>f</sup>Las cifras corresponden al gasto social acordado (presupuesto y sus modificaciones a fines de cada año).

<sup>g</sup>Promedio ponderado de los países, excepto El Salvador.

**Fuente:** CEPAL, sobre la base de información proveniente de la base de datos de gasto social de la Comisión.

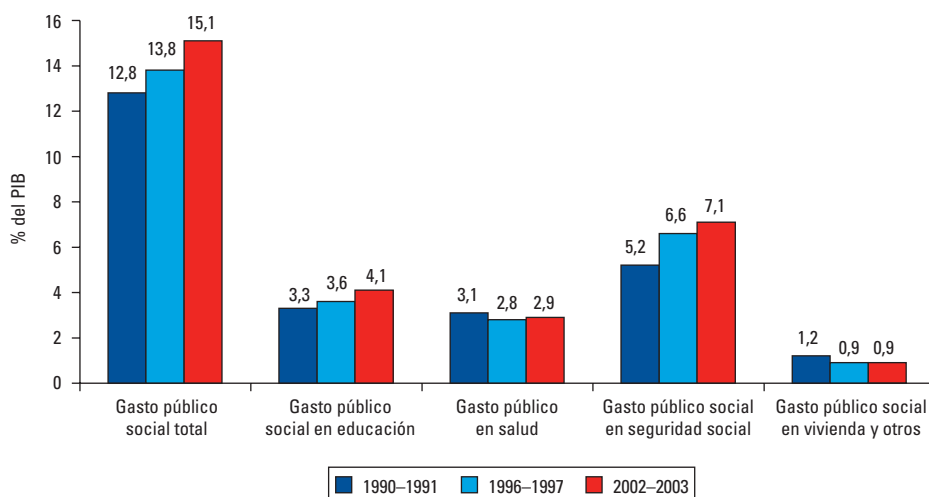
mente a los sectores más pobres de la población y favorece a quienes normalmente cotizan a la seguridad social (estratos medios y altos) y reciben, al requerir servicios médicos o una vez jubilados, los beneficios de una pensión. Los sectores pobres trabajan en la informalidad, y no solo no reciben una pensión o protección ante eventos catastróficos, sino que además, los recursos del Estado para asistirlos se ven mermados por el compromiso de los egresos por concepto de seguridad social. Este es un legado del pasado reciente, dado que los esquemas de seguridad social no brindan acceso universal y benefician solamente a empleados en los sectores formales de la economía.

En general, el bajo nivel de gasto público por habitante y de los recursos destinados a gasto social por parte de los países más po-

bres obedece a su baja recaudación tributaria. De hecho, en el contexto mundial, los ingresos fiscales de los países de América Latina y el Caribe expresados como porcentaje del PIB suelen ser también relativamente bajos.

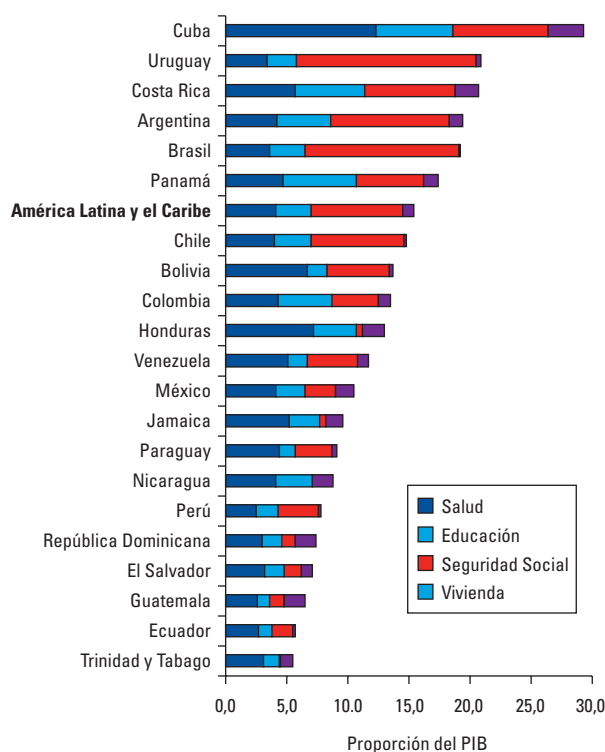
A la par del incremento en la asignación de recursos públicos al gasto social, en los años noventa, varios países de América Latina y el Caribe recibieron recursos financieros adicionales por parte de instituciones multilaterales, agencias de cooperación e iniciativas globales financiadas con recursos privados. Las economías más grandes y algunas de las economías medias han sido las principales beneficiarias, seguidas de los países más pobres que participan en la Iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (PPME).

**FIGURA 6. Evolución del gasto público social total y por sectores como proporción del producto interno bruto en América Latina y el Caribe, 1990–1991, 1996–1997 y 2002–2003.**



Fuente: CEPAL, sobre la base de información proveniente de la base de datos de gasto social de la Comisión.

**FIGURA 7. Distribución del gasto público social como proporción del producto interno bruto por sectores en América Latina y en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2002–2003.**



Fuente: CEPAL, sobre la base de información proveniente de la base de datos de gasto social de la Comisión.

### Tendencias hacia la integración subregional y regional

Durante los años noventa se abrieron espacios para la consolidación de tratados económicos en las Américas. A estos siguieron la creación de diversos mecanismos de cooperación para atender aspectos de carácter político, económico, social y cultural en los que los países de las Américas participan activamente. A los distintos procesos de integración subregional de carácter esencialmente comercial le han seguido procesos de integración social, que han dado origen a instancias y mecanismos de análisis sobre los distintos temas de la integración económica y sus repercusiones sociales. El capítulo 5 analiza en detalle el Sistema de Integración de Centroamérica (SICA), la Comunidad Andina de Naciones (CAN), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA) y los procesos de integración en el Caribe (CARICOM) y en América del Norte (TLCAN).

### Cumbres con nuevos rumbos. Cooperación política regional

La I Cumbre Iberoamericana de Naciones, realizada en México en 1991, pretendió construir un foro de encuentro para avanzar en un proceso político, económico y cultural común. Ha sido un foro privilegiado de consulta y concertación política con el propósito de reflexionar sobre los desafíos del entorno internacional e impulsar la cooperación y la solidaridad entre los 22 países miembros (Andorra, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Paraguay, Portugal, República Dominicana, Uruguay y Venezuela). A partir de 1991

*“Cuando mejoran las condiciones de vida como resultado de actividades preventivas o curativas, se promueve el bienestar y, por consiguiente, la productividad. En cualquiera de los casos, los fondos que se destinan a la salud son una inversión: cuanto más prevalente sea el problema, más grande será el retorno que se obtiene.”*

Abraham Horwitz, 1964

se han llevado a cabo 16 Cumbres. Inicialmente los temas tratados no reflejaron una preocupación central por la salud, pero en Cumbres recientes se ha prestado especial atención al desarrollo social con alto contenido humano, lo que se ha traducido en el establecimiento de compromisos relacionados con la salud de la población. La Declaración de la XIII Cumbre Iberoamericana en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, noviembre de 2003, expresa que “la salud constituye un derecho humano fundamental para el desarrollo sostenible” y se compromete a “rescatar la atención primaria de salud, el objetivo de salud para todos y con todos, el cumplimiento de los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio y el fortalecimiento de las capacidades de gestión local en salud.” En la misma Declaración, los Jefes de Estado y de Gobierno se comprometen a “dirigir la acción hacia los sectores excluidos con el propósito de disminuir los índices de mortalidad infantil y materna y prevenir la difusión de enfermedades infecto-contagiosas como el sida”(3). De la misma manera la XIV Cumbre Iberoamericana llevada a cabo en San José, Costa Rica, en noviembre de 2004 reafirmó el compromiso con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) poniendo especial énfasis en la necesidad de reducir la pobreza extrema y el hambre y de luchar contra la injusticia social.

En la XV Cumbre Iberoamericana llevada a cabo en 2005 en Salamanca, España, se crea la Secretaría General Iberoamericana, como un órgano permanente de apoyo para la institucionalización de la Conferencia Iberoamericana. Se solicitó a la Secretaría que en el marco de los ODM llevara a cabo, entre otras acciones, el impulso de “programas de cooperación en el campo de la salud que ayuden a combatir las pandemias y enfermedades curables.” Asimismo, se acuerda la importancia de “promover acciones e iniciativas concretas para la realización universal del derecho a la salud, colocando este objetivo en el centro de la agenda política de nuestros países y de la cooperación iberoamericana.”(4)

En la XVI Cumbre Iberoamericana celebrada en Montevideo, Uruguay, en noviembre de 2006, los Mandatarios destacaron la importancia de tratar la realidad global de las migraciones desde la perspectiva de los derechos humanos y el reconocimiento del aporte cultural que los inmigrantes brindan al país que los recibe.

Para llevar a cabo los mandatos emanados de las cumbres iberoamericanas se han instalado de manera paralela las Reuniones Iberoamericanas de Ministras y Ministros de Salud que han aprobado la creación de un espacio Iberoamericano de Salud y la

puesta en marcha de las cuatro primeras Redes Temáticas de Cooperación en Salud: Red Iberoamericana de Donación y Trasplante; Red de Políticas de Medicamentos; Red de Lucha contra el Tabaquismo y Red de Enseñanza e Investigación en Salud Pública. El foro iberoamericano ha facilitado que los países reafirmen sus valores y principios comunes para lograr consensos en favor del mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de los países miembros.

A impulso de los Estados Unidos, la **Cumbre de las Américas** se reunió por primera vez en 1994 en Miami, Estados Unidos y desde un inicio su objetivo fue preparar las condiciones para la firma de un Tratado de Libre Comercio en las Américas. Sin embargo, se reconoció que para lograr tal propósito era necesario concertar y avanzar en temas sociales pendientes. La Cumbre de las Américas se reúne cada cuatro años y los acuerdos emanados se sintetizan en una Declaración y un Plan de Acción suscrita por los Presidentes y Jefes de Estado participantes. En los años noventa se llevaron a cabo dos Cumbres, la de Miami en 1994 y la de Santiago en 1998. La III Cumbre de las Américas se llevó a cabo en abril de 2001 en la ciudad de Québec, Canadá y giró en torno al compromiso de fortalecer la democracia, crear prosperidad y desarrollar el potencial humano. Por primera vez se incluyó en la discusión del tema de seguridad hemisférica el concepto de las nuevas amenazas a la salud, como la pandemia de VIH/sida y los niveles crecientes de la pobreza (5). Igualmente, se destaca la necesidad de una reforma solidaria del sector de la salud dirigida a enfatizar su preocupación con las funciones esenciales de salud pública, la calidad de la atención, la igualdad en el acceso, y la elaboración de estándares referidos al ejercicio de la profesión. El compromiso en esta cumbre se extiende a fortalecer los programas hemisféricos de prevención, control, tratamiento de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, las enfermedades mentales, la violencia y los accidentes así como participar activamente en la negociación de un convenio marco para la lucha contra el tabaquismo (5).

En 2004, se llevó a cabo en Monterrey, México la Cumbre Extraordinaria de las Américas y su Declaración establece el compromiso de ampliar las estrategias de prevención, atención, promoción e inversión en el ámbito de la salud, haciéndose énfasis en la protección social de la salud como uno de los pilares del desarrollo humano. Se respalda la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de proveer tratamiento antirretroviral a tres millones de personas en el mundo para 2005, comprometiéndose a brindar el tratamiento para ese año al menos a 600.000 personas en la Región de las Américas.

La IV Cumbre de las Américas se llevó a cabo en Mar del Plata, Argentina, en noviembre del 2005. El tema central fue “Crear Trabajo para Enfrentar la Pobreza y Fortalecer la Gobernabilidad Democrática”. Además de reafirmar los compromisos establecidos en la Cumbre del Milenio, de reducir la pobreza para 2015 (6), se respaldó la creación de la alianza estratégica intersectorial entre los ministerios de salud, educación, trabajo y ambiente. En

el marco de esta alianza, se establece el compromiso de promover políticas públicas para proteger la salud y seguridad de los trabajadores, e impulsar una cultura de prevención y control de riesgos ocupacionales en el Hemisferio. Por último, se reconoce la urgencia de desarrollar planes nacionales de preparación para una pandemia de influenza y gripe aviar antes de junio del 2006 (6).

El propósito de la **Cumbre de América Latina, el Caribe y la Unión Europea**, celebrada por primera vez en Río de Janeiro en 1999, es promover y desarrollar una asociación estratégica sustentada en el pleno respeto al derecho internacional y en los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas, así como en un espíritu de igualdad, alianza y cooperación. La II Cumbre de América Latina, el Caribe y la Unión Europea se llevó a cabo en Madrid, España en 2002, y resaltó la importancia de la equidad de género para combatir la pobreza y lograr un desarrollo sostenible y equitativo así como en asegurar el bienestar de todos los niños y las niñas. Para tal efecto se reconoce la importancia de fortalecer la asistencia en materia de salud y protección social. En lo referente al VIH/sida, se reconoce la importancia de la prevención y la necesidad de facilitar el acceso al tratamiento con antirretrovirales. En la III Cumbre, que se llevó a cabo en Guadalajara, México en 2004, se reafirma el compromiso para alcanzar los ODM en 2015 y se anuncia el programa EUROsociAL, cuyo objetivo es promover el intercambio de experiencias, conocimientos especializados y buenas prácticas entre Europa y América Latina, especialmente en los sectores educativos y de salud. Asimismo, se establece un compromiso para reforzar los mecanismos de cooperación biregional para los pueblos indígenas, el empoderamiento de la mujer, los derechos de las personas con discapacidad y la niñez. La IV Cumbre de América Latina, el Caribe y la Unión Europea, celebrada en Viena, Austria en 2006, reafirma el compromiso de incrementar la Ayuda Oficial al Desarrollo para llegar en 2010 a 0,56% del ingreso nacional bruto y cumplir el objetivo del 0,7% para 2015 bajo el reconocimiento de que avanzar en los ODM requiere recursos adicionales.

Los procesos de las Cumbres han permitido el establecimiento de compromisos entre los Jefes de Estado y de Gobierno, sus respectivos Ministros y los organismos multilaterales de carácter regional e internacional para trabajar de manera conjunta y decidida para alcanzar los ODM en la Región. En este contexto, se ha fortalecido el papel fundamental que representa la salud en la reducción de la pobreza y la inequidad. Asimismo, se han logrado construir consensos que han tenido repercusiones en el desarrollo de políticas sociales y la planeación a nivel local y han logrado difundir valores fundamentales a lo largo de la Región. Entre ellos destacan el reconocimiento del papel de los determinantes sociales, de las necesidades particulares de los grupos más vulnerables de la población, de la importancia de lograr una mayor eficiencia del gasto social a través de la búsqueda de sinergias al interior de las agencias gubernamentales y de la necesidad de sumar a otros actores sociales, empezando por los propios beneficiarios, a las acciones de cambio social.

## EL CONTEXTO SOCIAL

La salud de las personas no es un fenómeno aislado y los mayores determinantes de la salud son de carácter social, especialmente la pobreza, la desnutrición y el desempleo, pero también las condiciones de género, etnia y raza. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) representan precisamente compromisos para reducir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la inequidad de género. Los ODM presentan una visión del desarrollo que va mucho más allá del crecimiento económico, ya que privilegian la salud, la educación y la preservación del entorno como motores del desarrollo: tres de los ocho objetivos, ocho de las 16 metas y 18 de los 48 indicadores están directamente relacionados con la salud. Asimismo, la salud tiene una influencia importante en la consecución de otros objetivos (ver cuadro sobre los ODM en América Latina y el Caribe en las páginas 4 a 9).

Los ODM constituyen el primer consenso político a nivel de Jefes de Estado y de Gobierno que se comprometen, en un acto de solidaridad que trasciende fronteras, a reducir la pobreza, al tiempo que los países desarrollados se comprometen a aumentar la ayuda oficial al desarrollo. La promoción y el trabajo hacia el logro de los ODM han llevado a reconocer nuevamente el papel trascendental de los determinantes sociales de la salud, especialmente en la salud de los grupos más vulnerables.

En 2005, la OMS estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud con el propósito de analizar el impacto de las condiciones socioeconómicas y del entorno en la salud de la población. Su objetivo era generar una agenda local y global para la formulación, planificación e implementación de políticas, planes y programas de salud que contribuyeran a reducir las desigualdades sanitarias y mejorar la calidad de vida y la salud de las personas.

La Comisión enfatiza el papel de la persistencia de desigualdades, la pobreza, la explotación de determinados grupos de población, la violencia y la injusticia en la falta de salud. En todo el mundo, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así como enferman y mueren con mayor frecuencia aquéllas que pertenecen a grupos más vulnerables. Paradójicamente, pese a los adelantos actuales de la ciencia médica y pese a que nunca antes el planeta había tenido acceso a tanta riqueza, la brecha de inequidad es cada vez mayor. La Comisión subraya que la salud no es un acontecimiento sólo de orden biológico y del ámbito individual, sino que por su propia naturaleza, es una resultante de las complejas y cambiantes relaciones e interacciones entre la persona, su entorno y sus condiciones de vida en los órdenes económico, ambiental, cultural y político.

Los ODM y los determinantes sociales de la salud se sustentan en la Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, y la reafirman y desarrollan. En su

artículo 25 la Declaración deja claro el derecho a estándares de vida adecuados para la salud y el bienestar de las personas y de sus familias, al afirmar: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.” Incluso agrega que las madres y sus hijos pequeños tienen el derecho a una atención y un apoyo especial.

La falta de acceso a bienes y servicios de salud, así como la ausencia de esquemas de protección social son factores claves para explicar las inequidades en los países de América Latina y el Caribe. En este contexto, es claro que los esfuerzos de la sociedad en su conjunto deben concentrarse en incrementar el acceso a los sistemas de salud para los grupos actualmente excluidos, a través de la expansión progresiva de la cobertura de servicios de salud y la eliminación de barreras de acceso a dichos servicios — económicas, étnicas, culturales, de género y asociadas a la situación laboral.

La consecución de los ODM en América Latina y el Caribe está sujeta a la atención a los determinantes sociales y económicos que influyen de manera negativa en la equidad. La atención de los determinantes incrementa la probabilidad de avanzar en la reducción de las brechas de inequidad existentes y en el fortalecimiento de los derechos políticos, económicos y sociales de los ciudadanos.

### Pobreza e indigencia

Existe una correspondencia importante entre los ODM y los grandes determinantes de la inequidad. Por ejemplo, el mayor

determinante de la salud es la pobreza, y esta se ve reflejada en el ODM 1, que propone erradicar la pobreza extrema y el hambre.

A pesar de adelantos en materia económica, la pobreza sigue siendo una realidad en todos los países de Latinoamérica y el Caribe. Entre los principales elementos que han provocado la prevalencia de altos índices de pobreza se encuentran las bajas tasas de crecimiento, la baja productividad, un acervo limitado de capital humano, políticas económicas y sociales poco efectivas, y en algunos casos el impacto negativo de factores externos.

El ingreso se utiliza a menudo en las mediciones de pobreza. Así la meta 1 del ODM 1 se propone reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a US\$ 1 por día. Sin embargo, para el caso de América Latina y el Caribe, la CEPAL definió líneas de indigencia nacionales que representan el costo de adquirir una canasta básica alimentaria. Una definición más amplia, complementaria a la del ingreso, es aquella que considera a la pobreza como la condición humana que se caracteriza por la privación continua o crónica de los recursos, la capacidad, las opciones, la seguridad y el poder necesarios para disfrutar de un nivel de vida adecuado y de otros derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales (7).

De acuerdo a estimaciones de la CEPAL, entre 2002 y 2006 hubo reducciones significativas de las tasas de pobreza e indigencia en América Latina y el Caribe. En este período, el porcentaje de la población en condiciones de pobreza se redujo de 44% a 38,5% y el que se encuentra en condiciones de indigencia de 19,4% a 14,7%. En cifras absolutas, se estima que en 2006, 205 y 79 millones de personas se encontraban en condiciones de pobreza e indigencia respectivamente (8) (Figura 8 A y B).

Asimismo, la situación de pobreza es casi el doble en las áreas rurales respecto a las urbanas, mientras en lo que se refiere a la

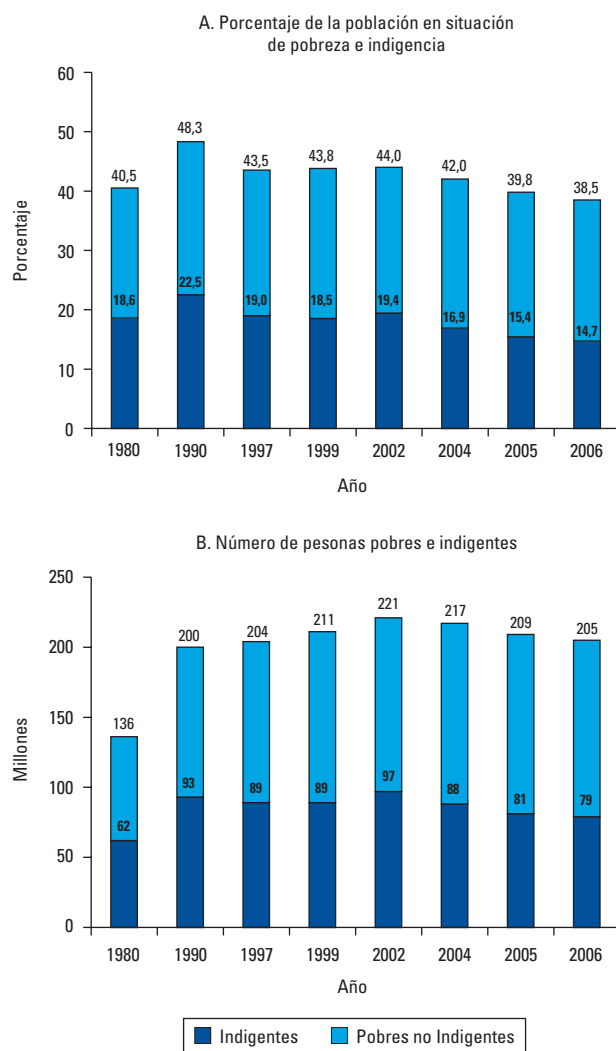
**Indigencia:** Porcentaje de personas cuyo ingreso por habitante del hogar al que pertenecen no es suficiente para adquirir los bienes necesarios para cubrir las necesidades nutricionales de la población, tomando en consideración los hábitos de consumo, la disponibilidad efectiva de alimentos, sus precios relativos, así como las diferencias de precios entre áreas metropolitanas, demás zonas urbanas y zonas rurales.

**Pobreza:** Porcentaje de personas cuyo ingreso por habitante del hogar al que pertenecen no es suficiente para satisfacer sus necesidades esenciales. Para estimar el valor de la línea de pobreza, se multiplica la línea de indigencia por un factor constante, 2 para las zonas urbanas y 1,75 para las rurales. Las líneas de pobreza, expresadas en la moneda de cada país, se determinan a partir del costo de una canasta de bienes y servicios, empleando el método del “costo de las necesidades básicas”.

El equivalente mensual en dólares de las líneas de pobreza más recientes varía entre US\$ 45 y US\$ 157 en las áreas urbanas y entre US\$ 32 y US\$ 98 en las áreas rurales; en el caso de las líneas de indigencia, sus valores fluctúan entre US\$ 23 y US\$ 79 en las áreas urbanas, mientras que en las rurales van desde US\$ 18 hasta US\$ 56 (en todos los casos, los valores más bajos corresponden a Bolivia y los más altos a México).

*Fuente:* CEPAL. Panorama Social de América Latina (2006).

**FIGURA 8. Porcentaje de la población en situación de pobreza e indigencia (A) y número de personas pobres e indigentes (B), América Latina y el Caribe, 1980–2006.**



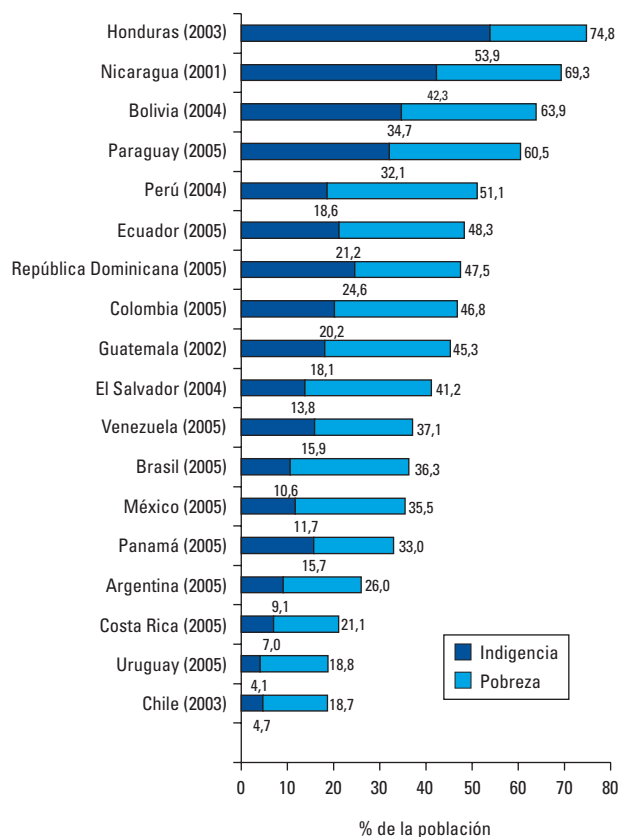
Fuente: CEPAL. Panorama Social de América Latina (2006).

indigencia, dicha razón es casi el triple. Sin embargo, con la constante migración hacia las ciudades, el volumen de pobres e indigentes sigue aumentando en las áreas urbanas.

La CEPAL considera que el período 2003–2006 ha sido el de mejor desempeño social en los últimos 25 años. En 2006, la tasa de pobreza se encontraba por primera vez por debajo de los niveles de 1980 (9). En términos de avance del cumplimiento del ODM 1 y su meta de reducir a la mitad la indigencia entre 1990 y 2015, las cifras estimadas para 2006 corresponden a un avance de 69% para América Latina y el Caribe (9).

Sin embargo, en los países de América Latina y el Caribe, las cifras de pobreza e indigencia durante el período 2001–2005 muestran variaciones significativas. A pesar de los progresos ob-

**FIGURA 9. Pobreza e indigencia en América Latina y el Caribe, última estimación disponible.**



Fuente: Elaborado con datos de la CEPAL (2006). Panorama Social de América Latina 2006. Anexo Estadístico.

servados, aún existe un grupo de países donde los niveles de pobreza rebasan el 60% de la población (ver figura 9).

Adicionalmente, es necesario tomar con cautela estos resultados, ya que al tratarse de promedios nacionales pueden ocultar importantes desigualdades entre los distintos grupos de población o áreas geográficas al interior de los países.

Otra forma de expresión de la pobreza está representada por la carencia de satisfacción de algunas necesidades consideradas como básicas, entre las que se incluyen el acceso a la educación (tanto en términos de asistencia como en años de escolaridad cumplidos), a la vivienda (tanto en su calidad como en la disponibilidad de espacio por persona) y a algunos servicios públicos (cobertura de agua potable, saneamiento básico y electricidad).

A diferencia de los cambios en el ingreso de los hogares producto de los cambios en la economía, la mejora en las necesidades básicas insatisfechas es de progresión más lenta. Según la CEPAL, en América Latina y el Caribe, las dos carencias más frecuentes, que impactan a más del 30% de la población de los países, son el déficit habitacional, medido en el porcentaje de hogares hacendados (que va de 5% a 70% de los hogares, en Uruguay y



Nicaragua respectivamente) y la falta de un sistema de eliminación de excretas apropiado en el área rural (con extremos en 8% de hogares en Chile y 83% en Guatemala). Por lo menos 10% de la población de los países de América Latina y el Caribe está afectada por una de estas carencias (2).

La pobreza es un determinante de la salud de la población, pero además la mala salud es una causa y una consecuencia de la pobreza. La enfermedad puede reducir las economías familiares, la capacidad de aprendizaje, la productividad y la calidad de la vida, con lo que se crea o se perpetúa la pobreza. A su vez, las personas pobres carecen de una nutrición adecuada y están más expuestas a riesgos a su salud, tanto personales, como ambientales, y tienen menos posibilidades de acceder a información pertinente y a la asistencia sanitaria. Por lo tanto, el riesgo de morbilidad y de discapacidad en las personas pobres es mayor que en otros grupos de la población.

### Hambre y desnutrición

Una de las metas del ODM 1 es reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre. Los dos indicadores de esta meta tienen relación con la nutrición: el indicador 4 mide “el porcentaje de niños menores de cinco años con insuficiencia ponderal” y el indicador 5 evalúa “el porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria”. La desnutrición es un determinante de la salud tan poderoso como la pobreza, y en la mayoría de los casos la pobreza es la causa de la desnutrición. Importantes sectores de la población sufren entonces de exclusión social, con limitadas posibilidades de llevar una vida sana y productiva, y por ende limitadas posibilidades de escapar de la pobreza. La desnutrición constituye uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad. En América Latina y el Caribe, la prevalencia de la subnutrición asciende al 10% de la población. Entre 1990 y 2003, el número de personas subnutridas en América Latina se redujo de 59 millones a 52 millones, por lo que se avanza a buen ritmo hacia la meta del ODM 1. Sin embargo, los progresos son irregulares, y se concentran sobre todo

en las subregiones de América del Sur y el Caribe, mientras que en América Central se ha observado una tendencia al alza tanto de las cifras como de la prevalencia (10).

De acuerdo con datos de la CEPAL, entre 1990 y 2003 el porcentaje de la población de América Latina y el Caribe que se encontraba en situación de desnutrición se redujo de 13% a 10%. En el mismo período, de 24 países con información disponible, solo cinco habían podido alcanzar la meta de reducir el hambre a la mitad y habían alcanzado la meta propuesta para 2015. Otros nueve países registraron progresos importantes, con una reducción de alrededor de 60% de la desnutrición en relación a 1990. En otros seis países también se lograron avances, pero menores que los del grupo anterior, de modo que estos países no alcanzarían la meta propuesta para 2015, como lo muestra la figura 10. En el período referido, la subnutrición aumentó en tres países (10).

Las deficiencias en el estado nutricional tienen impacto negativo a lo largo de toda la vida, pero sus efectos resultan más nocivos durante los primeros años de vida. El desarrollo de las capacidades de las personas requiere de una condición nutricional adecuada desde la infancia temprana. La desnutrición obstaculiza el desarrollo intelectual y físico de los niños, lo que los sitúa más adelante en la vida en condiciones de múltiples desventajas tanto físicas como cognitivas.

Según cifras de la FAO, en los países de América Latina y el Caribe existe una gran diferencia en el porcentaje de población que no cubre su nivel mínimo de consumo de energía alimentaria, con extremos de 2% en Argentina, Barbados y Cuba, hasta 47% en Haití (Figura 11). Esta situación se ve, en general, reflejada también en los niveles de prevalencia de insuficiencia ponderal (bajo peso para la edad) entre niños menores de 5 años, que va desde 0,7% a 22,7% en Chile y Guatemala, respectivamente (Figura 12).

La desnutrición es la consecuencia más directa del hambre y provoca una serie de efectos negativos en la salud, en la educación y a lo largo del tiempo, en la productividad y el crecimiento económico de un país. La desnutrición aumenta la vulnerabilidad de las personas a distintas enfermedades y afecta su sobrevivencia. Los niños y niñas desnutridos tienen mayor probabilidad de contraer enfermedades, por lo que a menudo se incorporan

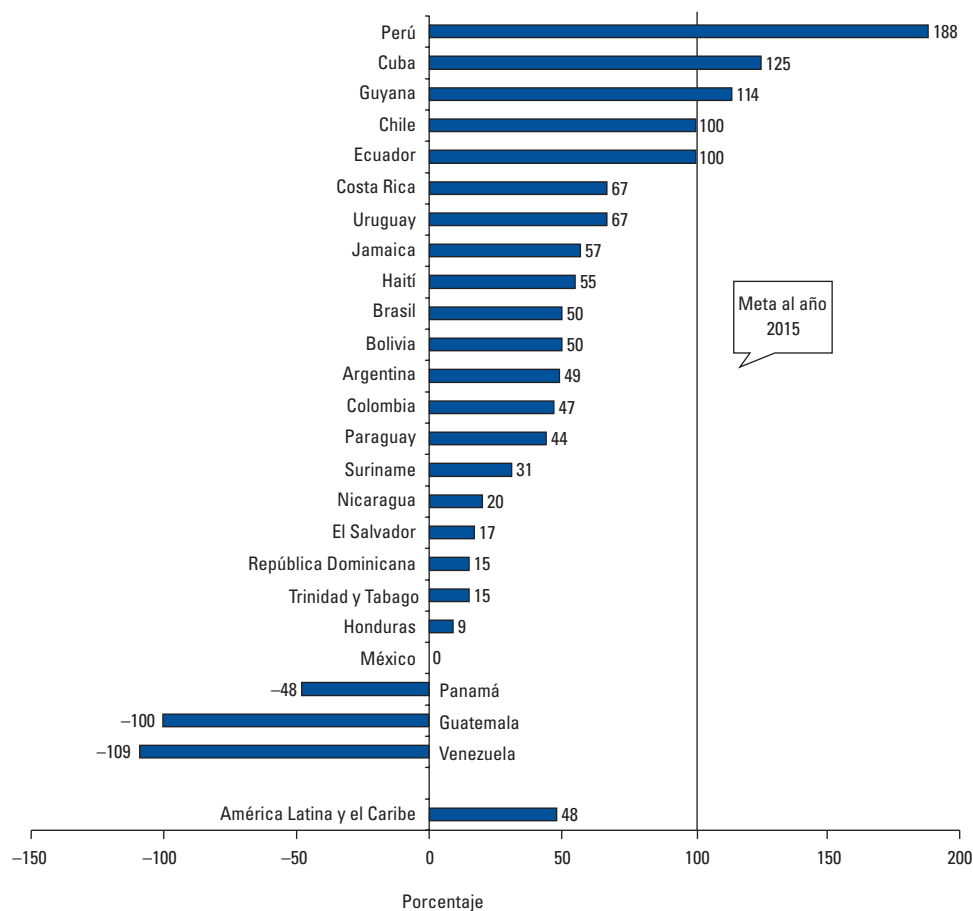
**Subnutrición:** Ingesta de alimentos que es insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria de manera continua.

**Desnutrición:** Resultado de la subnutrición. Se refiere a la absorción deficiente y/o el uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos.

**Malnutrición:** Estado fisiológico anormal debido a la deficiencia, el exceso o el desequilibrio de la energía, las proteínas u otros nutrientes.

Fuente: Glosario de la FAO. Disponible en <http://www.fivims.net/glossary>.

**FIGURA 10. Evolución de los porcentajes de población subnutrida, 1990–1992 y 2000–2002 expresada como avance hacia el logro del ODM 1, que propone erradicar la pobreza y el hambre para 2015, América Latina y el Caribe y países seleccionados.**



**Fuente:** FAO (2004). El Estado de la Inseguridad Alimentaria en el Mundo 2004.

tardíamente al sistema educativo y registran un mayor ausentismo escolar. Asimismo, el déficit de micronutrientes, en especial hierro, zinc, yodo y vitamina A, se relaciona con un deterioro cognitivo que se traduce en un menor aprendizaje. Estas desventajas, sumadas a lo largo del ciclo de vida, pueden resultar en personas adultas que no tengan condiciones de desplegar su máximo potencial intelectual, físico y por ende productivo.

### Desempleo

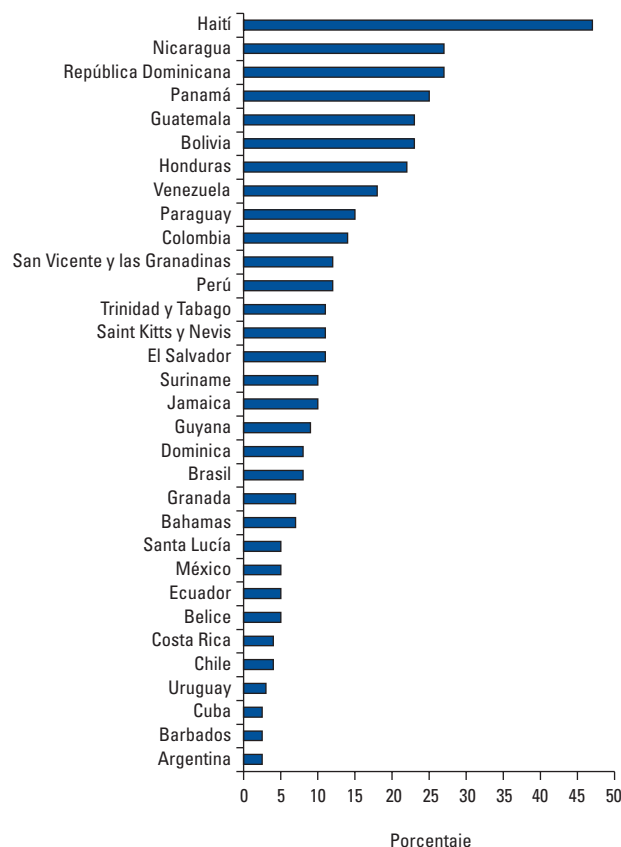
El empleo es un determinante fundamental de la salud desde distintos puntos de vista. El acceso a los mercados de trabajo constituye un determinante de contexto. Los ingresos son determinantes estructurales de la salud y las condiciones laborales son determinantes intermedios. De la misma manera el empleo sostenible es crítico para que los países de América Latina y el Caribe puedan reducir la pobreza y avanzar hacia el logro del ODM 1.

Entre 1995 y 2005 la tasa de desempleo<sup>2</sup> en América Latina y el Caribe se mantuvo cercana a 10%, mientras que la tasa de ocupación mantuvo una tendencia decreciente hasta 2002, año a partir del cual volvió a crecer nuevamente (Figura 13). Asimismo, se observa una participación muy alta del empleo informal en relación al empleo total y en la contribución de la economía informal al PIB (Figura 14).

Entre las principales desventajas de trabajar en el sector informal de la economía se encuentran la falta de acceso a prestaciones de previsión social y pensiones, lo que coloca a las personas en una situación de vulnerabilidad frente a eventos inesperados como son las enfermedades graves, los accidentes, la pérdida de

<sup>2</sup>Según los estándares internacionales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la tasa de desempleo está representada por la cantidad de personas que no está trabajando, que está disponible para trabajar o que está buscando empleo, como porcentaje de población económicamente activa.

**FIGURA 11. Porcentaje de población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria, en países de América Latina y el Caribe, 2001–2003.**

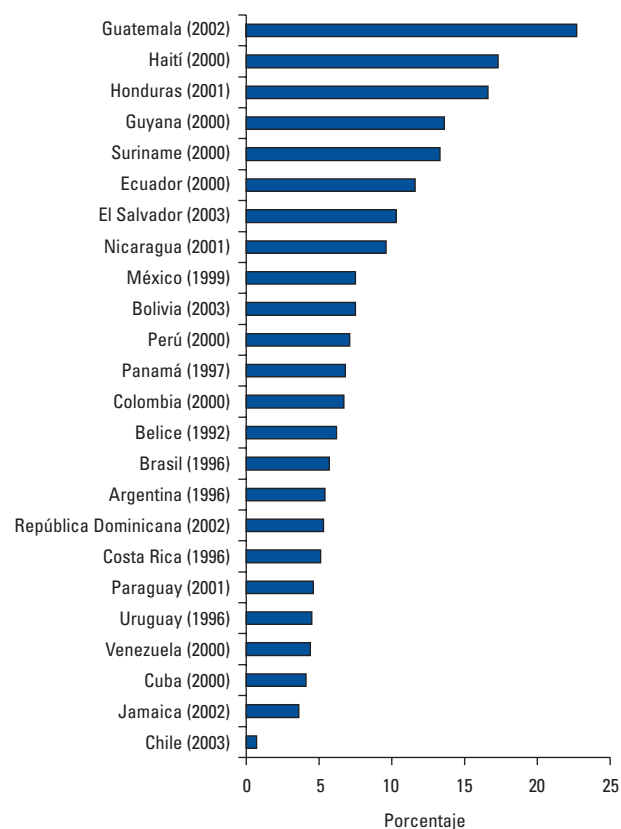


Fuente: CEPAL (2006). Panorama Social de América Latina 2006. Anexo Estadístico.

ingresos o la muerte. El 58,9% del total de la población ocupada urbana de América Latina contaba con protección en salud y/o pensiones en 2005. No obstante, los trabajadores informales siguen registrando una tasa de cobertura significativamente inferior a la que tiene el total de ocupados, pues sólo 33,4% del total de trabajadores en este sector estaban amparados por alguna protección en salud y/o pensiones (11).

El desempleo juvenil es otra expresión de la exclusión social en muchos países de América Latina y el Caribe. La incapacidad de encontrar empleo genera la sensación de marginación e inutilidad entre los jóvenes y puede aumentar su participación en actividades ilegales. Además, para muchos jóvenes estar sin trabajo significa no tener la oportunidad de salir de la pobreza, contribuyendo así a la perpetuación de las carencias con las que prácticamente han coexistido desde su nacimiento. Según datos de la CEPAL, en 2003–2004 la tasa de desempleo entre los jóvenes de 15 a 24 años en América Latina y el Caribe fue en promedio 19,6% para los hombres y 26,2% para las mujeres. Estas cifras se encuentran muy por encima de las de 1990 (11,5% y 13,9% respectivamente) (12).

**FIGURA 12. Porcentaje de niños menores de 5 años que padecen insuficiencia ponderal (bajo peso para la edad), en países seleccionados de América Latina y el Caribe, último año disponible.**



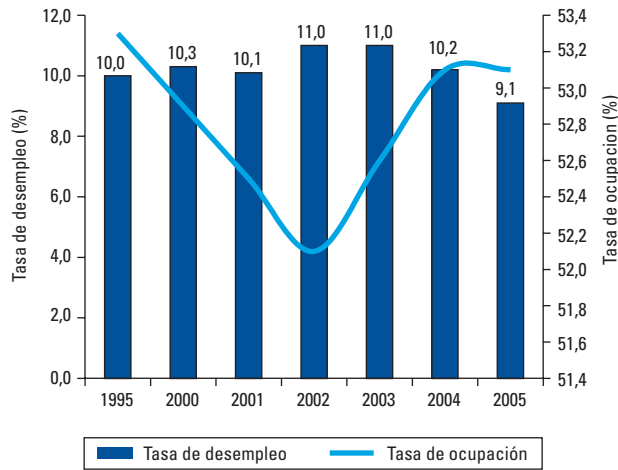
Fuente: CEPAL (2006). Panorama Social de América Latina 2006. Anexo Estadístico.

En la figura 15 se puede observar la gran variabilidad del desempleo juvenil en los países de América Latina y el Caribe. En casi todos los casos (con excepción de El Salvador) el desempleo en las mujeres es mayor que en los hombres. En el caso de Argentina, la tasa de desempleo por género es casi la misma, sin embargo se trata de cifras altas: uno de cada tres jóvenes en Argentina se encuentra desempleado.

La figura muestra que en el caso de los hombres jóvenes entre 15 y 24 años, la tasa de desempleo varía desde un mínimo de 5,6% en México hasta un máximo de 34,1% en Uruguay, mientras que para las mujeres oscila entre 7,6% en México y un poco más de 41% en Colombia y Uruguay. Para el último año con información disponible, la tasa de desempleo promedio de las mujeres entre 15 y 24 años supera en más de 8% la tasa en los hombres en ese rango de edad.

Estas cifras refieren a menudo a las zonas urbanas o áreas metropolitanas de algunos países, o representan solamente el desempleo abierto, sin considerar otros aspectos como el subempleo o el empleo informal, que en algunos países alcanzan niveles importantes. En los jóvenes, las cifras de empleo no toman en cuenta la

**FIGURA 13. Tasa de desempleo y tasa de ocupación en América Latina y el Caribe, 1995–2005.**



Fuente: CEPAL (2006). Estudio económico de América Latina y el Caribe, 1990–2006, p. 85.

calidad del trabajo y si este les proporciona un salario suficiente y los mecanismos de protección social para salir de la pobreza.

La Meta 16 del ODM 8 se refiere al desempleo de los jóvenes y extiende el compromiso, en cooperación con los países en desarrollo a “elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo”. Este compromiso es congruente con la búsqueda de condiciones de trabajo que determi-

nen una buena salud para las generaciones futuras. Pese a esta aspiración, y de acuerdo a los datos reportados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), cada vez más una mayor proporción de jóvenes se encuentran subempleados, algunos trabajando menos horas de las que desearían y otros trabajando jornadas excesivamente largas sin una compensación justa (13).

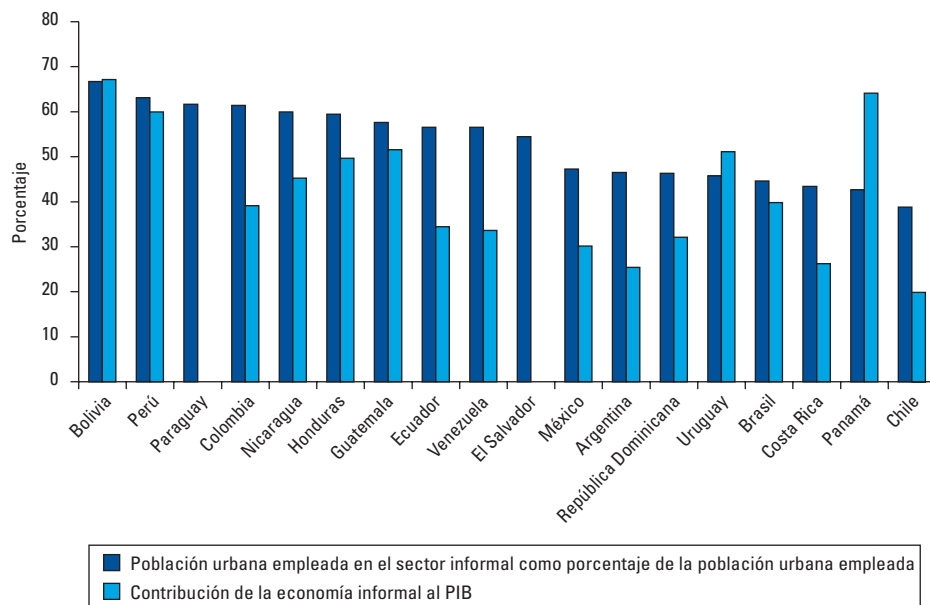
### Acceso a la educación

La relación entre nivel de educación y pobreza es muy clara, en particular la relación entre años de escolaridad y la pobreza extrema. Las niñas y niños más pobres tienen menos oportunidades de concluir la educación primaria, y al no hacerlo reproducen las condiciones de miseria extrema que impidieron su educación. Es por esto que el ODM 2 se propone la universalización de la educación primaria como una de las estrategias para combatir la pobreza.

El impacto de la educación en el potencial productivo y el horizonte de ingresos de las personas ha sido ampliamente documentado (14). Muchos estudios han relacionado por otra parte el estado de la educación de los individuos con su propia salud y la de los miembros de su familia. La clara relación entre la escolaridad de la madre y la mortalidad infantil se demuestra en la figura 16.

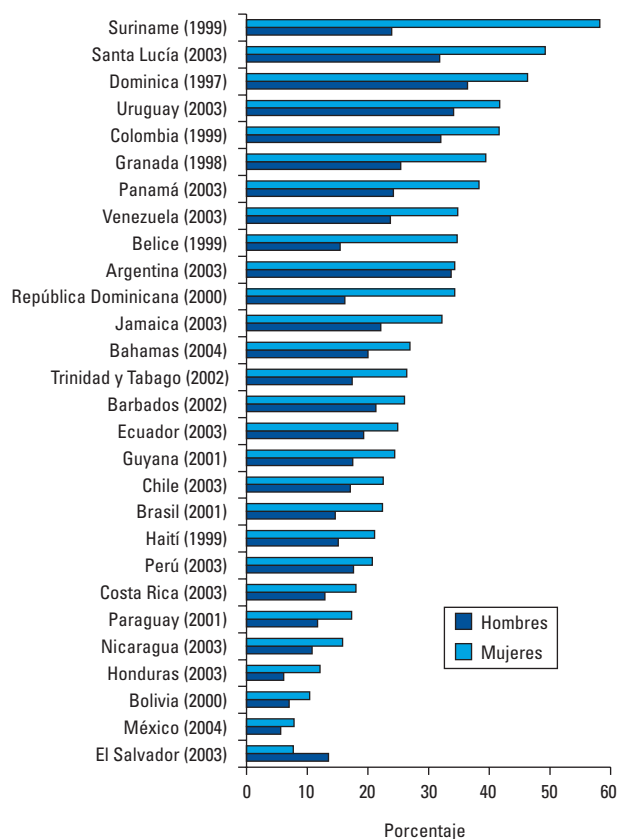
También se ha comprobado el nexo entre la educación y problemas y condiciones de salud como la mortalidad materna, el VIH/sida, la obesidad y una serie de otros problemas relacionados a los estilos de vida (15).

**FIGURA 14. Empleo informal urbano y contribución de la economía informal al PIB, países seleccionados de América Latina, 2003–2005.**



Fuentes: CEPAL (2006). Revista de la CEPAL 88 y The World Bank. Doing Business Database.

**FIGURA 15. Tasa de desempleo de jóvenes de 15 a 24 años por sexo.**



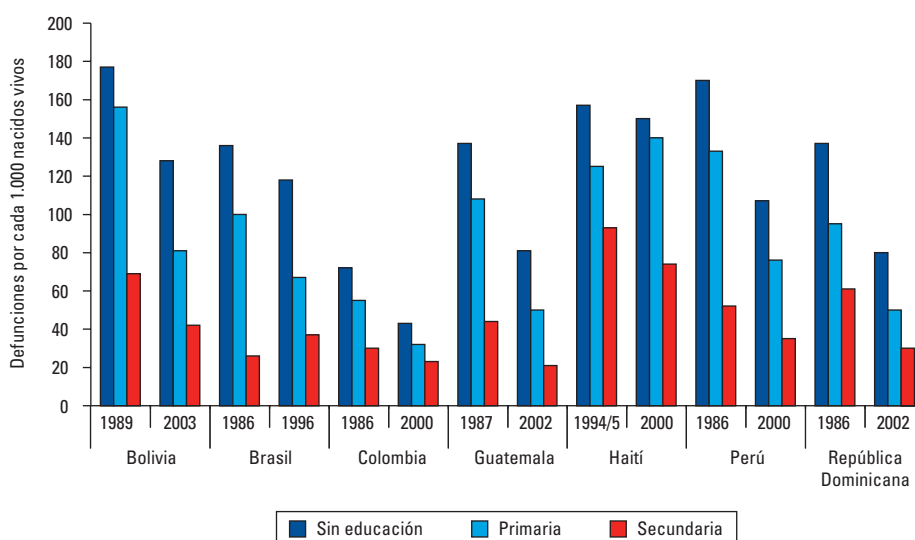
Fuente: United Nations Statistics Division. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/data>

Dado el papel clave de la educación en la distribución de oportunidades de bienestar y especialmente en el impacto en la salud, una mirada integral, sinérgica e indivisible en el logro de los ODM es fundamental. Pese al avance en la universalización de la educación primaria, con una tasa de matrícula en educación primaria que en promedio en América Latina y el Caribe ha pasado de 86,2% en 1990 a 91,5% en 2004 (ver figura 17), la inequidad en el acceso de los grupos más vulnerables sigue siendo el mayor desafío educativo, aunado a las disparidades al interior de los países (16).

Un análisis de la CEPAL encontró que en 2002, en los países de América Latina y el Caribe, por lo menos uno de cada cuatro jóvenes de la cohorte de 15 a 19 años pertenecientes al 20% más pobre de los hogares no logró terminar la educación primaria. El mismo estudio indicó que las oportunidades de conclusión del nivel primario de los niños que residen en zonas rurales son muy inferiores a las de aquellos en zonas urbanas y que se observan diferencias significativas en las tasas de conclusión del nivel primario entre la población originaria y no originaria, especialmente en Bolivia, Brasil, Ecuador, Guatemala, Nicaragua, Panamá y Paraguay (9).

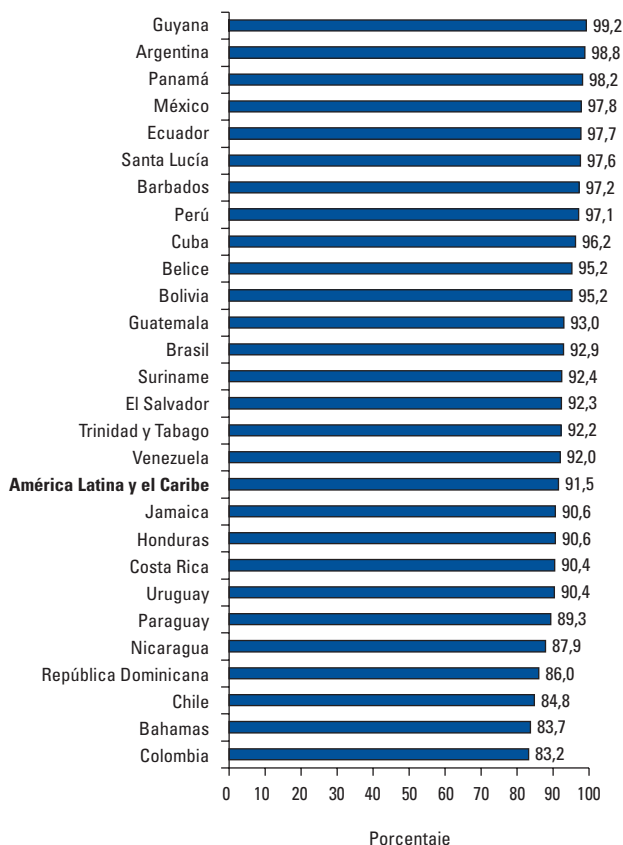
Por otro lado, uno de los desafíos más grandes para la reducción de la pobreza, que tiene un impacto en los determinantes de la salud, es el rezago educativo de los adultos. En 2005, y con base en la ronda de censos de 2000, la UNESCO estimó que 9,5% de la población mayor de 15 años era analfabeta en 28 países de América Latina y el Caribe, con 8,8% entre los hombres y 10,3% entre las mujeres (17). Si bien en los años noventa ha habido importantes progresos en la atención a este grupo prioritario, aún persisten grandes brechas entre los países, como lo muestra la

**FIGURA 16. Tendencias de las tasas de mortalidad infantil según nivel educativo de la madre, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 1989–2002.**



Fuente: CEPAL (2005). Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe.

**FIGURA 17. Tasa neta de matrícula en la enseñanza primaria, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2004.**



Fuente: CEPAL (2006). Panorama Social de América Latina 2006. Anexo Estadístico.

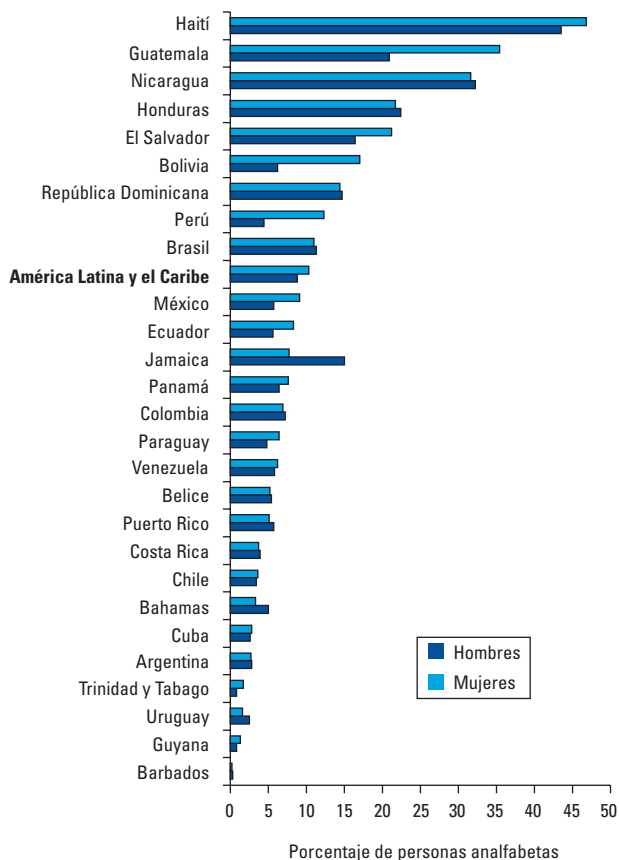
figura 18. En cuatro países (Guatemala, Haití, Honduras y Nicaragua), más de 20% de la población adulta es analfabeta y en cinco países (Bolivia, Brasil, El Salvador, Jamaica y República Dominicana) lo es más de 10% de la población.

### Inequidades en las condiciones de salud

Las inequidades representan desigualdades consideradas y calificadas de injustas y evitables. De esta manera, las acciones dirigidas a reducir las inequidades en salud buscan corregir las injusticias que representan las endebles condiciones de salud entre las poblaciones más vulnerables. Desigualdad en salud es un término genérico utilizado para designar diferencias, variaciones y disparidades en las condiciones de salud de la población. La gran mayoría de las inequidades en salud entre grupos sociales (tales como clase y raza) reflejan la distribución injusta de los determinantes sociales de la salud (16).

En América Latina y el Caribe se observa un estado de salud promedio relativamente bueno. Sin embargo, al mirar hacia el in-

**FIGURA 18. Tendencias del analfabetismo en la población mayor de 15 años, América Latina y el Caribe y países seleccionados, 2005.**



Fuente: UNESCO -IEU. Base de datos en línea.

terior de las subregiones y los países se hace evidente la inequidad en la salud de la población. La inequidad en el acceso a los servicios de salud se traduce en severas brechas en los indicadores de salud a nivel subregional, algunos de los cuales se ejemplifican en el cuadro 4.

Adicionalmente, las inequidades al interior de los países son muy pronunciadas. En un grupo de países seleccionados (Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, Haití, Nicaragua, Paraguay y Perú), la tasa de acceso a servicios de salud es de 34% para el quintil más pobre y de 94% para el quintil más rico (cuadro 5).

Estos niveles de desigualdad de acceso se traducen en severas brechas en los indicadores de salud, como la malnutrición en la niñez y la mortalidad materna. Para el mismo grupo de países, el promedio simple de la tasa de desnutrición en niños del quintil más pobre es 6,3 veces mayor que la del quintil más rico. Existe también una gran heterogeneidad entre los países, ya que este cociente varía desde 3,6 en los casos menos desiguales hasta 10,1 en los países de mayor desigualdad. En el caso de Bolivia, por ejemplo, la cobertura de partos institucionales (un indicador del

**CUADRO 4. Indicadores de salud seleccionados, promedio mundial, de América Latina y el Caribe y cifras para Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras y Perú.**

Indicador	Promedio mundial	Promedio América Latina y el Caribe	Países con mayores diferencias respecto al promedio
Tasa de mortalidad infantil <sup>a</sup>	54	27	Haití 74 Bolivia 54 Guyana 48
Tasa de mortalidad menores de 5 años <sup>b</sup>	79	31	Haití 117 Bolivia 69 Guyana 64
% de partos atendidos por personal capacitado	62	88	Haití 24 Guatemala 41 Honduras 56
Tasa de mortalidad materna <sup>c</sup>	410	194	Haití 680 Bolivia 420 Perú 410

<sup>a</sup>Número de defunciones de niños menores de 12 meses por cada 1.000 nacidos vivos.

<sup>b</sup>Número de defunciones de niños menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos.

<sup>c</sup>Numero de mujeres por cada 100.000 que mueren por complicaciones del embarazo o parto según modelo de estimación.

**Fuentes:** Banco Mundial (2006). World Development Indicators Database 2004 y OPS (2006) Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud.

**CUADRO 5. Acceso a los servicios de salud por quintil de ingreso en países seleccionados en América Latina y el Caribe, 1996.**

País	Promedio	1º (más pobre)	2º	3º	4º	5º (más rico)
Bolivia	56,7	19,8	44,8	67,7	87,9	97,9
Brasil	87,7	71,6	88,7	95,7	97,7	98,6
Colombia	84,5	60,6	85,2	92,8	98,9	98,1
Guatemala	34,8	9,3	16,1	31,1	62,8	91,5
Haití	46,3	24,0	37,3	47,4	60,7	78,2
Nicaragua	64,6	32,9	58,8	79,8	86,0	92,3
Paraguay	66,0	41,2	49,9	69,0	87,9	98,1
Perú	56,4	14,3	49,6	75,4	87,2	96,7

**Fuente:** Banco Interamericano de Desarrollo (2004). The Millennium Development Goals in Latin America and the Caribbean, p. 139.

ODM 5) en 1998 llegó a tan sólo 39% en el quintil más pobre, comparada con 95% en el quintil más rico. Por otra parte, el porcentaje de niños de 0 a 2 años inmunizados contra la difteria, tétanos y polio en el quintil más rico es nueve puntos porcentuales mayor que en el quintil más pobre (18).

El índice de concentración del Banco Mundial (1) demuestra que en varios países de América Latina las mayores inequidades en salud se encuentran concentradas en los hogares más pobres.<sup>3</sup> Para la mortalidad de niños menores de 5 años, el índice de con-

centración a nivel mundial en 2002 era de -0,12, mientras que en América Latina ascendía a -0,17, o sea que se encontraba más concentrada en los hogares más pobres en América Latina que en el resto del mundo. En Brasil, Bolivia y Perú el índice alcanzaba valores aun más altos, -0,26, -0,25 y -0,22 respectivamente. En el caso de la insuficiencia ponderal, América Latina nuevamente obtuvo un índice de concentración más alejado de cero que el resto del mundo (-0,28 y en el resto del mundo fue -0,17), con extremos como República Dominicana y Perú, con -0,44 y -0,40 respectivamente. Brasil, Paraguay y Perú obtuvieron los valores más alejados de cero en las tasas de prevalencia de enfermedades diarreicas. En indicadores como la cobertura del esquema básico de vacunación universal, la atención prenatal y la atención del parto por parte de personal calificado, América Latina obtuvo índices de concentración que indican que estos “bienes” se concen-

<sup>3</sup>El índice de concentración es una medida para determinar el grado en el que una variable está distribuida de manera desigual a lo largo del perfil de ingresos de una población. Aspectos como la mortalidad infantil (llamados “males”) arrojan un índice de concentración negativa mientras que aspectos como la vacunación (“bienes”) arrojan un valor positivo. Un índice de concentración igual a cero indica equidad absoluta.

tran en los hogares más ricos en mayor medida que en el resto del mundo.

Para todos los indicadores analizados, América Latina obtuvo índices de concentración más alejados de cero que el resto del mundo, lo que es consistente con los hallazgos de un estudio sobre desigualdades socioeconómicas que encontró que América Latina aparecía sistemáticamente como la región más inequitativa del planeta (19).

### Inequidades de género, etnia y raza

Uno de los determinantes sociales más importantes en la salud de la población es la inequidad en el acceso a los bienes y servicios. En América Latina y el Caribe, al analizar estas inequidades bajo la óptica de género, etnia y raza, se comprueba que las mujeres pobres, los indígenas y los afrodescendientes tienen desventajas comparativas en el acceso a los servicios de salud.

La autonomía de la mujer y la igualdad de género son reconocidas como objetivos clave en la Declaración del Milenio. Para los países de América Latina y el Caribe, la equidad y pertinencia de los servicios para los pueblos indígenas y las comunidades afrodescendientes es “una deuda social impostergable y un medio eficaz de combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades y estimular un desarrollo verdaderamente sostenible” (9). Al tratarse de objetivos transversales, la adopción de políticas con consideraciones de género, etnia y raza contribuyen al cumplimiento de todos los ODM, ya que los mismos están relacionados con el desarrollo de capacidades (educación, salud, nutrición), con el acceso a los recursos y oportunidades (empleo, ingresos, derechos de propiedad, participación política), y con la seguridad (vulnerabilidad a la violencia y el abuso).

En América Latina y el Caribe la diversidad cultural está determinada, en gran parte, por la presencia de aproximadamente 50 millones de personas indígenas, lo que equivale a más de 10% del total de la población (ver cuadro 6). Existen alrededor de 400 grupos étnicos diferentes, cada uno de los cuales tiene un idioma distinto, tiene una cosmovisión y organización social distinta, así como formas de organización económica y modos de producción adaptados a los ecosistemas que habitan (20).

En los distintos países de la Región de las Américas se pueden comprobar importantes desafíos en lo que tiene relación a la atención de la salud de los pueblos indígenas, como lo sintetiza el cuadro 7.

Por otra parte, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) estimó que, en los países que realizan encuestas de hogares desagregados por grupos étnicos, hasta una cuarta parte de la diferencia en los niveles de ingreso se puede atribuir al sólo hecho de pertenecer a un grupo étnico indígena o afrolatino (21).

### Causas de la inequidad en el acceso a recursos esenciales para la salud

Las mujeres, y particularmente las mujeres indígenas, sufren especialmente las consecuencias de la pobreza. En Bolivia, por

**CUADRO 6. Estimaciones de población indígena como porcentaje de la población total, países seleccionados de las Américas.**

Porcentaje de la población total	Población indígena total		
	<100.000	100.000 a 500.000	>500.000
Más de 40%			Perú Guatemala Bolivia Ecuador
De 5 a 40%	Guyana Belice Suriname	El Salvador Nicaragua Panamá	México Chile Honduras
Menos de 5%	Costa Rica Guyana Jamaica Dominica	Argentina Brasil Paraguay Venezuela	Canadá Colombia Estados Unidos

**Fuentes:** Reports on the Evaluation of the International Decade of the Indigenous Peoples of the World, PAHO, 2004. Hall G, Patrinos AH. Indigenous Peoples, Poverty and Human Development in Latin America: 1994–2004. Washington, DC: World Bank, 2005. Montenegro R, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean [Indigenous Health 2]. Lancet 2006; 367:1859–69.

ejemplo, el analfabetismo está sobre todo concentrado en la población indígena femenina y afecta a una de cuatro mujeres mayores de 35 años. Lo mismo sucede en Perú, donde las mujeres indígenas jefas de hogar tienen 4,6 menos años de escolaridad que las mujeres no indígenas (22).

La asignación social del rol doméstico a las mujeres, que limita sus oportunidades de participación en la esfera productiva, y la falta de reconocimiento al valor económico y social del trabajo femenino tanto en el mercado laboral como en el hogar, son las raíces de las inequidades de género.

Los avances en los indicadores relacionados con la educación de las mujeres no tienen un correlativo en el ámbito laboral o en el político. La participación femenina en la fuerza de trabajo es menor que la masculina, y si bien entre 1990 y 2002 la tasa de participación laboral de las mujeres en las zonas urbanas de América Latina pasó de 37,9% a 49,7%, la diferencia con la participación de los hombres fue de más de 30 puntos porcentuales en promedio durante todo el período (23). La tasa de participación laboral masculina en zonas urbanas fluctuó entre 71% (Uruguay 2004) y 83% (Venezuela 2003 y Nicaragua 2001), mientras que la femenina varió entre 45% (Costa Rica 2004 y Chile 2003) y 57% (Bolivia 2002, Colombia 2002 y Paraguay 2000) (2).

El desempleo femenino es mayor en todos los países de América Latina, con excepción de El Salvador, México, Nicaragua y Perú. En República Dominicana, el desempleo abierto urbano masculino ascendió en 2003 a 13% y el femenino a 31% (2). Las mujeres reciben a su vez menor remuneración que los hombres,



**CUADRO 7. Desafíos en la atención de la salud de los pueblos indígenas.**

<p style="text-align: center;"><b>Pobreza</b></p> <p><b>Ecuador:</b> en las zonas rurales de la sierra y de la Amazonía, áreas con población indígena, se estima que 76% de los niños, son pobres (OPS, 1998).</p> <p style="text-align: center;"><b>Analfabetismo</b></p> <p><b>Perú:</b> en la Amazonía peruana, 7,3% no cuenta con ningún nivel de instrucción, comparado con 32% en las comunidades indígenas (INEI-UNICEF, 1997).</p> <p style="text-align: center;"><b>Desempleo</b></p> <p><b>El Salvador:</b> el desempleo entre la población indígena es de 24% (OPS, 2002).</p> <p style="text-align: center;"><b>Desnutrición</b></p> <p><b>Guatemala:</b> la desnutrición crónica es de 67,8% entre los indígenas y de 36,7 entre los no indígenas (OPS, 2002).</p> <p style="text-align: center;"><b>VIH/SIDA</b></p> <p><b>Honduras:</b> los pueblos garífunas y de habla inglesa son los más afectados por el VIH/SIDA (OPS, 2002)</p> <p style="text-align: center;"><b>Servicios básicos</b></p> <p><b>El Salvador:</b> 33% de la población indígena cuenta con luz eléctrica y 64% se alumbra con candil o candela. El 91,6% consume agua de río, o pozo (OPS, 2002).</p> <p style="text-align: center;"><b>Heterogeneidad étnica y cultural</b></p> <p><b>Brasil:</b> la población indígena brasileña se estima en 350.000 personas, pertenecientes a cerca de 210 pueblos que hablan más de 170 lenguas. Aunque constituye 0,2% de la población total, la población indígena está presente en 24 de los 26 estados del país (OPS, 2003).</p> <p style="text-align: center;"><b>Mortalidad infantil</b></p> <p><b>México:</b> la tasa de mortalidad infantil entre los niños indígenas fue de 59 por 1.000 nacidos vivos en 1997, dos veces superior a la nacional (OPS, 2002).</p>	<p style="text-align: center;"><b>Mortalidad materna</b></p> <p><b>Honduras:</b> tasa de mortalidad materna, promedio nacional <math>147 \times 100</math> mil nacidos vivos. En los departamentos de Colón, Copán, Intibucá, Lempira y La Paz, áreas con población indígena, la tasa de mortalidad materna fluctúa entre 255 y <math>190 \times 100.000</math> nacidos vivos (OPS, 1999).</p> <p style="text-align: center;"><b>Enfermedades Infecciosas</b></p> <p><b>Nicaragua:</b> los municipios afectados por <i>Plasmodium falciparum</i> se encuentran localizados en las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica del país, zona de asentamiento de pueblos indígenas y afrodescendientes (OPS-NIC, 2003).</p> <p style="text-align: center;"><b>Diabetes, obesidad, alcoholismo</b></p> <p><b>Estados Unidos:</b> la población indígena tiene muchas más probabilidades de morir de diabetes mellitus relacionada con la obesidad y de enfermedad del hígado por el abuso del alcohol, que la población general (OPS, 2003).</p> <p style="text-align: center;"><b>Suicidio</b></p> <p><b>Canadá:</b> la tasa de suicidio es de 2 a 7 veces más alta entre la población indígena que en la población en general y es causa de preocupación, especialmente entre los hombres jóvenes de las comunidades Inuit (OPS, 2002).</p> <p style="text-align: center;"><b>Localización</b></p> <p>La población indígena en general es dispersa, en algunos casos móviles, de difícil acceso y en su mayoría localizadas en zonas rurales, urbano-marginales, y fronterizas. Varios pueblos indígenas son multinacionales como los Miskito de <b>Nicaragua</b> y <b>Honduras</b> y los Quechua de <b>Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia, Argentina</b>, etc. (OPS, 2002).</p> <p style="text-align: center;"><b>Atención culturalmente apropiada</b></p> <p>En la evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública, la Función 8: desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, incluyendo la capacidad de proporcionar atención de salud culturalmente apropiada, presenta un desempeño bajo en LAC (38%), y 17% para la atención culturalmente apropiada (OPS, 2002).</p>
--	---

*Fuente:* OPS (2003) Iniciativa salud de los pueblos indígenas. Lineamientos estratégicos y plan de acción 2003–2007.

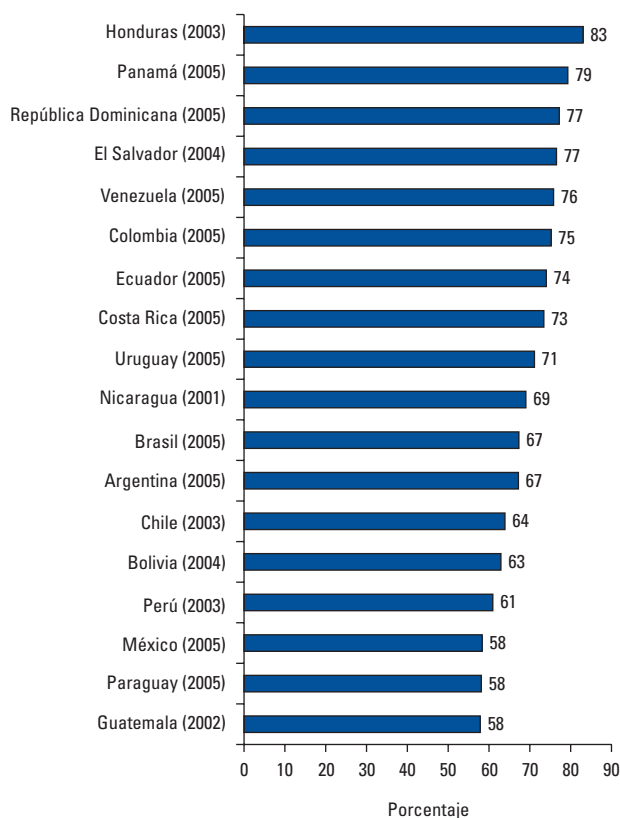
y en promedio en América Latina perciben 35% menos que la remuneración de los hombres (2). En 2002, el ingreso de las mujeres como proporción del ingreso de los hombres fluctuó entre 58% (Guatemala) y 77% (Colombia) (23). La figura 19 muestra el ingreso medio de las mujeres como proporción del ingreso de los hombres.

En América Latina y el Caribe, la proporción de mujeres en el sector informal de la economía y en trabajos de tiempo parcial es mayor que la de los hombres. Una de las causas es la búsqueda de las mujeres de compatibilizar sus responsabilidades domésticas

con las laborales. Ambos tipos de inserción laboral tienden a estar menos protegidos o a quedar por fuera de la cobertura de la seguridad social y los planes de aseguramiento de la salud. En 2002, el porcentaje promedio de mujeres urbanas ocupadas en sectores de baja productividad (sector informal) fue de 56% mientras que el porcentaje de hombres fue de 48% (2). Esta diferencia es mayor en Bolivia (76,7% y 58,5% respectivamente) y en Perú (71,7% y 56,7% respectivamente (24).

Durante los años noventa, la proporción de mujeres empleadas en jornadas de tiempo parcial fue en Argentina 44% y la pro-

**FIGURA 19. Ingreso medio de las mujeres como proporción del ingreso de los hombres, países seleccionados de América Latina y el Caribe, último año disponible.**



Fuente: CEPAL (2006). Panorama Social de América Latina 2006. Anexo Estadístico.

porción de hombres fue 20%, en Venezuela fue 33% y 12% respectivamente, y en Bolivia fue 41% y 17% (25).

Los indígenas y afrodescendientes tienden a ocupar puestos de baja remuneración y se integran mayormente a la economía informal, lo que implica que carecen de protección social y seguros de salud. Los trabajos que desempeñan, en muchos casos presentan riesgos a la salud. En Bolivia, según un estudio de 2000, los indígenas ocupan 67% de empleos precarios y 28% de los empleos semicalificados. Al mismo tiempo, sólo 4% de los trabajadores indígenas ocupan trabajos que requieren mayor calificación. En 2000, uno de cada cinco trabajadores indígenas en Chile tenía un trabajo temporal. En Guatemala, 81% de los indígenas estaba integrado a la economía informal (26).

La desocupación también tiende a ser mayor en los indígenas y afrodescendientes. En Brasil, el desempleo es mayor en la población afrodescendiente que en la población blanca (13,8% en las mujeres afrodescendientes y 8,4% en los hombres). En 2001, la remuneración promedio de las mujeres negras no llegó a ningún momento a más de 53% de las mujeres blancas (27).

Las mujeres, las personas indígenas y los afrodescendientes tienen menor acceso a prestaciones sociales y carecen de planes de atención de salud a largo plazo. Además, por su papel en la maternidad y crianza de los hijos y por ser culturalmente las principales responsables del cuidado de la salud de ancianos y enfermos crónicos, las mujeres experimentan mayor discontinuidad en su historia de trabajo, lo que limita su acceso a aseguramiento. La brecha contributiva entre hombres y mujeres es muy significativa y aumenta con la edad en todos los países de América Latina. En promedio, en 2002, en el grupo de 15 a 64 años, 19% de las mujeres y 32% de los hombres realizaron aportaciones a sistemas de seguridad social (23). Estos factores se traducen en pensiones inferiores para las mujeres a partir de los 65 años, equivalentes en promedio a 77% de las pensiones de los hombres (23).

#### *Salud y equidad de género, etnia y raza*

Un análisis de las condiciones de salud desde una perspectiva de equidad de género hace énfasis en las situaciones y problemas que: a) son exclusivas de uno u otro sexo; b) responden a riesgos diferentes según sexo; c) afectan de forma diferente a las mujeres y los hombres; y d) son evitables. Las categorías que usualmente responden a estos criterios son: salud sexual y reproductiva (regulación de la fecundidad, embarazo durante la adolescencia, salud materna, VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual); tumores malignos (cáncer de mama y útero, cáncer de próstata, cáncer del pulmón); y un conjunto de otras condiciones que presentan claros diferenciales por sexo en materia de prevalencia y riesgos diferenciales tales como accidentes y violencias (homicidio, suicidio, violencia contra las mujeres), enfermedades del aparato circulatorio, problemas nutricionales, diabetes y cirrosis hepática.

En todos los países de América Latina y el Caribe las mujeres registran una esperanza de vida al nacer mayor que la de los hombres y una mortalidad menor que la masculina en todos los grupos de edad, excepto durante el período perinatal y la primera infancia. En las Américas, las mujeres viven en promedio 5,9 años más que los hombres, y tal ventaja fluctúa entre Uruguay, Argentina y Brasil donde viven 7 años más y en Haití donde las mujeres viven 1,3 años más que los hombres. La mayor longevidad de las mujeres tiene como resultado que ellas constituyen el grupo mayoritario dentro de la población de adultos mayores. Las mujeres representan 56% de la población mayor de 60 años en América Latina y el Caribe (28).

Sin embargo, la mayor longevidad de las mujeres no necesariamente representa una mejor calidad de vida. Las estimaciones de esperanza de vida saludable, expresadas en años de vida libres de discapacidad, señalan que las diferencias por sexo en la esperanza de vida al nacer tienden a reducirse cuando se incorpora el elemento de calidad de vida. En la Región de las Américas, las cifras indican que la brecha por sexo en la esperanza de vida saludable es 2 años menor que la esperanza de vida al nacer, y esta diferencia es proporcionalmente mayor en los paí-

*“La crisis económica de los años ochenta agravó la deuda social al sumergir a más gente en la pobreza y, al mismo tiempo, limitar los recursos a disposición de los sectores sociales. La situación parece ser un círculo vicioso: los problemas económicos persistentes causan una escasez de servicios que afecta adversamente la salud de la población, pero los países necesitan una población sana para poder participar en el desarrollo económico y social.”*

Carlyle Guerra de Macedo, 1992

ses más pobres (29). La encuesta OPS SABE-2000 reveló que en siete ciudades de América Latina y el Caribe, la frecuencia de discapacidad en el grupo de 60 años o más, fue de 27% a 52% más alta para las mujeres que para los hombres (30). Las mujeres, pese a vivir más, experimentan mayor morbilidad y discapacidad que los hombres a lo largo del ciclo de vida. Esta tendencia es más pronunciada en el caso de condiciones agudas y discapacidades de corta duración en la edad reproductiva, y de condiciones y discapacidades crónicas, en las edades avanzadas. En contraste, los hombres experimentan menor morbilidad y discapacidad, pero sus problemas de salud, cuando ocurren, tienden a ser letales (31).

También existen diferencias entre la esperanza de vida de los indígenas en relación a la de los no indígenas, y entre los afrodescendientes y las personas blancas. Un estudio realizado en distintos municipios en México, que comparó los municipios indígenas con los no indígenas, encontró que, para el período 1990–1996, los indígenas vivían 64 años y los no indígenas vivían 68 años (32). En Brasil, en 2000, la esperanza de vida de los blancos era de 71 años y la de los negros de 64 años (27).

La naturaleza y el tamaño de las brechas de género respecto a la duración y la calidad de la vida varían sustantivamente según el contexto socioeconómico y cultural. Un ejemplo de la interacción entre género y desigualdad socioeconómica fue documentado por la OMS en 13 países de América Latina, a través de la estimación del riesgo de muerte prematura (entre los 15 y los 59 años de edad) para mujeres y hombres, pobres y no pobres (33). El cálculo de la razón del riesgo de mortalidad prematura pobres/ no pobres ilustró el impacto de la pobreza sobre las probabilidades de supervivencia de mujeres y hombres. En 1990, en un conjunto de 10 países de América Latina y el Caribe, el riesgo de muerte prematura de los hombres pobres fue 2 a 5 veces mayor que el de los hombres no pobres, mientras que el mismo riesgo en las mujeres pobres fue 4 a 12 veces más alto que entre las mujeres no pobres.

Las mujeres mayores de 60 años representan una proporción mayoritaria de la población de adultos mayores, y son uno de los grupos más vulnerables de la sociedad. Este grupo está afectado por la soledad, la pobreza, la enfermedad, y la desprotección en

materia de prestaciones sociales y económicas. La mayor longevidad femenina resulta en una frecuencia más alta de viudez y de años vividos sin pareja. Paralelamente, el efecto acumulado de su menor participación laboral, inferior remuneración y, consecuentemente, menor aportación a sistemas de retiro a lo largo de la vida, hace que las mujeres lleguen en desventaja a las edades mayores, no solo en términos económicos sino, también, de derecho para acceder a prestaciones de salud y seguridad social.

#### *Género y el acceso a la atención de la salud*

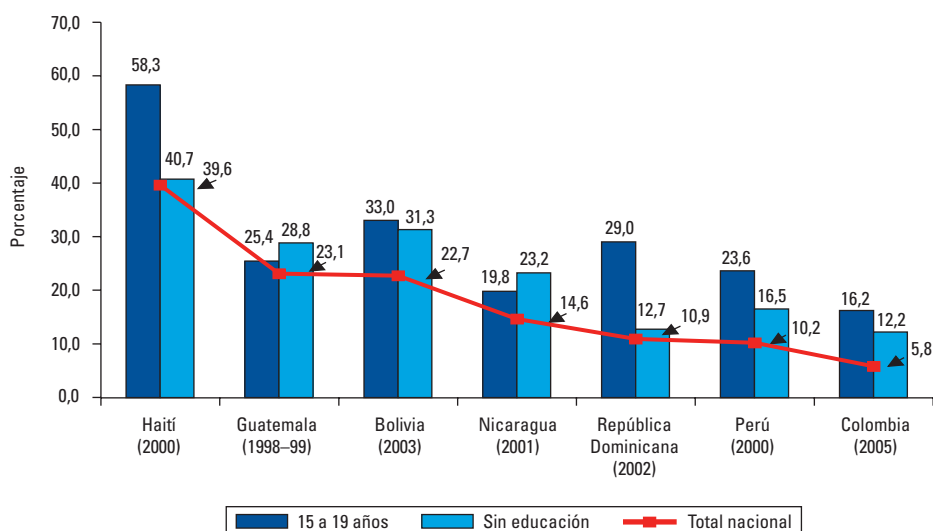
Las inequidades en el acceso a los servicios de salud varían de acuerdo al estrato socioeconómico y la edad de las personas, así como del tipo de servicio. En algunos países pobres y en sectores de menores ingresos, la utilización de servicios en caso de enfermedad o lesión por parte de las mujeres se desvía del patrón y es menor que en los hombres. En cuanto a edad, las mujeres hacen uso de los servicios en su edad reproductiva más que los hombres, mientras que en algunos países los porcentajes de niños de ambos sexos que recibieron atención en caso de enfermedad revelaron que, frente a síntomas de fiebre, infección respiratoria aguda o diarrea, los niños fueron llevados al servicio médico con mayor frecuencia que las niñas (34). Por otra parte, la evidencia indica que las mujeres tienden a utilizar más los servicios preventivos, mientras que los hombres recurren más frecuentemente a los servicios de urgencia (34).

La información sobre utilización de servicios de salud como respuesta a necesidades específicas de cada sexo ha sido objeto de limitada sistematización, y los datos disponibles en general tienen relación con los de servicios de salud reproductiva femenina, por ejemplo:

**Anticoncepción:** Durante el período 2000–2005, más de 60% de las mujeres de América Latina y el Caribe estaban regulando su fecundidad a través de métodos anticonceptivos modernos. Sin embargo, el acceso a tales métodos es muy desigual y estas disparidades se ven asociadas con el contexto socioeconómico del país, las políticas nacionales en materia de salud reproductiva, el grado de educación, el estrato socioeconómico, la residencia rural-urbana y el origen étnico de las mujeres. Otra desigualdad relevante es la relacionada con la distribución por sexo de la responsabilidad para la obtención y utilización de técnicas anticonceptivas modernas la cual recae, en un 84% a 98% de los casos, en las mujeres (35).

**Planificación familiar:** El índice de necesidades insatisfechas en planificación familiar para un grupo de países, indica que la proporción de mujeres con necesidades insatisfechas de anticoncepción variaba entre un mínimo de 5,8% en Colombia (2005) y un máximo de 40,7% en Haití (2000), como lo muestra la figura 20. Los niveles más altos de demanda insatisfecha fueron experimentados por las mujeres adolescen-

**FIGURA 20. Necesidad insatisfecha de anticoncepción en mujeres y adolescentes sin educación, países seleccionados de América Latina, último dato disponible.**



**Fuente:** Encuestas demográficas y de salud realizadas en los respectivos países.

tes (17% a 58%), las mujeres menos educadas (13% a 41%), las mujeres indígenas (39%), y las mujeres residentes en zonas rurales (8% a 40%) (36).

**Atención del parto por personal calificado:** Aunque 91,4% de los partos en las Américas fueron atendidos por personal calificado, aproximadamente 7 de cada 10 nacimientos en Guatemala (2004) y Haití (2000), y 4 de cada 10 en Bolivia (1999-2003) carecieron de atención por parte de personal calificado (37). También este indicador revela inequidades: en Ecuador, sólo 30% de los partos de mujeres indígenas fueron atendidos por personal calificado, mientras que 86% de los partos de mujeres blancas y 80% de mujeres mestizas lo fueron (38).

#### *Equidad de género y financiamiento de la atención*

La inequidad de género en el acceso a servicios de salud tiene relación también con quién soporta la carga financiera de la atención de la salud. Los sistemas de financiamiento no solidarios afectan desproporcionadamente a las mujeres, ya que la necesidad más frecuente de atención (particularmente por la función reproductiva) lleva a que las mujeres utilicen y gasten más en servicios de salud. Información de encuestas de hogares ha mostrado que en Chile la prima de aseguramiento privado durante las edades reproductivas fue 2,5 veces más alta para las mujeres que para los hombres (39), y que en cinco países de América Latina (Brasil, Ecuador, Paraguay, Perú, y República Dominicana), el gasto de bolsillo en salud fue entre 16% y 60% más alto para las

mujeres que para los hombres (40). Por otra parte, dada la menor capacidad económica de las mujeres, esta desigualdad absoluta en el gasto limita el acceso a servicios básicos, o impone a las mujeres una carga financiera desmesurada.

La cobertura de salud para los pueblos indígenas es mucho menor que para las personas no indígenas. En Bolivia, donde las tasas de cobertura de salud son bajas, los indígenas presentan tasas de 10% de cobertura pública de salud y 2% de acceso a la cobertura privada de salud. En México, cerca de un 45% de la población tiene cobertura de salud, mientras que solamente 18% de la población indígena lo tiene. En Perú, el acceso a la cobertura de salud es extremadamente bajo tanto para la población indígena como para la no indígena, y 55% de la población peruana no tiene ningún tipo de cobertura. Cerca de 42% de los peruanos cuenta con una cobertura de salud pública y solamente 1,1% de la población indígena y 2,8% de la población no indígena tienen acceso a cobertura de salud privada (41).

## EL CONTEXTO AMBIENTAL

### El crecimiento urbano

América Latina y el Caribe tienen el nivel más alto de urbanización del mundo en desarrollo. El 77% de la población (433 millones de personas) vive en ciudades, y las proyecciones indican que 81% de las personas en 2030 estarán residiendo en centros urbanos.

A pesar de que se ha reconocido históricamente el entorno urbano como un determinante favorable para la salud, el actual crecimiento urbano no planificado en el mundo en desarrollo puede representar, al contrario, amenazas para la salud. El medio ambiente y el entorno social se ven seriamente afectados por el crecimiento acelerado de las ciudades, lo que ha traído consigo impactos negativos en la calidad de vida y salud de la población. La expansión urbana desorganizada, principalmente en áreas periféricas resulta en que los sectores más pobres de la población urbana vivan en lugares altamente vulnerables a los desastres naturales y con un acceso limitado a servicios básicos tales como vivienda, electricidad, agua potable, drenaje, y eliminación de desechos sólidos. La violencia y la marginación presentan tendencias crecientes y preocupantes.

La disminución o ausencia de espacios verdes, ambientes de recreación, y áreas para deportes, adecuados para la promoción de la actividad física, diversión y el reforzamiento del espíritu comunitario son cada vez más escasos en las grandes ciudades, principalmente en las áreas marginales. La existencia de extensas zonas urbanas con intensa reducción de espacios naturales ha producido las llamadas “zonas de calor” donde pueden crearse condiciones favorables al incremento de la infestación de vectores transmisores de enfermedades. Por último, los problemas de contaminación ambiental son agravados por el rápido desarrollo económico y la industrialización de las ciudades, asociados a la demora en adoptar medidas efectivas para el control de la contaminación del aire.

La repercusión en la salud atribuida al crecimiento urbano no planeado es evidente en un conjunto importante de enfermedades y lesiones relativas a los grupos de enfermedades infecciosas (diarrea, dengue, infecciones respiratorias), enfermedades crónicas (cáncer, diabetes, obesidad, problemas cardiovasculares), y accidentes y lesiones.

### Agua potable, contaminación del agua y tratamiento de aguas residuales

Desde las sociedades ancestrales se reconoce el agua y el saneamiento como determinantes de la salud. La ciencia ha demostrado su relación causal con la salud.

A pesar que más de 90% de los hogares en centros urbanos tienen acceso a agua, se comprueban importantes inequidades sociales y espaciales dentro de las ciudades. El costo del agua potable está aumentando, debido a la creciente demanda y a la decreciente accesibilidad, especialmente debido a los niveles decrecientes de aguas subterráneas. El tratamiento de las aguas residuales es un desafío mayor para los entornos urbanos. En América Latina y el Caribe, solamente 14% del total de aguas residuales son tratadas adecuadamente. Existe evidencia empírica de altos niveles de contaminación de agua de superficie y subterránea con nitratos y metales pesados, pero solamente muy recientemente se ha introducido el monitoreo y protección sistemática de las fuentes de agua y aún no es un tema de prioridad en la agenda de investigación. La contaminación del agua tiene

un impacto significativo en las áreas costeras, donde se ubican 60 de 77 ciudades importantes y donde reside 60% de la población de América Latina y el Caribe (42).

La producción de desechos sólidos per cápita se ha duplicado en los últimos 30 años, y su composición ha cambiado de fundamentalmente densa y orgánica a masiva y no biodegradable. Se recogen casi 90% de los desechos producidos, pero a más de 40% no se le da tratamiento adecuado, y contamina la tierra y los cuerpos de agua (43). Estos servicios tienen un impacto trascendental en la salud de las personas. En América Latina, la mortalidad por diarrea infantil es aún una consecuencia importante de la falta de agua, de la mala calidad del agua y de la falta de saneamiento.

### Contaminación del aire

La calidad del aire es un determinante básico de la salud. Los seres humanos extraen oxígeno de la atmósfera, que es uno de los principales elementos que permite que sus células vivan. La contaminación moderna del aire reduce el oxígeno de la atmósfera y contamina el aire y los pulmones.

En algunas megaciudades como Ciudad de México y San Pablo se está monitoreando y gestionando de forma más satisfactoria la contaminación del aire debido al uso intensivo de hidrocarburos en el transporte y en la industria. Bogotá redujo la contaminación del aire a causa de vehículos de motor, pero todavía realiza grandes esfuerzos para el control de las emisiones de muchas industrias en áreas urbanas. La contaminación del aire y su impacto en la salud están aumentando en ciudades medianas y pequeñas, en las que los recursos y las tecnologías para su control están menos disponibles. La contaminación del aire al interior de los hogares, que afecta principalmente a los sectores pobres urbanos que usan biomasa para cocinar o calefaccionar, recibe muy poca atención en la agenda ambiental urbana (42).

A pesar de que las emisiones de dióxido de carbono per cápita parecen haber tenido su máximo en 1998 y han comenzado a caer, muy pocos países han mejorado su eficacia energética. Solamente una tercera parte de América Latina ha establecido estándares de calidad del aire o límites para las emisiones. La dispersión urbana ha aumentado el tiempo de transporte y la demanda de transporte público, con un costo estimado combinado de 6,5% del PIB (43).

La contaminación del aire causa enfermedades respiratorias infecciosas y crónicas, cáncer y enfermedades cardiovasculares. Asimismo, afecta seriamente la salud de 80 millones de personas en América Latina y el Caribe, y es la primera causa de más de 2,3 millones de casos de insuficiencia respiratoria en niños cada año, así como más de 100.000 casos de bronquitis crónica en personas adultas.

### Deforestación y degradación del suelo

En los años noventa, se destruyeron 46,7 millones de hectáreas de bosques en América Latina y el Caribe, lo que significa la mitad

de la pérdida en todo el mundo y a un ritmo dos veces mayor. Casi la mitad de esta pérdida regional ocurrió en Brasil. La globalización sin restricciones, la urbanización no planificada y la falta de ordenamiento y planificación territorial están provocando la transformación de las selvas forestales en pasturas (para aumentar la ganadería de exportación), en plantaciones monocultivo (incluso de coca y de soya), en infraestructura (como los proyectos de mega represas y redes de carreteras) y en asentamientos humanos. Otras presiones provienen de la especulación sobre la tierra y la producción de madera, la cual es fundamentalmente destinada a combustible en Brasil y América Central y para satisfacer la demanda de madera en las industrias de muebles en Asia, que abastecen los mercados del norte (44).

La deforestación reduce la cantidad y la calidad de fuentes de abastecimiento de agua y resulta en una creciente erosión del suelo y sedimentación de cuerpos de agua, así como en severa degradación o pérdida de biodiversidad. Es también una fuente importante de las emisiones de gas de efecto invernadero: la deforestación en América Latina y el Caribe es responsable de 48,3% del total de emisión mundial de dióxido de carbono.

Además, unas 313 millones de hectáreas en América Latina y el Caribe (o 15,7% de su territorio) (42) es suelo degradado. La degradación es más severa en Mesoamérica, donde afecta 26% del territorio, mientras que en América del Sur afecta 14% (45). La erosión es la principal causa de la degradación del suelo, pero la intensificación gradual de la producción agrícola es otro importante factor en el agotamiento de los nutrientes del suelo, y la erosión eólica es también importante en algunas áreas. Las condiciones naturales determinan en gran medida la desertificación, que afecta 25% del territorio, que también se ve influenciada por la deforestación, el excesivo pastoreo y el riego inadecuado.

La deforestación y la degradación del suelo representan riesgos serios para la salud, como las enfermedades agudas y crónicas causadas por falta de agua potable o agua contaminada, desequilibrio nutricional producto de la baja calidad o de la falta de nutrientes, y la muerte o lesiones debido a una mayor vulnerabilidad a los desastres naturales.

### Degradación de las costas y contaminación de los mares

La degradación de las costas y la contaminación de los mares son determinantes de la salud en variados aspectos. Más de la mitad de la población de América Latina y el Caribe vive en un radio de 100 km de distancia de la costa, mientras que 38% de la población mundial vive en esa situación (42). Una estimación de 1996 sobre amenazas mundiales a los ecosistemas indica que 50% de la costa de América del Sur y 29% de la costa de América del Norte y América Central estaban en riesgo potencial moderado o alto proveniente de ciudades, puertos y otros con alta densidad de población (por ejemplo, infraestructura para el turismo), y tuberías industriales o de petróleo (46). En el Caribe, 61% del área de arrecifes corales está bajo amenaza moderada o

*“La negación permanente de los derechos fundamentales ha conducido a la marginación de la población indígena, que se traduce en índices alarmantes de pobreza, falta de tierra y territorios, bajos salarios, desempleo acentuado, altos índices de analfabetismo, especialmente femenino, deserción escolar y un perfil epidemiológico con una carga alta de enfermedad, discapacidad y muerte prematura, donde predominan las causas prevenibles. Las comunidades, cantones y municipios con mayor porcentaje de población indígena son los que están más alejados de los indicadores establecidos en las metas de los objetivos de la Declaración del Milenio.”*

Mirta Roses, 2006

alta de sedimentación, por fuentes marinas y terrestres de contaminación y por el exceso de actividad pesquera. En toda la subregión se comprueba contaminación y agotamiento de las aguas subterráneas costeras (incluso por incursión de agua salada), a costos económicos muy altos (42).

Aproximadamente 86% de las aguas residuales en América Latina y el Caribe se vierten sin tratamiento previo en ríos y océanos. En el Caribe, la cifra alcanza 90% (42). Las refinерías en el Gran Caribe, particularmente en el Golfo de México y las perforaciones costa afuera en el Golfo y en Brasil causan importante contaminación petrolífera. Los agroquímicos también son fuente de contaminación y se han encontrado concentraciones tóxicas en los estuarios del Caribe, Colombia y Costa Rica. También el transporte marítimo es fuente de contaminación, con la actividad de carga que ha duplicado su volumen entre 1970 y 2000. A través del Canal de Panamá o alrededor de América del Sur se transportan desechos peligrosos, incluso los materiales radioactivos de otras regiones. Muchas especies invasivas vienen en el cargo o en el lastre de las embarcaciones, por ejemplo crustáceos, moluscos e insectos, que han causado grandes daños económicos a la infraestructura y a las cosechas.

Al mismo tiempo, hay mucha preocupación por el exceso de actividad pesquera, particularmente en el Caribe. Las estimaciones indican que la mayoría de los sistemas de producción local en el Caribe Central están bajo amenaza por la sobre-explotación de las especies de valor comercial. La pesca marina del Caribe tuvo un máximo en 1994, y representó cerca de 28% de la captura pesquera mundial, y la pesca en Perú y Chile, que representa la mayoría de esta captura, se dobló o triplicó en relación a los años ochenta (47). Pero la captura pesquera descendió un 50% en 1998. Sin embargo, aunque para 2000 había aumentado un 84% en relación al nivel de 1994, estas fluctuaciones alertan sobre los peligros de la excesiva actividad pesquera.

Los efectos de las costas degradadas y de los mares contaminados sobre la salud van, desde enfermedades infecciosas, lesiones y muertes causadas por el aumento de la vulnerabilidad frente

a desastres naturales, hasta la malnutrición, y la violencia causada por el desempleo, entre otros. Las temperaturas cálidas de la superficie del mar promueven el desarrollo de algas que pueden asociarse con epidemias de cólera. Incluso, los aumentos en los niveles marinos pueden traer consigo un aumento del riesgo para las comunidades costeras (42).

### La variabilidad regional y el cambio climático

El cambio climático es un determinante de la salud y se ha anunciado que causará daños a la salud, tanto por efectos directos como el aumento de la temperatura de la superficie terrestre, como por efectos indirectos, como la escasez de productos alimenticios, la falta de agua, especialmente en las regiones áridas y semiáridas, el aumento de las áreas de influencia de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, malaria), o el aumento de la vulnerabilidad frente a los desastres naturales.

El Panel Intergubernamental sobre Cambio Climático ha predicho que los impactos del calentamiento global y cambio climático en América Latina y el Caribe incluyen la subida del nivel de los mares, mayores precipitaciones, y aumento del riesgo de sequía, vientos y lluvias más intensas en caso de huracanes, y más inundaciones asociadas con el fenómeno El Niño (47–48).

Las presiones ambientales, sociales y de la producción aumentan la vulnerabilidad de América Latina y el Caribe a estos impactos. La selva tropical de América Central, la cuenca del río Amazonas, los arrecifes de coral en el Caribe y otras áreas tropicales, los ecosistemas de la Cordillera de los Andes y los humedales son áreas particularmente vulnerables (49). Los cambios en los ciclos de agua pueden tener impacto en las áreas áridas y semiáridas, y pueden afectar la generación de energía eléctrica y la agricultura.

Las temperaturas más altas, la modificación de la superficie terrestre, el cambio de patrones en las precipitaciones y la reducción de los gastos dedicados a la salud están detrás de la reemergencia en América Latina y el Caribe de epidemias que estaban bajo control (42). Los cambios climáticos vinculados al fenómeno El Niño Oscilación Sur (ENOS) o al cambio climático global causan temperaturas extremas y precipitación, contribuyendo a la proliferación de enfermedades transmitidas por vectores como la malaria, el dengue, la fiebre amarilla y la peste bubónica. La pérdida de vegetación y los episodios climáticos extremos facilitan la contaminación del agua y el aumento de plagas.

La pérdida de glaciares debido a los aumentos de temperatura en la zona de los Andes, y la incursión de agua salada por aumento del nivel del mar pueden afectar la disponibilidad de agua potable. La producción agrícola y la seguridad alimentaria y también el turismo se van a ver afectados.

El aumento a partir de 1987 de episodios climáticos extremos, como las tormentas tropicales y los huracanes, las inundaciones y los deslaves y las sequías, es una evidencia del impacto del cam-

bio climático. La incidencia de estos episodios se duplicó en América Central entre 1987 y 1997 y creció en casi 60% en América del Sur entre 1998 y 2005. Las pérdidas de vidas humanas se triplicaron en América Central y en las islas del Caribe se multiplicaron 4,3 veces y en América del Sur 6,5 veces, mientras que el daño económico se duplicó en América Central y creció 80% en América del Sur, y 50% en las islas del Caribe (42).

En situaciones de inundaciones o sequías, el aumento de la incidencia de enfermedades respiratorias puede deberse al hacinamiento de la población. El sobrecrecimiento de hongos puede producir también enfermedades respiratorias. A menudo se produce un incremento de enfermedades psiquiátricas, como la ansiedad y la depresión, lo cual probablemente se relacione con el daño sobre el medio ambiente doméstico y las pérdidas económicas. Se han comunicado aumentos en la tasa de suicidios y, en la niñez, puede incrementarse el número de enfermedades conductuales. La sequía puede tener un impacto sobre la salud en los países en vías de desarrollo, por sus efectos adversos sobre la producción alimentaria y sobre la higiene, debido a la utilización del agua fundamentalmente para la dieta más que para la limpieza. Además, las epidemias de malaria pueden producirse durante las épocas de sequía, como resultado de los cambios geográficos que afectan al vector de la enfermedad (47).

## DERECHO INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS

### Fuentes legales del derecho a la salud en América Latina y el Caribe

El derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr (“el derecho a la salud”) está consagrado en distintas fuentes legales del derecho nacional e internacional. El derecho a la salud y/o a la protección de la salud se encuentra consagrado en 19 de las 35 constituciones nacionales de los países de América Latina y el Caribe. Las fuentes más importantes del derecho a la salud incluyen: la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las convenciones internacionales y regionales de derechos humanos, y los lineamientos o estándares internacionales en materia de salud y derechos humanos. El Sistema de las Naciones Unidas cuenta con un Relator Especial para colaborar con los Estados en la promoción y protección del derecho a la salud (50).

Los Estados Miembros de la OMS acordaron importantes principios relacionados con la salud pública que aparecen en el preámbulo de su instrumento constitutivo. La Constitución establece un principio internacional fundamental en virtud del cual el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr no es solamente un estado o condición de la persona, sino también “. . . uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. . .”.

Con relación a las convenciones internacionales y regionales, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece el “derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (51) y establece las medidas que deben adoptar los Estados Miembros para asegurar la efectividad de este derecho, las cuales entre otras se refieren a la prevención y tratamiento de enfermedades y epidemias y al suministro de asistencia y servicios médicos. El artículo 10 del Protocolo de San Salvador (Protocolo Adicional a la Convención Interamericana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) (52) también consagra el derecho a la salud. Las convenciones internacionales y regionales de derechos humanos han incorporado los principios establecidos por la Declaración Universal de Derechos Humanos, la que es considerada como una fuente legal fundamental de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y libertades fundamentales.

Entre las Convenciones más importantes del Sistema de las Naciones Unidas para la protección de los derechos humanos a nivel internacional se encuentran, entre otras, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (53), la Convención de los Derechos del Niño (54); la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (55) y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (56). En el marco del Sistema Interamericano destacan la Convención Americana sobre Derechos Humanos (57), la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de las Personas con Discapacidad (58), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer; y el ya mencionado artículo 10 del Protocolo de San Salvador.

Una serie de declaraciones, recomendaciones e informes promulgados por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Derechos Humanos, el Consejo de Derechos Humanos y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), la OMS y la OPS, también establecen importantes lineamientos (aunque no de fuerza vinculante) que pueden ser incorporados en los planes, políticas, legislaciones y prácticas nacionales vinculadas a distintas áreas de la salud.

### Iniciativas en materia de bioética

En octubre de 2005, la Conferencia General de la UNESCO aprobó por aclamación la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, en la que los Estados Miembros se comprometen a respetar y aplicar los principios fundamentales de la bioética. La Declaración constituye un gran avance en el reconocimiento de las normas que rigen el respeto de la dignidad de la

persona, los derechos humanos y las libertades fundamentales, en el terreno concreto de la bioética.

Como disciplina aplicada, la bioética aborda temáticas relacionadas con la salud, la intervención sobre la vida, la muerte y el patrimonio genético y la responsabilidad social de científicos, médicos y otros profesionales. En América Latina y el Caribe, la armonización de la equidad en el acceso a los servicios de salud con la calidad en los servicios es un desafío importante. El primer tema preocupa a autoridades, líderes de opinión y gestores de servicios. El segundo tiene que ver con el financiamiento, la investigación y la formación de recursos humanos, temas que entrañan responsabilidades desde la bioética.

La bioética demuestra que la mejora de la atención sanitaria y del desarrollo científico y tecnológico merece dedicación especial. Es difícil calibrar el impacto del trabajo bioético por ser sustantivamente cualitativo, pero las evaluaciones de gestores de sistemas sanitarios, profesionales de la salud y de los responsables de formular políticas revelan que su inclusión en la tarea político-técnica de las organizaciones internacionales es fundamental.

### Referencias

1. De Ferranti D. Inequality in Latin America and the Caribbean: breaking with history? Washington, DC: World Bank; 2004.
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2005. Santiago de Chile: NNUU; 2006.
3. Declaración de Santa Cruz de la Sierra, XIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno en Santa Cruz, Bolivia, 2003.
4. Declaración de Salamanca, XV Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno en Salamanca, España, 2005.
5. Plan de Acción de la III Cumbre de las Américas, Québec, Canadá, 20–22 abril 2001.
6. Declaración de Mar del Plata, IV Cumbre de las Américas, Mar del Plata, Argentina, 2005.
7. Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: la pobreza y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (E/C.12/2001/10). Ginebra: NNUU; 2001.
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2006. Síntesis de lanzamiento. Santiago de Chile: CEPAL; 2006.
9. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una mirada desde América Latina. Santiago de Chile: CEPAL; 2005.
10. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Roma: FAO; 2006. Pág. 17.



11. Organización Internacional del Trabajo. Panorama laboral de América Latina y el Caribe 2006. Lima: OIT; 2006. Pág. 39.
12. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2006. Anexo estadístico. Santiago de Chile: CEPAL; 2006.
13. Organización Internacional del Trabajo. Tendencias mundiales en el empleo juvenil. Ginebra: OIT; 2004.
14. Psacharopoulos G, Patrinos HA. Returns to investment in education: a further update. Policy Research Working Paper Series 2881. World Bank; 2002.
15. Navarro J, Roses M. La salud y la educación para el cambio: más que un vínculo. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2006. Inédito.
16. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56: 647–652.
17. Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. La conclusión universal de la educación en América Latina: ¿estamos realmente tan cerca? Informe regional sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio vinculados a la educación. Santiago de Chile: UNESCO; 2004.
18. Banco Interamericano de Desarrollo. Los objetivos de desarrollo del milenio en América Latina y el Caribe. Retos, acciones y compromisos. Washington, DC: BID; 2004.
19. Wagstaff A, Watanabe N. Socioeconomic inequalities in child malnutrition in the developing world. World Bank Policy Research Working Paper 2434. World Bank; 1999.
20. Deruyttere A. Pueblos indígenas, recursos naturales y desarrollo con identidad: riesgos y oportunidades en tiempos de globalización. Banco Interamericano de Desarrollo; 2001.
21. Dureya S. Measuring social exclusion. Inter-American Development Bank; 2001.
22. Hall G, Patrinos H. Indigenous peoples, poverty and human development in Latin America: 1994–2004. World Bank; 2005.
23. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La protección social de cara al futuro. Santiago de Chile: CEPAL; 2006.
24. Organización Panamericana de la Salud. Género, salud y desarrollo en las Américas. Indicadores básicos. Washington, DC: OPS; 2005.
25. León F. Mujer y trabajo en las reformas estructurales latinoamericanas durante las décadas 1980 y 1990. Santiago de Chile: CEPAL; 2000. Pág.18.
26. Hopenhayn, M, Bello A, Miranda F. Serie Política Sociales N° 118. Los pueblos indígenas y afrodescendientes ante el nuevo milenio. Santiago de Chile: CEPAL; 2006.
27. Borges Martins R. Serie Políticas Sociales N° 82. Desigualdades raciales y políticas de la inclusión racial: resumen de la experiencia brasilera reciente. Santiago de Chile: CEPAL; 2004.
28. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Perspectivas de la población mundial. Revisión de 2004. Nueva York: Naciones Unidas; 2005.
29. World Health Organization. The world health report 2004: changing history. Geneva: WHO; 2004. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2004/en/index.html>.
30. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta Salud, Bienestar, y Envejecimiento (SABE). Washington, DC: OPS; 2001.
31. Verbrugge LM. Pathways of health and death. En: Apple R (ed). Women, health and medicine in America. New York: Garland Publishing; 1990. Pág. 62.
32. Bello A, Rangel M. La equidad y la exclusión de los pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina y el Caribe. *Revista de la CEPAL* 76. 2002.
33. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 1999: cambiar la situación. [Anexo, cuadro 7]. Ginebra: OMS; 1999.
34. Organización Panamericana de la Salud. Género, equidad y acceso a servicios de salud. Resultados preliminares. Washington, DC: OPS; 2001.
35. United States Agency for International Development. Demographic and Health Surveys (DHS). [Encuestas DHS por país, en 9 países de la Región]. 2000–2005.
36. United States Agency for International Development. Measure DHS. STATcompiler. 2006. Disponible en: <http://www.measuredhs.com>.
37. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos. Washington, DC: OPS; 2006.
38. Ecuador, Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) 2004. Quito: CEPAR; 2005.
39. Vega J, Bedregal P, Jadue L, Delgado I. Equidad de género en el acceso de la atención de salud en Chile. Organización Panamericana de la Salud; 2001.
40. Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud. *Rev Pan Salud Pub*. 2002;(11)5–6.
41. Hall G, Patrinos H. Indigenous peoples, poverty and human development in Latin America: 1994–2004. World Bank; 2005.
42. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. GEO América Latina y el Caribe: perspectivas del medio ambiente 2003. PNUMA; 2004.
43. Winchester L. Sustainable human settlements development in Latin America and the Caribbean. En: Serie Medio Ambiente y Desarrollo N° 99. Santiago de Chile: ECLAC; 2005.
44. United Nations Environment Program. GEO data portal. Disponible en: <http://geodata.grid.unep.ch>.
45. World Resources Institute; United Nations Environmental Program; United Nations Development Program; World

- Bank. World resources 1996–1997: a guide to the global environment: the urban environment. New York: Oxford University Press; 1996.
46. Heileman S. Technical notes on large marine ecosystems in Latin America and the Caribbean. Inédito. 2006.
  47. Intergovernmental Panel on Climate Change. Climate change 2001: impacts, adaptation, and vulnerability. Cambridge: Cambridge University Press; 2001.
  48. Krug T. Vulnerabilidade, impactos e adaptação. O caso particular das florestas brasileiras. [Nota técnica]. Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais; Instituto Interamericano para Pesquisa em Mudanças Globais. Inédito. 2006.
  49. Garea B, Gerhartz J. Technical Note for GEO-4. Inédito. 2006.
  50. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2002. Disponible en: [www.ohchr.org/spanish-issues/health/right](http://www.ohchr.org/spanish-issues/health/right).
  51. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, A.G. res. 2200A (XXI), 21 UN GAOR Supp. (No. 16) p. 49, ONU Doc. A/6316 (1966), 993 U.N.T.S. 3, entrada en vigor el 3 de enero de 1976.
  52. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador," OEA No. 69 (1988), suscrito el 17 de noviembre de 1988, reimpresso en Documentos Básicos relacionados a los Derechos Humanos del Sistema Interamericano, OEA/Ser.L.V/II.82 doc. 6 rev. 1 p. 67 (1992).
  53. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, A.G. res. 2200A (XXI), 21 UN GAOR Supp. (No. 16) p. 52, ONU Doc. A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171, entrada en vigor 23 de marzo de 1976.
  54. Convención sobre los Derechos del Niño, A.G. res. 44/25, anexo, 44 UN GAOR Supp. (No. 49) p. 167, ONU Doc. A/44/ 49 (1989), entrada en vigor el 2 de septiembre de 1990.
  55. Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, A.G. res. 39/46, anexo, 39 UN GAOR Supp. (No. 51) p. 197, ONU Doc. A/39/51 (1984), entrada en vigor el 26 de junio de 1987.
  56. Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, A.G. res. 34/180, 34 UN GAOR Supp. (No. 46) p. 193, ONU Doc. A/34/46, entrada en vigor 3 de septiembre de 1981.
  57. Convención Americana sobre Derechos Humanos, Organización de Estados Americanos No. 36, 1114, Serie de Tratados de la ONU, 123, entrada en vigor el 18 de julio de 1978, reimpresso en Documentos Básicos Concernientes a los Derechos Humanos en el Sistema Interamericano, OEA/Ser.L/V.II.82 doc. 6. rev. 1. p. 25 (1992).
  58. Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de las Personas con Discapacidad, A.G./Res. 1608 (XXIX-0/99), entrada en vigor 14 septiembre 2001.

# Capítulo 2

## CONDICIONES DE SALUD Y SUS TENDENCIAS

La situación demográfica en las Américas sigue estando caracterizada por una transición debida a las bajas tasas de fecundidad y al descenso de las tasas de mortalidad. Como resultado, hay un envejecimiento de la población en general, y la “dependencia demográfica” de los jóvenes (0–14 años de edad) y de los adultos mayores (60 y más años de edad) con respecto a la población potencialmente activa o trabajadora (15–59 años de edad) está disminuyendo. No obstante, los promedios nacionales, regionales y subregionales enmascaran situaciones de inequidad persistentes en diversos niveles geográficos y sociales, así como entre ciertos grupos de población. Además, el fenómeno de la migración al interior y entre los países afecta la distribución de la población y tiene un impacto sobre la prestación de los servicios de salud.

En el último cuarto de siglo, la esperanza de vida en la Región ha aumentado en 17 años, de tal manera que la edad promedio actual es de más de 70 años. El envejecimiento de la población varía considerablemente entre los países de las Américas: el envejecimiento es un fenómeno significativo en Barbados, Cuba, Puerto Rico y Uruguay, mientras que en Bolivia, Haití, Guatemala, Honduras y Nicaragua la población generalmente es más joven.

El perfil de mortalidad en la Región de las Américas se ha modificado notablemente durante las últimas décadas. En casi todos los países, las enfermedades transmisibles han dejado de ser las principales causas de enfermedad y muerte y dicho lugar lo ocupan ahora los padecimientos de tipo crónico degenerativo —las enfermedades del aparato circulatorio, las neoplasias malignas, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes— así como las causas externas tales como las lesiones debidas al tráfico y los homicidios. Entre los factores que han contribuido a la modificación del perfil se encuentran el envejecimiento de la población, el control y la reducción de diversas enfermedades transmisibles, y el surgimiento de otras como el VIH/sida. Sin embargo, existen diferencias importantes en la mortalidad entre los países y las subregiones de las Américas.

En el campo de las enfermedades prevenibles por vacunación, los países de la Región han marcado la pauta en la erradicación (viruela y poliomielitis), la eliminación (transmisión endémica del sarampión) y el control (tos ferina, difteria, tétanos y enfermedades invasivas ocasionadas por *Haemophilus influenzae* tipo B y hepatitis B). Estos logros se han garantizado al alcanzar y conservar niveles elevados de cobertura de inmunización, establecer una vigilancia efectiva, y llevar a cabo campañas de vacunación masiva. En 2003 los países se comprometieron a eliminar, para el año 2010, la rubéola y el síndrome congénito de rubéola. El aprovechamiento del pleno potencial de la inmunización es fundamental para lograr la reducción de la mortalidad y alcanzar las metas de desarrollo en salud, lo cual implica nuevos retos en materia de vacunación que abarcan la influenza, el rotavirus, el neumococo y el virus del papiloma humano.

Los padecimientos transmitidos por vectores, en particular la malaria, el dengue y la enfermedad de Chagas, siguen comprometiendo la salud de una gran proporción de la población de la Región. La cifra de casos de malaria notificados alcanzó su punto máximo al final de la década de 1990 y el padecimiento sigue siendo endémico en 21 naciones. Cada año se notifican cerca de un millón de casos por esta enfermedad. Lo anterior conlleva un impacto económico significativo, dado que dos tercios de esos casos ocurren en la población en edad de trabajar. La incidencia y las epidemias de dengue han aumentado en todo el mundo durante los últimos 35 años. Entre 2001 y 2005, más de 30 países de las Américas notificaron casi tres millones de casos de dengue y de fiebre hemorrágica de dengue. Actualmente se estima que la enfermedad de Chagas, endémica en 21 países de las Américas, infecta a alrededor de 18 millones de personas, sobre todo a las menos favorecidas de las zonas rurales.

Las zoonosis —enfermedades de los animales transmisibles a los humanos— corresponden a dos tercios de las especies patógenas que afectan a los humanos y a tres cuartas partes de los patógenos emergentes. En consideración a la gravedad de la amenaza que representan para la salud pública y el desarrollo económico, los países de la Región han establecido sólidos programas de prevención y control para combatir zoonosis tales como la peste, la rabia, la leishmaniasis, la hidatidosis, la brucelosis y la tuberculosis bovina.

Se estimó que, al final de 2005, en la Región había 3,2 millones de personas infectadas por el VIH, 60% de las cuales residían en América Latina y el Caribe. Por otra parte, la incidencia del padecimiento se está elevando en la Región, con 220.000 nuevos casos notificados en 2005. De las 10 regiones del mundo con mayor prevalencia de la infección por el VIH, la del Caribe ocupa el segundo lugar. Si bien el mal está concentrado en ciertas poblaciones del resto de la Región, en el Caribe se ha generalizado en toda la población. Los grupos más afectados por el VIH son los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, los trabajadores sexuales y los usuarios de drogas inyectables. Se calcula que anualmente se presentan alrededor de 50 millones de casos nuevos de enfermedades de transmisión sexual en las Américas.

Las enfermedades crónicas no transmisibles —padecimientos cardiovasculares, cáncer, diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica— ocasionan dos de cada tres muertes en la población general de América Latina y el Caribe, y casi la mitad de todas las defunciones en el grupo de edad de menos de 70 años. Además de ocasionar muertes prematuras, estas enfermedades dan lugar a complicaciones y discapacidades, limitan la productividad y requieren de tratamientos costosos. Aunados a la disposición genética y a la edad, los factores de riesgo que contribuyen a estos padecimientos incluyen una mala nutrición, la inactividad física, el tabaquismo y el consumo inmoderado de alcohol; otros factores son la hipertensión arterial, los niveles altos de colesterol, el sobrepeso y la obesidad.

Los problemas de salud mental representan la cuarta parte de la carga de enfermedad total en las Américas, medidos en años de vida perdidos ajustados según la discapacidad. No obstante, en la mayoría de los países existe una brecha considerable entre la magnitud de los trastornos de salud mental y la respuesta del sector salud. Los servicios de atención de salud mental tienden a centrarse en el tratamiento de problemas psiquiátricos tales como la ansiedad, la depresión, la conducta compulsiva y el consumo de sustancias ilícitas. Los desastres pueden afectar la salud mental.

La salud oral sigue siendo un aspecto crítico de la salud pública en las Américas, debido a su contribución a la morbilidad total, los elevados costos de tratamiento y el incremento en las inequidades en salud oral. Si bien la prevalencia de la caries dental en la Región se redujo entre 35% y 85% a partir de 1995, el número de enfermedades bucodentales sigue siendo elevado en comparación con otras partes del mundo, a lo cual también contribuyeron los servicios de salud oral de baja calidad, así como su limitada cobertura. La evidencia científica apunta a una relación causal entre la salud bucodental y la salud en general. Los programas de fluoruración, la promoción de tecnologías simples y los sistemas de salud integrados que combinan servicios de salud oral y general, pueden llevar a una reducción de este tipo de enfermedades.

En América Latina y el Caribe, dos tercios de la incidencia de los padecimientos oculares —en particular la ceguera y la discapacidad visual— pueden atribuirse a condiciones tratables tales como las cataratas, los defectos de refracción, la retinopatía diabética y el glaucoma. No obstante, de acuerdo con valoraciones de los países, existen enormes discrepancias en la cobertura de la atención de los males oculares —que van de cerca de 80% en las áreas urbanas con un buen desarrollo, hasta menos de 10% en las áreas rurales y distantes—, así como en la calidad de los servicios prestados. La prevención de las enfermedades oculares puede representar grandes ahorros a las economías nacionales; por el contrario, de no tomarse las medidas preventivas de gran escala necesarias, se calcula que el costo de la atención de este tipo de padecimientos sea de más del doble para el año 2020: aproximadamente de US\$ 10.000 millones.

La salud sexual y reproductiva comprende básicamente la salud maternoinfantil, de los adultos y de los adolescentes. Alrededor de 16,2 millones de niños nacen cada año en la Región, 11,7 millones de ellos en América Latina. La población regional va en aumento, pero las tasas de natalidad y fecundidad están disminuyendo, a pesar de que difieren considerablemente de un país a otro. La situación de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe representa 20% de la carga total de enfermedad en las mujeres, y 14% en los hombres —una diferencia muy obvia. El uso de métodos de control de la natalidad va más allá de 60%, pero es considerablemente menor en algunos países. A pesar de que la notificación varía de acuerdo con las fuentes, y de que se aprecian enormes disparidades entre los países de la Región, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que de los 16,2 millones de nacimientos notificados en las Américas en 2003, hubo 22.680 muertes maternas —con una tasa de 140 por cada 100.000 nacidos vivos— sobre todo por causas como el aborto, la preeclampsia y las hemorragias. La OMS estimó que en 2006 hubo 280.000 muertes perinatales; de nueva cuenta, las diferencias son notables: el riesgo de muerte perinatal en América Latina y el Caribe triplica al de Canadá y los Estados Unidos de América. La salud sexual y reproductiva se vincula directamente con las altas tasas de alumbramiento entre las adolescentes de América Latina y el Caribe, donde una de cada tres mujeres menores de 19 años de edad ha tenido un hijo.

La desnutrición infantil, así como las enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos, que constituyen un problema en todos los países de la Región, son el resultado, en gran medida, de la mala nutrición. La creciente tendencia que se observa en los niños a tener un peso mayor del recomendado los coloca en riesgo de padecer, con el tiempo, enfermedades crónicas. La lactancia materna es la práctica más importante para reducir la morbilidad y la mortalidad de los infantes, así como el medio más importante y prevenible de transmisión del VIH de la madre al hijo. Las deficiencias de micronutrientes —vitamina A, zinc, vitamina B12, folatos y yodo— aún son una preocupación en materia de salud pública que afecta considerablemente el desarrollo humano y la productividad económica. La combinación de los problemas de nutrición con la inactividad física da lugar a un gran incremento en el número de enfermedades crónicas no transmisibles.

Los desastres son una constante en las Américas y gran parte de los mismos están relacionados con la geografía; las erupciones volcánicas en los países centroamericanos y andinos; las tormentas y los huracanes que ocurren en los océanos Atlántico y Pacífico, así como en el Golfo de México; las inundaciones en el Cono Sur, y el fenómeno de El Niño, son factores que afectan prácticamente a toda la Región. Los desastres que ocasionan tienen un impacto enorme medido en la cantidad de personas afectadas, así como las muertes y los daños económicos que causan.

Alrededor de 50 millones de indígenas viven en las Américas y en algunos países constituyen la población mayoritaria. Generalmente son los más desfavorecidos, con los niveles de educación más bajos, y de

desempleo más altos, y con las peores condiciones de salud —tienen las tasas más elevadas de mortalidad materno-infantil, desnutrición y enfermedades infecciosas— en comparación con el resto de la población nacional. En algunos países, las cifras relativas al alcoholismo, el suicidio, el consumo de sustancias ilícitas y las enfermedades de transmisión sexual son notoriamente más altas entre las poblaciones indígenas. Su mala condición de salud se complica con la discriminación y desigualdad que los sistemas de salud ejercen sobre ellos. Con el objeto de enmendar esta situación, muchos países han elaborado políticas nacionales y han establecido fondos destinados a financiar programas de salud para los pueblos indígenas.

La población de las Américas incluye alrededor de 250 millones de personas de ascendencia africana. La mayoría de los países de la Región no desagregan los datos relativos a este grupo, lo cual dificulta el análisis de su condición de salud. No obstante, la información disponible indica que su situación es extremadamente vulnerable en América del Sur, pues en algunos países son desproporcionadamente más pobres y tienen niveles de educación más bajos, además de que las tasas de mortalidad son elevadas y se observan asimismo tasas altas de VIH y otras enfermedades vinculadas con la pobreza. Por otro lado, tienen un acceso muy restringido al agua potable, así como una menor proporción de médicos y demás personal de salud. Si bien en Centroamérica la situación no es tan grave, en un país de esta subregión las tasas de mortalidad en los niños de ascendencia africana son superiores y es menor la cantidad de profesionales de la salud con que cuentan.

El enfoque de la salud familiar y comunitaria integra programas que les permiten a los individuos, en su calidad de miembros de la familia y de la comunidad, hacerse cargo de su salud a lo largo de la vida. Asimismo, estos programas facilitan una mayor cobertura y eficiencia, además de la participación en los servicios de atención a la salud. Los indicadores de salud mejoran considerablemente cuando se subraya el papel que juega la familia en la promoción y la protección de la salud, así como en la prevención de la exposición a riesgos y en el diagnóstico y la rehabilitación tempranos.

Los jóvenes que tienen entre 10 y 24 años de edad constituyen 28% de la población en América Latina y el Caribe. De los 161 millones de jóvenes de la Región, la proporción más grande reside en los países más pobres. Muchos jóvenes indígenas viven al margen de la cultura predominante, en sus propias comunidades. Cerca de la mitad de los adolescentes en la Región son sexualmente activos, y aproximadamente la mitad de ellos no utiliza ningún método de control prenatal o bien de protección de ningún tipo. Sin embargo, el abordaje de esta situación se complica por las creencias y prácticas culturales. Otro gran problema que afecta la salud de los jóvenes es la violencia: el homicidio representa una de las principales causas de muerte entre los jóvenes de 10 a 19 años de edad. La salud de los jóvenes se ve afectada por sus estilos de

vida, tales como el consumo inmoderado de alcohol; el tabaquismo y el consumo de sustancias ilícitas; la mala nutrición y la inactividad física; y, por último, la creciente prevalencia de sobrepeso y obesidad.

A pesar de que el envejecimiento de la población varía considerablemente en las Américas, para mediados del siglo XXI todos los países de la Región, con excepción de cinco, tendrán la misma cantidad de habitantes de 60 años y de 15 años de edad, y algunos países tendrán el doble de adultos mayores que de jóvenes. La reducción de las enfermedades infecciosas, así como de las tasas de mortalidad infantil y de los menores de 5 años, se han traducido en una mayor longevidad. Más de tres de cada cuatro individuos nacidos en América Latina y el Caribe hoy en día, llegarán a los 60 años de edad, y dos de cada cinco cumplirán 80 años. El reto para los sistemas de salud y para los encargados de formular las políticas sanitarias será el de garantizar que aquellos que vivan más de 60 años puedan celebrar no solo su longevidad, sino el hecho de encontrarse en buena salud y activos.

La falta de análisis epidemiológicos uniformes sobre discapacidad en las Américas, complica la valoración de su dimensión en la Región; las tasas de prevalencia notificadas van de más de 14% en Brasil, hasta menos de 4% en Venezuela. Los tipos más frecuentes de discapacidad se vinculan con la movilidad, la comunicación y la participación en la sociedad. Las causas más comunes son los trastornos degenerativos debidos a la edad, las enfermedades crónicas, los accidentes, los problemas que se derivan del embarazo y el parto, y las enfermedades ocupacionales.

Las enfermedades desatendidas —infecciosas o parasitarias— que afectan a millones de personas pobres en América Latina y el Caribe son una manifestación evidente de las desigualdades prevalecientes en salud. En este grupo se pueden incluir las helmintiasis intestinales, las esquistosomiasis, la filariasis linfática, la leptospirosis, la leishmaniasis, la cisticercosis, la enfermedad de Chagas y la oncocercosis. Todas afectan de manera considerable a las poblaciones indígenas, a los grupos étnicos minoritarios, a los residentes de zonas marginadas y rurales, y a los trabajadores migrantes. En conjunto, el costo de estas enfermedades con respecto a la productividad de los trabajadores y, por ende, al desarrollo económico de los países, es enorme. Sin embargo, los medicamentos de bajo costo, la promoción de la salud y la sanidad ambiental podrían ejercer un control efectivo y eliminar estos males.

Las enfermedades emergentes y reemergentes se están convirtiendo en una amenaza creciente a la seguridad mundial en materia de salud, al originarse en brotes que se presentan en un país o región y que pueden diseminarse a otros, así como a partir de la liberación intencional o accidental de agentes biológicos. A partir de 2001, la Región ha experimentado una serie de importantes brotes vinculados con enfermedades emergentes y reemergentes, que han requerido de intervenciones internacionales en materia de salud pública.



## CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y SUS TENDENCIAS<sup>1</sup>

### RESULTADOS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

El concepto de transición demográfica<sup>2</sup> (TD) ha sido útil para describir los resultados empíricos que los cambios sociales, políticos y económicos han producido en la evolución de la mortalidad y la fecundidad en los países actualmente desarrollados (Estados Unidos y Canadá en el caso de las Américas). En alguna medida, el concepto también ha sido considerado como una interpretación teórica que llevó a pensar que los países en desarrollo del siglo XX (casi la totalidad de las Américas) harían un tránsito similar, en el mismo sentido y en tiempos parecidos. Sin embargo, los indicadores de natalidad y mortalidad de los países latinoamericanos y caribeños se han modificado de manera distinta (más por efecto de la diseminación de los avances tecnológicos en el campo de la salud en general que por un desarrollo sostenido y equitativo) y en tiempos diferentes (de una manera más rápida que en los países más desarrollados y con cierta independencia de las crisis económicas, sociales y políticas por las que ha transitado el continente durante varias décadas). Ello ha traído consecuencias en cuanto a la desigualdad, haciendo que la llamada “explosión demográfica”<sup>3</sup>—resultante de un retraso en la caída de la natalidad en relación a la de la mortalidad— haya sido sostenida por los segmentos mayoritariamente pobres de las sociedades.

Lo cierto es que, luego de casi un siglo, las manifestaciones de ese proceso en los inicios del siglo XXI tienen algunas características que merecen destacarse y que definen un continente con muy bajo crecimiento poblacional y bajas tasas de fecundidad y mortalidad, lo que da una apariencia de estabilidad y equilibrio. Los indicadores de nivel nacional esconden diferencias que vale la pena destacar, por sus efectos en las características de la población y porque deben tenerse en cuenta en la formulación de políticas sociales en general y de salud en particular. Dichas características, en relación con la Región, pueden resumirse de la siguiente manera:

- Los países de América Latina y el Caribe han disminuido casi a la mitad los niveles de crecimiento medio anual de la

población en poco más de 30 años, pero particularmente en las últimas dos décadas, pasando de promedios de 2,7% anual en el período 1950–1955 a 1,5% en la actualidad. Debido a ello la población se triplicó con creces entre 1950 y 2000, pasando de 161 millones de habitantes en 1950 a 561 millones en 2005. Su peso en el total de la población mundial ha aumentado levemente en ese tiempo (de menos de 7% a cerca de 9% en el mismo período).

- Hacia 2005 la mayoría de los países había alcanzado niveles bajos de fecundidad y estabilizados de mortalidad (etapa de TD plena, caracterizada por un crecimiento poblacional bajo) o se encontraban en una etapa avanzada de TD, con crecimiento poblacional escaso o nulo. Solamente Guatemala se ubicaba en una etapa moderada de TD, por efecto de una fecundidad que se mantiene más alta que en los demás países.<sup>4</sup>
- Las tasas anuales de crecimiento muestran la primera gran diferencia en los países de la Región, desde 0,3% en Cuba hasta 2,5% en Honduras (figura 1).
- La Región ha pasado de tasas globales de fecundidad elevadas, entre las más altas del mundo hace 40 años, a muy bajas en la actualidad, en muchos casos por debajo de la media mundial. En la figura 2 se puede observar la segunda gran diferencia entre los países de la Región, de casi tres hijos por mujer entre los extremos.
- La mortalidad en la Región, que comenzó a disminuir sostenidamente desde finales de la primera mitad del siglo XX, refleja una ganancia de 20 años en la esperanza de vida al nacer para ambos sexos, de 72 años en el período 2000–2005; es decir, 8 años más alta que la del conjunto de las regiones en desarrollo, aunque en niveles que los países desarrollados tenían hace 35 años. En la figura 3 puede verse la tercera gran diferencia entre los países de la Región, siendo de casi treinta años entre los países en posiciones extremas.

Como consecuencia de los citados cambios en la fecundidad y la mortalidad, se observan diferencias en la estructura de la población por el crecimiento diferencial de los grupos de edad; esto conlleva una modificación en el peso de las poblaciones en edades potencialmente dependientes (0–14 años y 60 años y más), en relación con aquellas consideradas potencialmente activas (de 15 a 59 años). Lo anterior se manifiesta en dos fenómenos que vale la pena tratar en detalle: la disminución de la dependencia demográfica (definida como el cociente entre la población de 0 a 14 años de edad, más la población de 60 años y más, con respecto a la población potencialmente activa, entre 15 y 59 años) y el envejecimiento de la población (entendido como la proporción de población mayor de 60 años por encima de un nivel porcentual determinado).

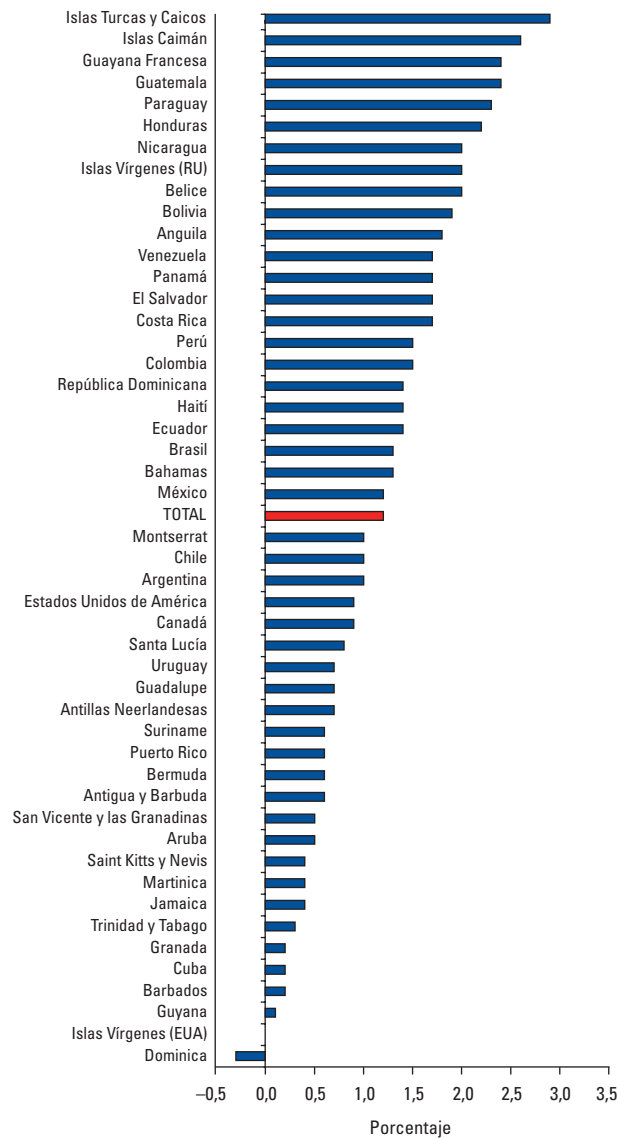
<sup>1</sup>Esta parte fue realizada de manera conjunta con el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE, División de Población de la CEPAL), en el marco del convenio entre la OPS y la CEPAL. La redacción se basa en las referencias 1–4; la información de las figuras 1, 2, 3 y 5 proviene de la Iniciativa Regional de Datos Básicos (IRDB) de la OPS (<http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>).

<sup>2</sup>Este concepto permite describir el pasaje de altos a bajos niveles de mortalidad primero y de fecundidad después, con consecuencias en el crecimiento demográfico y la estructura por sexo y edad de la población.

<sup>3</sup>El tránsito de altas a bajas tasas de natalidad y mortalidad no ha sido igual en los países de las Américas y, salvo los países de transición más temprana, como Canadá y Estados Unidos primero y Argentina, Cuba y Uruguay más tarde, la mayoría de los países experimentó tasas altísimas de crecimiento de la población, debidas a una persistencia de altas tasas de fecundidad en contextos de caídas fuertes de la mortalidad. Ese proceso de alto crecimiento es el que se conoce como explosión demográfica.

<sup>4</sup>El proceso de transición demográfica entre países muestra diferencias claras. Canadá y Estados Unidos, analizados en el conjunto de los países desarrollados en el modelo original de transición demográfica, se ubican ya en etapas postransicionales.

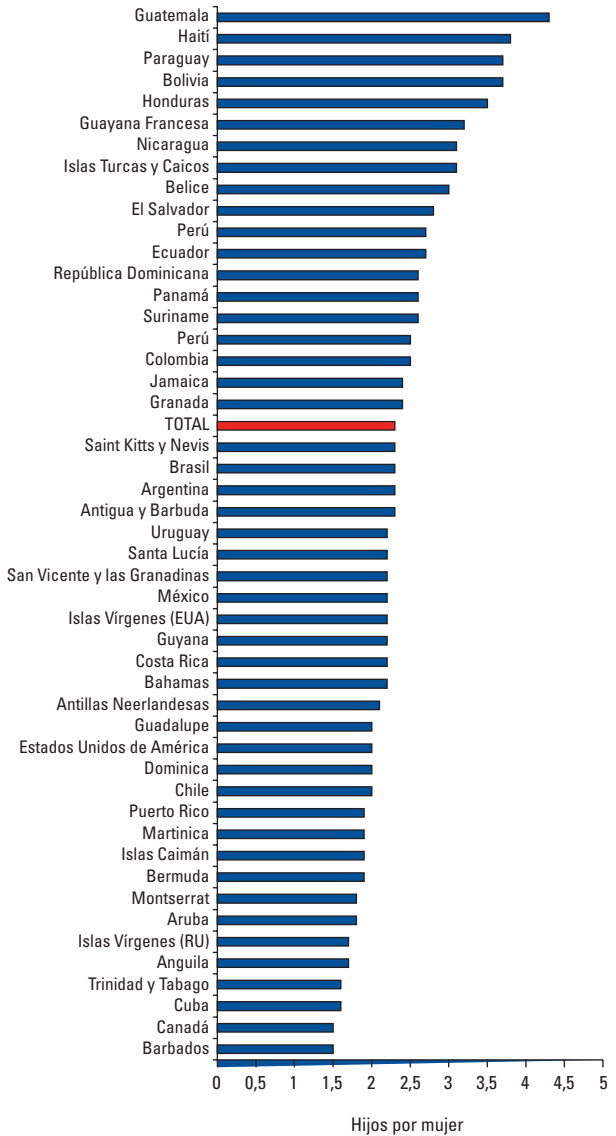
**FIGURA 1. Tasa de crecimiento anual de la población, Región de las Américas, 2005.**



Fuente: Iniciativa Regional de Datos Básicos (IRDB) de la OPS (<http://www.paho.org>)

La disminución de la dependencia demográfica se relaciona con la “carga” que la población potencialmente activa debe llevar en términos económicos para atender la demanda de la población potencialmente pasiva. Cuanto menor sea la relación de dependencia, menor será dicha carga, lo cual se interpreta como positivo para la sociedad en su conjunto. Se prevé que durante cierto tiempo, específico para cada país (figura 4), habrá una disminución en la relación de dependencia por debajo de 60, lo cual se considera una “oportunidad demográfica” para los países, que dispondrían de un “bono” por menor presión de la demanda de niños. Ese bono debería aprovecharse en inversiones productivas o reasignación del gasto social, principalmente para mejorar la

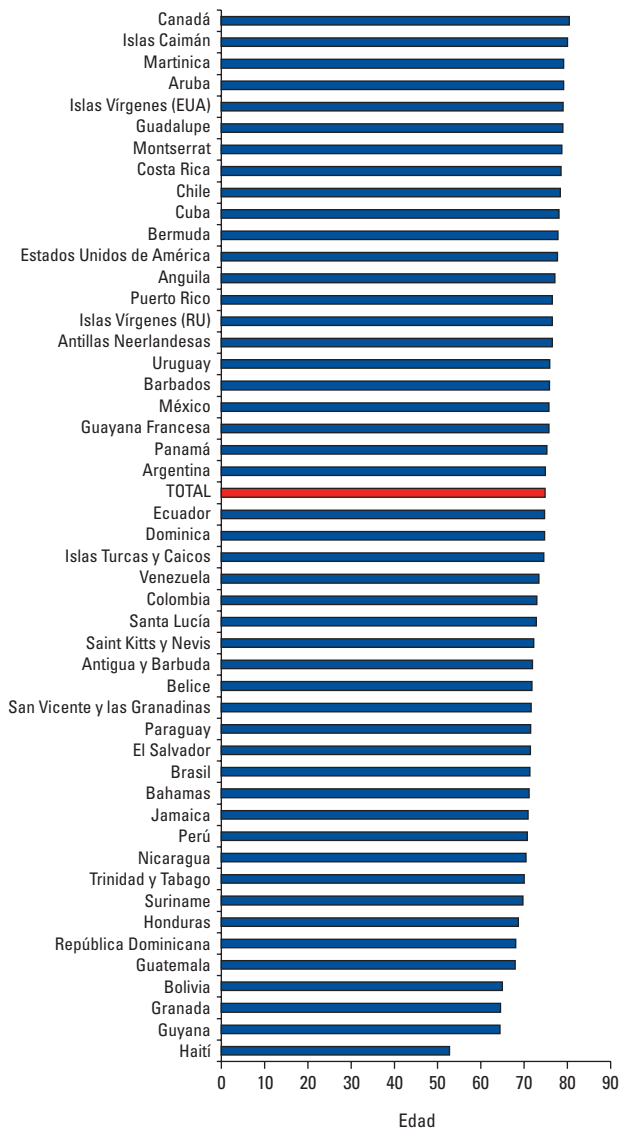
**FIGURA 2. Tasa global de fecundidad, Región de las Américas, 2005.**



Fuente: Iniciativa Regional de Datos Básicos (IRDB) de la OPS (<http://www.paho.org>)

calidad de la educación y reformar el sector salud con vistas a favorecer el cambio en el perfil epidemiológico. Cuando esa ventaja desaparezca (por aumento del peso de los adultos mayores), la demanda particular en el sector salud será mucho más costosa de lo que fue la de niños. Lamentablemente, no hay evidencia de que los países estén aprovechando esa oportunidad demográfica, ya que la demanda de empleos de una población activa creciente se resuelve con excesiva flexibilización, precariedad y empleo informal, y más bien se benefician los hogares de clase media y alta, que son los que han presentado una mayor disminución de la fecundidad. Para que el “bono” pudiera favorecer a los sectores pobres, deberían implantarse políticas de redistribución del in-

**FIGURA 3. Esperanza de vida al nacer, Región de las Américas, 2005.**

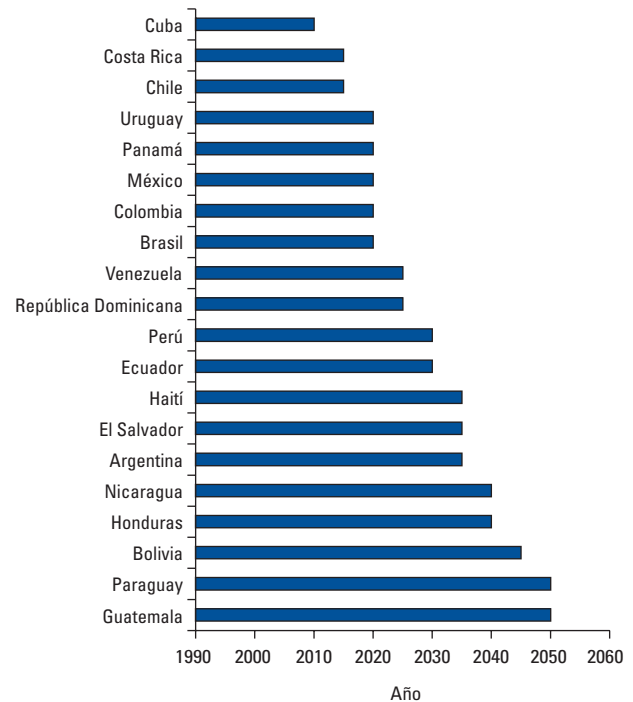


Fuente: Iniciativa Regional de Datos Básicos (IRDB) de la OPS (<http://www.paho.org>)

greso, que aseguren que toda la sociedad se beneficie de la liberación de recursos por la baja relación de dependencia.

Por otra parte, debido al avance de la transición demográfica, la población de América Latina y el Caribe está envejeciendo paulatina, pero inexorablemente, a tasas cercanas a 3,5% anual, muy superiores al promedio general de 1,5%. En todos los países de la Región, la proporción y el número absoluto de personas de 60 años y más se incrementarán sostenidamente en los próximos decenios. La velocidad de cambio de esta población será entre tres y cinco veces mayor que la de la población total en los períodos 2000–2025 y 2025–2050, respectivamente; como fruto de esta dinámica, la proporción de personas mayores de 60 años se

**FIGURA 4. Año en que “terminaría” el bono demográfico en países seleccionados, Región de las Américas.**



Fuente: CELADE, División de Población de la CEPAL, 2005.

triplicará entre los años 2000 y 2050. Los sistemas de previsión social y de salud podrían colapsar irremediabilmente sin la redistribución de los ingresos y la equidad en la distribución de las ventajas del desarrollo macroeconómico; la vía para lograr lo anterior sería la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres en materia de empleo y protección social y la cobertura de salud de la población urbana y rural pobre, así como de diferentes grupos étnicos en muchos países de la Región. En términos de la atención de salud, será necesario redefinir la función y las características del enfoque de atención de salud centrado en la necesidad de mantener al máximo la funcionalidad de los adultos mayores, postergando la discapacidad; iniciar el proceso de reestructuración de los sistemas de salud, que requerirá la formación de recursos humanos calificados para la atención integral de las personas mayores; y generar acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, no solo en la vejez sino en todas las etapas del ciclo vital. En este contexto, merece especial atención la mayor longevidad femenina, cuyos efectos habrá que considerar en términos de las políticas de salud.

#### DIFERENCIAS E INEQUIDADES EN LA FECUNDIDAD Y LA MORTALIDAD

A pesar del descenso de la fecundidad en los últimos 30 años y del menor efecto de las crisis económicas y sociales en esos

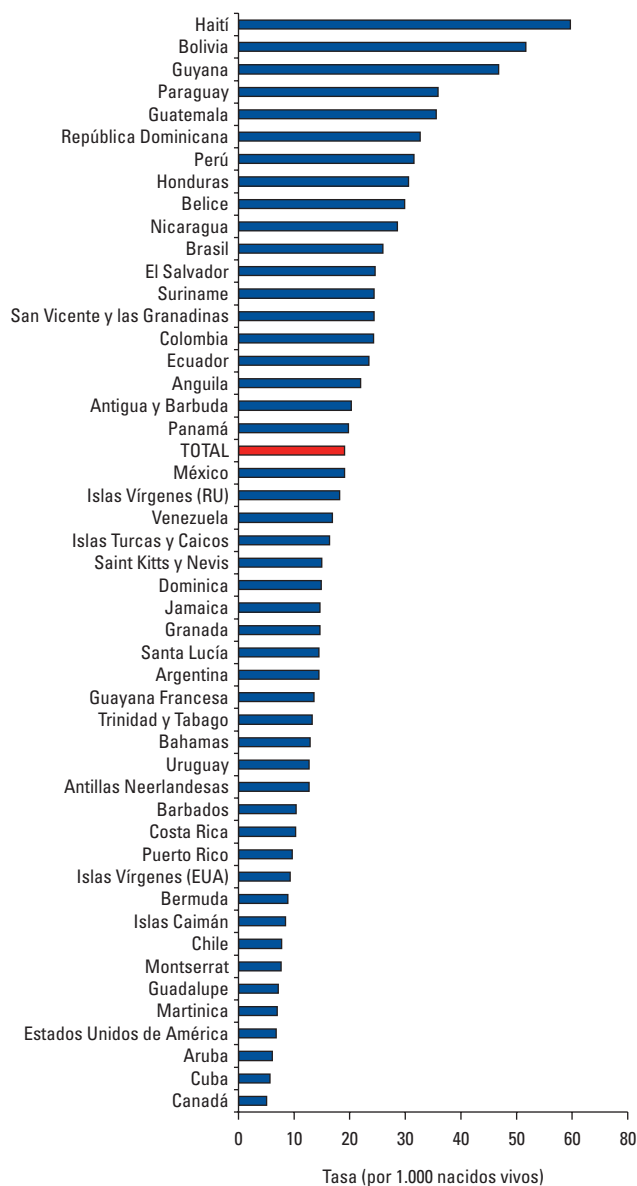
cambios, la Región de las Américas muestra rasgos diferenciales que merecen destacarse para comprender mejor las demandas que deberán enfrentar los sistemas de salud. Entre los principales pueden citarse:

- Las tasas de fecundidad varían desde índices inferiores al reemplazo (menos de 2 hijos por mujer) en Canadá, Cuba, Estados Unidos y otros Estados insulares del Caribe, hasta tasas de alrededor de 4 hijos por mujer en Guatemala y Haití (véase la figura 2).
- La baja de la fecundidad total contrasta con un aumento de la fecundidad en adolescentes, que ha aumentado en los últimos años en la mayoría de los países, en particular entre las menores de 18 años. Este fenómeno —mucho más frecuente en los grupos pobres— se asocia con la deserción escolar y se presenta, con una frecuencia cada vez mayor, al margen del matrimonio o de una unión estable.
- En general, existe una correlación negativa elevada entre fecundidad e indicadores seleccionados de desarrollo económico y social (producto per cápita, nivel de escolaridad, proporción de analfabetismo, exposición a medios de comunicación de masas, niveles de pobreza). Si se incluye en el análisis el uso de anticonceptivos (prevalencia de métodos modernos entre mujeres unidas), se verifica que esta variable captura el grueso de la variación de la fecundidad entre países y que la mayor parte de las variables restantes pierde significación estadística, lo cual remite directamente a la necesidad de políticas efectivas de salud reproductiva, de aplicación universal.
- Las disparidades observadas entre los países se presentan con mayor fuerza dentro de los mismos, pues la fecundidad es más alta entre los grupos pobres, es decir, los de menor educación y aquellos que pertenecen a pueblos indígenas históricamente postergados. En algunos países como Bolivia, Guatemala y Honduras, las mujeres sin educación triplican la fecundidad de aquellas con educación secundaria o superior; es el caso de países donde importantes segmentos de la población aún están ajenos a la práctica del control de la natalidad mediante métodos modernos y seguros.
- Respecto de las diferencias de la fecundidad entre grupos étnicos, los datos censales del año 2000 permiten constatar que la fecundidad alta continúa siendo un rasgo distintivo de la población indígena.

A pesar de la notable reducción de la mortalidad ya mencionada (especialmente durante las edades tempranas), que se reflejó en un aumento de los años de vida de la población de las Américas, y de cambios importantes en el perfil epidemiológico de las enfermedades y muertes según causas, que muestran una mejora en la salud de la población, existen rasgos de desigualdad que merecen destacarse:

- La mortalidad infantil en América Latina se ha reducido de un valor promedio de 128 defunciones de menores de 1 año

**FIGURA 5. Tasa de mortalidad infantil estimada, Región de las Américas, 2004.**



Fuente: Iniciativa Regional de Datos Básicos (IRDB) de la OPS (<http://www.paho.org>)

por cada 1.000 nacidos vivos en 1950–1955, a 28 defunciones en 2000–2005, con diferencias notables entre países (figura 5). Además, ese indicador sigue siendo mayor en las poblaciones más rezagadas, en las que predominan causas de muertes evitables (grupos indígenas, poblaciones de las áreas rurales y aquellas donde las madres tienen menor educación), lo que indica que la lucha contra la mortalidad temprana no está completamente ganada en la Región.

- Aunque existe una tendencia a la disminución de las diferencias entre países en cuanto a la esperanza de vida al nacer,

*“Las infecciones respiratorias agudas —en particular la neumonía en sus diversas formas— así como la gripe, aún son la causa de una gran cantidad de enfermedades y sufrimiento en las Américas.”*

Hugh Cumming, 1932

aún persisten desigualdades importantes que alcanzan casi los 30 años en situaciones extremas (véase la figura 3).

- En todos los países de América Latina la mortalidad femenina es inferior a la masculina, lo que se expresa en una esperanza de vida al nacer superior en casi 7 años en las mujeres. Además de las diferencias biológicas entre los sexos, existen enfermedades propias de la mujer, como son las complicaciones del embarazo y el parto, que han sido combatidas con mayor éxito que las que afectan mayormente a los hombres, tales como las ligadas a enfermedades cardiovasculares, causas externas (violencia) y ciertos tipos de tumores malignos. Asimismo, existen inequidades de género que conllevan para los hombres un acceso tardío a la atención de salud.
- La morbilidad y mortalidad maternas han sido consideradas entre los problemas de salud pública más importantes para los países en desarrollo; a pesar que su número no es cuantioso, son inaceptables porque en la mayoría de los casos son fácilmente evitables. De acuerdo con las estimaciones disponibles, en el mundo murieron por esta causa poco más de medio millón de mujeres (515.000) en 1995. En América Latina y el Caribe, las muertes maternas de ese mismo año eran aproximadamente 22.000, alrededor de 4% del total mundial.
- En varios países ha aumentado la mortalidad en ciertas edades o grupos de población por la persistencia o el resurgimiento de epidemias de enfermedades transmisibles, tales como cólera, hantavirus, malaria, enfermedad de Chagas, tuberculosis y dengue, todas ellas asociadas con la pobreza.
- La incidencia de VIH/sida en las Américas es menor que en otras regiones del mundo, lo que ha llevado a algunos países a detener su capacidad de reducción de la mortalidad, particularmente en grupos especiales de población. La Región, con aproximadamente 8% de la población mundial, tenía a fines de 2002 un millón y medio de personas con VIH o sida (220.000 contrajeron la enfermedad en el 2005), lo que representa 3,6% de los 42 millones de casos mundiales; es más relevante en Haití, Honduras y otros países del Caribe.

#### MIGRACIONES INTERNACIONALES E INTERNAS

Las migraciones internacionales e internas constituyen dos aspectos de un mismo proceso y son componentes poblacionales

que contribuyen a delinear desigualdades, por un lado en la manera en que las personas salen de sus territorios y por otro, en la forma en que se mueven dentro de ellos. Esto tiene consecuencias importantes en el bienestar de considerables contingentes de personas, y en el campo de la salud puede tener efectos negativos tanto para los que migran como para los que se quedan.

La migración internacional está muy vinculada con el proceso pasado y presente del cambio demográfico en la Región; en los últimos años se ha caracterizado por un aumento importante de la emigración hacia el norte del continente americano (particularmente Estados Unidos y en menor medida Canadá) y al continente europeo (especialmente España). La emigración dentro de América Latina y el Caribe ha mantenido el mismo ritmo del pasado, concentrada hacia países tradicionalmente receptores de población, como Argentina y Costa Rica. Este fenómeno no se presenta de manera homogénea entre las poblaciones, y sus especificidades de género, etarias y socioeconómicas repercuten fuertemente en la estructura social y familiar de los países del continente. Las características principales de las tendencias recientes de este componente demográfico pueden sintetizarse de la siguiente manera:

- Se estima que más de 20 millones de latinoamericanos y caribeños viven actualmente fuera de su país de nacimiento, cifra sin precedentes en la historia y que se alcanzó como consecuencia del gran incremento en la migración experimentado desde hace más de una década, particularmente a los Estados Unidos (tres cuartas partes de los migrantes), acompañado de nuevos flujos sin precedentes dirigidos a Europa, en especial a España.
- De los 20 millones de emigrados, 15 ya estaban en Estados Unidos en 2000, 54% de los cuales eran mexicanos, seguidos de cubanos, dominicanos y salvadoreños. La emigración a otros destinos involucra un total cercano a los 5 millones de personas, tres de los cuales se dirigen a Canadá, algunos países de Europa (especialmente España y el Reino Unido), Japón, Israel y Australia. Los otros 2 millones migraron a países latinoamericanos y caribeños (Argentina, Costa Rica y Venezuela siguen registrando el mayor número). En el Caribe, la migración sigue mostrando una gran intensidad por parte de haitianos hacia la República Dominicana.
- El flujo migratorio —que al parecer se mantendrá y aún aumentará en el futuro, a pesar de las restricciones impuestas a algunos países— está motivado por las dificultades de absorción de nuevas demandas de la fuerza de trabajo y el deterioro de los niveles de vida en muchos países de la Región; también influyen los avances en la tecnología de la información y las comunicaciones sobre oportunidades distantes, las mayores facilidades para el transporte y la existencia de redes de comunidades de migrantes.
- El estatus migratorio irregular a que deben someterse algunos y la desprotección que afecta a los trabajadores migran-

tes regulares es otra característica que merece destacarse por sus efectos en el campo de la salud, expresados en el acceso a mecanismos de integración muy débiles, no exentos de discriminación, en especial de las mujeres. Los inmigrantes indocumentados, de menor escolaridad relativa y que trabajan en actividades que requieren baja calificación, están más propensos a vulnerabilidad y exclusión.

- Las tendencias muestran una feminización cuantitativa de los flujos migratorios, un rasgo distintivo de la migración latinoamericana y caribeña en comparación con otras regiones del mundo. La composición por sexo de las corrientes migratorias guarda estrecha relación con el grado de complementariedad entre los mercados de trabajo de los países, la demanda laboral en actividades de servicios y los efectos de la reunificación familiar. La migración de mujeres tiene especificidades que deben ser consideradas en los planes y políticas de salud.

Por su lado, la migración interna, fenómeno de larga data y enraizado en la Región, ha llevado a un espacio geográfico con manifiestas situaciones de inequidad y desigualdad en el acceso a los bienes y servicios para una buena parte de la población que migra y aún para la que reside en las áreas de acogida. Las características principales de las tendencias recientes de este componente demográfico pueden sintetizarse de la siguiente manera:

- El proceso de migración interna ha llevado a una urbanización de las más elevadas del mundo en desarrollo. Tres de cada cuatro latinoamericanos y caribeños residen en zonas urbanas. En la mayoría de los países, los procesos migratorios se estructuran en torno de ciudades de gran tamaño (una de cada tres personas de la Región reside en una ciudad con 1 millón o más de habitantes), la mayoría de ellas en la ciudad principal, lo que representa más de un cuarto de la población nacional y más de un tercio de la población urbana.
- La migración interna también se da entre ciudades y es selectiva, puesto que los migrantes tienden a ser mujeres y personas jóvenes. En general, la probabilidad de migrar aumenta con la educación.
- En los últimos decenios se observa una tendencia hacia la migración a ciudades intermedias, así como a zonas especializadas en producción primaria para la exportación, o con ventajas comerciales (por ejemplo, zonas fronterizas).
- En los últimos años se aprecia: i) intensidad moderada de migración interna en América Latina y el Caribe, con índices inferiores a los de países más desarrollados como Estados Unidos y Canadá; ii) predominio de los desplazamientos entre zonas urbanas; iii) persistente migración neta del campo, que continúa siendo muy relevante para el ámbito rural, pues explica el envejecimiento más acentuado que el que cabría esperar a la luz del avance de su transición de-

mográfica; iv) persistencia del desplazamiento forzado, producto de conflictos internos en varios países de la Región; v) continuación de un redesplazamiento de población, desde los conglomerados metropolitanos de mayor tamaño hacia ciudades más dinámicas o con mejor calidad de vida, algunas de ellas de su entorno; vi) persistencia de un gran atractivo migratorio de algunas capitales de países pequeños, con sistemas urbanos altamente ventajosos; vii) polarización de los traslados intrametropolitanos, ya que al histórico movimiento de pobres hacia la periferia se ha sumado el de familias acomodadas hacia zonas rurales próximas a las metrópolis y con servicios e infraestructura urbanos, desde las que viajan diariamente a las ciudades a trabajar y estudiar; y viii) recuperación de zonas centrales de algunas ciudades, merced a programas explícitos de repoblamiento.

- En lo que atañe a los migrantes, se muestra la existencia de selectividad según edad y educación (superior al promedio); persistencia, aunque en declinación, del histórico sesgo femenino de la migración interna, y niveles de desocupación más altos entre los migrantes recientes; sin embargo, también se observan niveles de ingreso de los migrantes equivalentes o superiores a los de los no migrantes (cuando se controlan variables clave como la edad, la educación y la responsabilidad familiar).
- Las corrientes y decisiones migratorias, con la excepción de aquellas forzadas, responden a expectativas de mejoramiento de las condiciones de vida. La evidencia sugiere que el traslado efectivamente ha beneficiado a muchos migrantes —como lo indican los mayores ingresos que en promedio estos tienen después de controlar otros factores—, pero que una buena parte de ellos experimentan un complejo proceso de inserción en el lugar de destino —como lo revelan los mayores índices de desocupación de los migrantes recientes— y el acceso a los bienes y servicios se hace muy difícil, a tal punto que algunos no logran mejorar en relación con su situación previa.

## CONCLUSIONES

El análisis presentado en esta parte del documento apuntó a sintetizar los principales aspectos demográficos que tienen influencia directa o indirecta en la salud de la población. El envejecimiento y las consecuencias futuras de un aumento acelerado del peso de las poblaciones ancianas constituyen la base del diagnóstico y la prospectiva sobre los sistemas de atención de salud actuales y futuros. El aumento de la fecundidad adolescente y un registro e identificación cada vez mayores de las muertes maternas constituyen otro ejemplo en que los fenómenos demográficos y de salud se compenetran mutuamente. La mortalidad infantil y la esperanza de vida dependen para su evolución positiva del control que el sistema de salud haga de las enfermedades evitables en la niñez y de otras en las poblaciones adultas, como el

VIH/sida. La recepción masiva de migrantes internacionales y su contrapuesto, la emigración de grandes grupos de población de un país a otro, constituyen un desafío para los sistemas de salud que colapsan en los países de acogida y no tienen demanda en los de salida. El aumento de la población en las áreas urbanas y la situación de saturación de la oferta hospitalaria en áreas urbanas más deprimidas y con abundante población pobre también constituyen un desafío para la salud pública.

Las discusiones apuntan a desarrollar los mejores mecanismos para reducir las brechas que hoy existen y que están escondidas en los promedios nacionales. Finalmente, el acceso a la información demográfica en los niveles nacionales, así como la posibilidad de contar con datos para las áreas menores donde ocurren los fenómenos de salud y enfermedad, es un insumo insoslayable para el diagnóstico de la situación de salud y la formulación, seguimiento y monitoreo de las políticas de salud.

## MAGNITUD, DISTRIBUCIÓN Y TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD

### ANÁLISIS GENERAL

En las últimas décadas, el perfil de la mortalidad ha cambiado significativamente en la Región de las Américas. En casi todos los países, las enfermedades transmisibles han sido reemplazadas

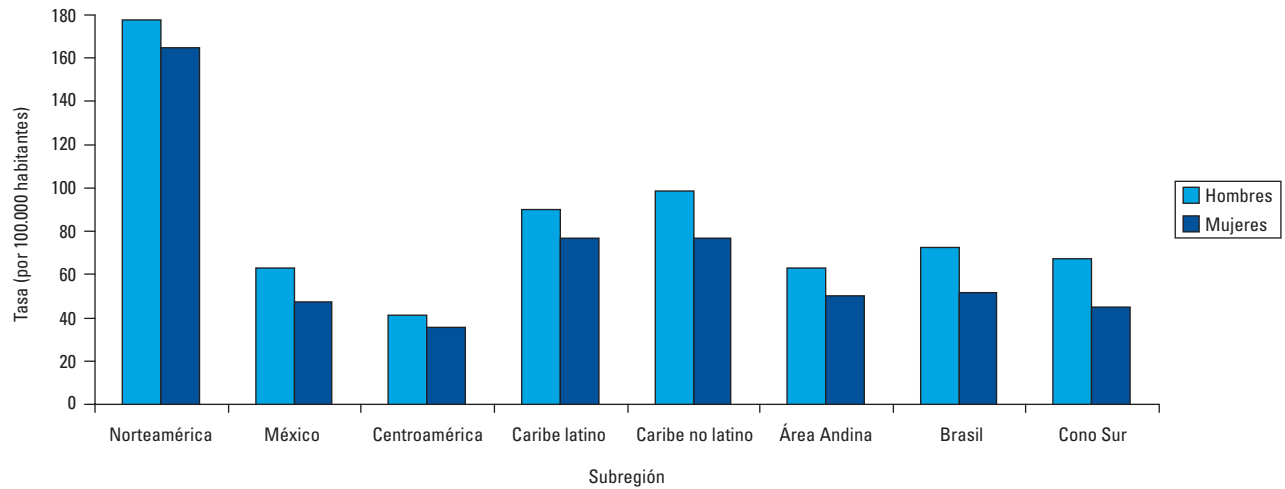
por enfermedades de tipo crónico degenerativo como principales causas de enfermedad y muerte. Las enfermedades del sistema circulatorio, las neoplasias, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias y la diabetes aparecen entre las principales causas de muerte, al lado de causas externas como accidentes de transporte y homicidios.

Varios factores han contribuido a los cambios, entre los cuales se destacan la evolución de la estructura de edad de la población (envejecimiento), el control o disminución del riesgo de muerte por varias enfermedades (como las inmunoprevenibles y las infecciosas intestinales) y la aparición de otras (como el VIH/sida). Los cambios no han ocurrido de forma homogénea ni con la misma intensidad en todos los países. En esta sección se analizan las principales causas de muerte, según sexo y grandes grupos de edad, en las siguientes subregiones: Norteamérica, México, Istmo Centroamericano, Caribe latino, Caribe no latino, Área Andina, Brasil y Cono Sur (véanse las Notas Técnicas, recuadro 1).

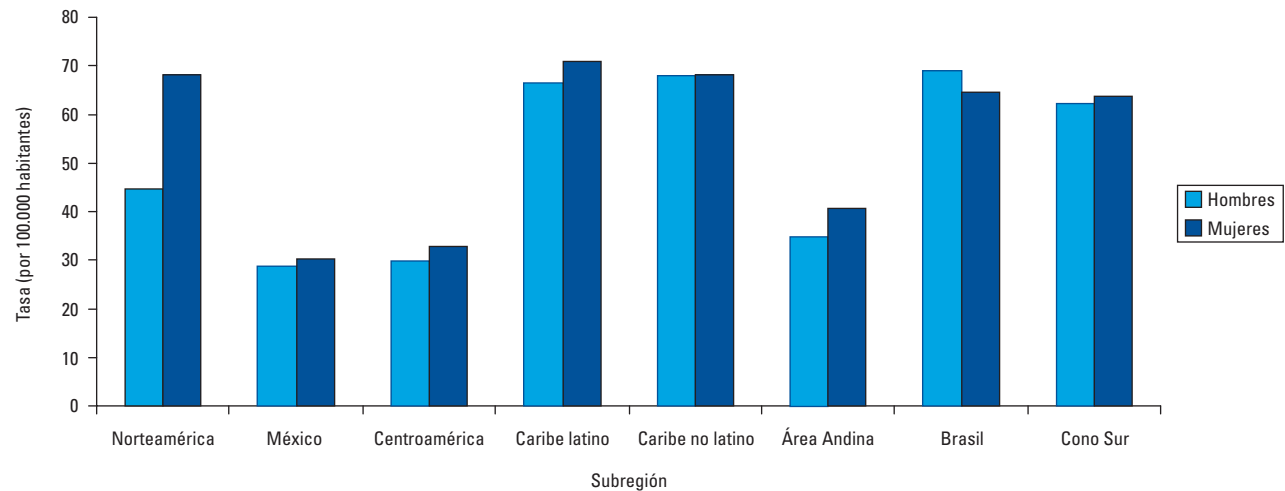
Para el conjunto de la población, cuatro causas de muerte aparecen entre las 10 principales en las ocho subregiones: enfermedad isquémica del corazón (entre la primera y la tercera), enfermedad cerebrovascular (primera y cuarta), diabetes mellitus (primera y séptima) y neumonía e influenza (primera y octava). Además, las mismas causas figuran siempre entre las 10 principales tanto en mujeres como en hombres (menos la diabetes en Centroamérica y el Caribe latino). Las enfermedades crónicas de

### RECUADRO 1. Notas técnicas

1. Subregiones: para este análisis de la mortalidad, los países y territorios se incluyeron en las siguientes subregiones:
  - Norteamérica: Bermuda, Canadá y Estados Unidos.
  - México.
  - Istmo Centroamericano: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.
  - Caribe latino: Cuba, Guadalupe, Guayana Francesa, Haití, Martinica, Puerto Rico y República Dominicana.
  - Caribe no latino: Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Guyana, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (RU), Islas Vírgenes (USA), Montserrat, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Trinidad y Tabago.
  - Área Andina: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.
  - Brasil.
  - Cono Sur: Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.
2. Años: para cada país o territorio se han tomado los dos o tres años más recientes disponibles. En promedio, para todas las subregiones los datos son para alrededor de 2002. De esta forma, las tasas de mortalidad que aparecen en los cuadros son un promedio del período correspondiente.
3. Tasas: las tasas específicas de mortalidad por causa y edad se han estimado según la metodología descrita en la edición de 2006 de Estadísticas de Salud de las Américas (<http://www.paho.org/spanish/dd/ais/hsa2006.htm>).
4. Ordenamiento: se ha utilizado la lista específica de las principales causas de muerte preparada por la OPS y la OMS en 2004 (A method for deriving leading causes of death, Bulletin of WHO, April 2006, 84(4) <http://www.who.int/bulletin/volumes/84/4/297.pdf>).

**FIGURA 6. Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón según sexo, subregiones de las Américas, alrededor de 2002.**

Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

**FIGURA 7. Mortalidad por enfermedad cerebrovascular según sexo, subregiones de las Américas, alrededor de 2002.**

Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

las vías respiratorias aparecen entre las 10 principales causas de muerte en cinco de las ocho subregiones; las excepciones son Centroamérica, Caribe latino y Caribe no latino.

La figura 6 muestra que las tasas de mortalidad por **enfermedad isquémica del corazón** son siempre más altas en el sexo masculino que en el femenino. Asimismo, hay grandes diferencias entre las subregiones, con tasas desde 35–50 por 100.000 habitantes en Centroamérica y México, hasta más de 170 en Norteamérica. Igualmente, en Centroamérica y México se encuentran las menores tasas de mortalidad por **enfermedad cerebrovascular** (figura 7). Al contrario de la enfermedad isquémica del co-

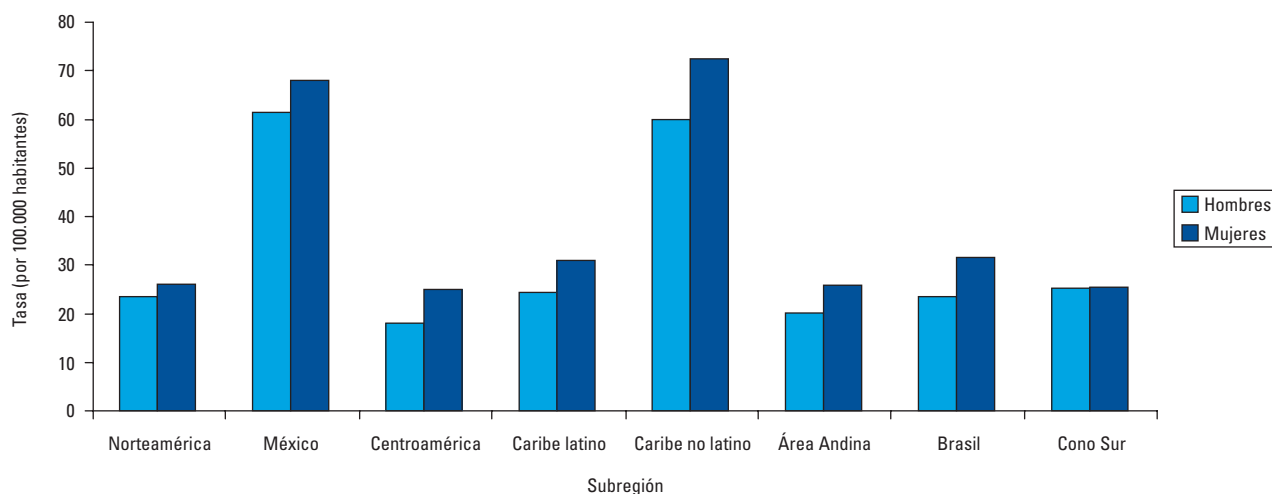
razón, las tasas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular son más elevadas en el sexo femenino en todas las subregiones, excepto en Brasil.

Con respecto a la **diabetes**, a pesar de que en los últimos años las diferencias han disminuido, sigue habiendo tasas de mortalidad más elevadas en mujeres que en hombres, conforme se puede ver en la figura 8. En el Cono Sur las tasas son prácticamente iguales en ambos sexos.

**Neumonía e influenza** presentan tasas de mortalidad más altas en el sexo masculino en seis de las ocho subregiones (figura 9); las excepciones son Norteamérica y el Cono Sur.

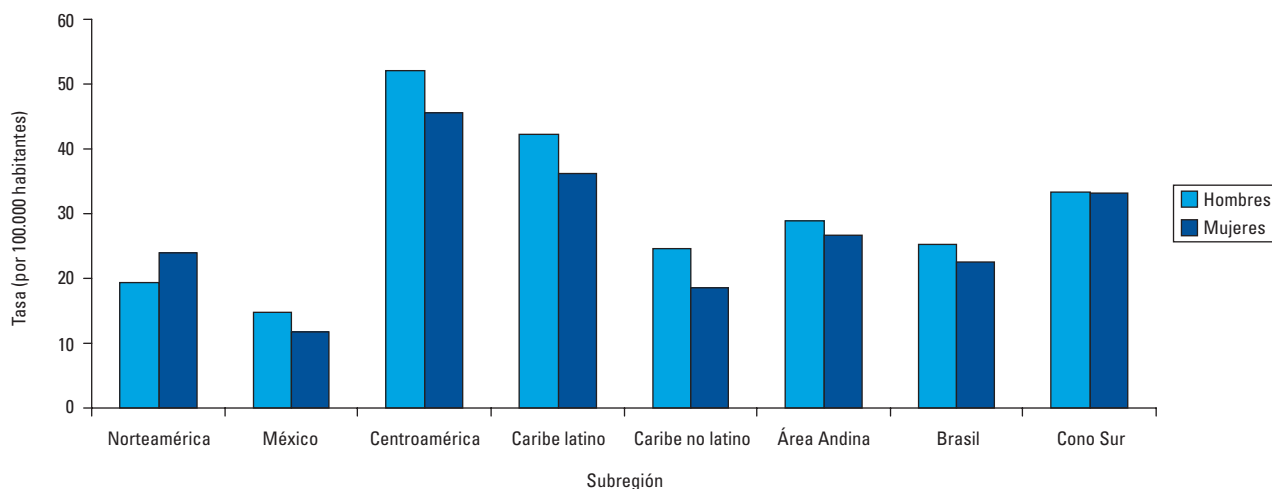


**FIGURA 8. Mortalidad por diabetes según sexo, subregiones de las Américas, alrededor de 2002.**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

**FIGURA 9. Mortalidad por neumonía e influenza según sexo, subregiones de las Américas, alrededor de 2002.**



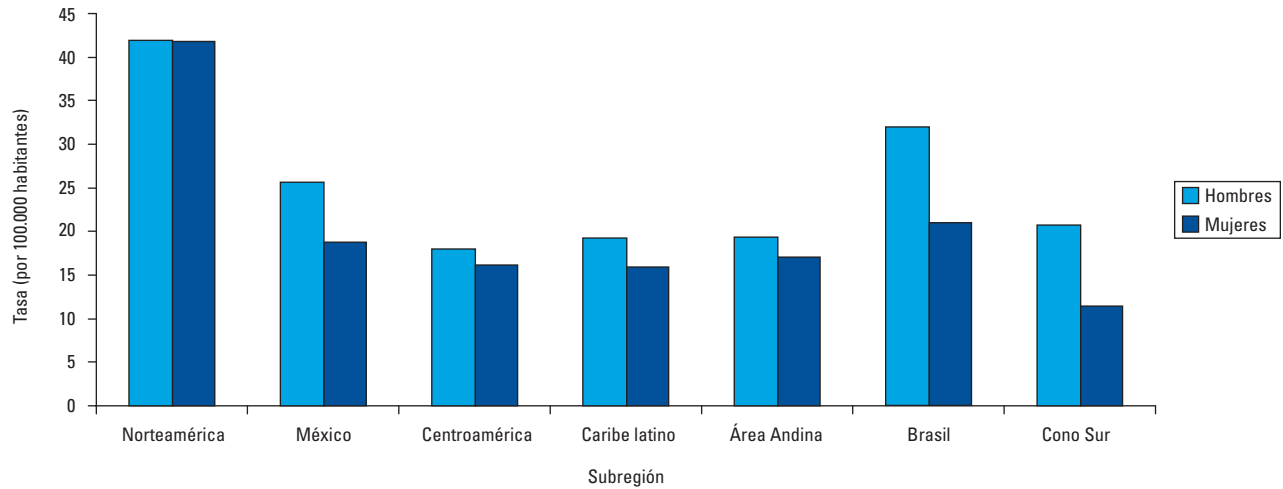
Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Las tasas de mortalidad por **enfermedades crónicas de las vías respiratorias** se encuentran en Latinoamérica entre 16 y 25 por 100.000 en el conjunto de la población, siempre más elevadas en los hombres que en las mujeres (figura 10). En Norteamérica, las tasas llegan casi a 42 y son iguales en ambos sexos. En el Caribe no latino ese grupo de enfermedades no figura entre las principales causas de muerte, ni masculina ni femenina.

La **insuficiencia cardíaca y otras complicaciones y las enfermedades mal definidas del corazón** figuran entre las 10 principales causas de muerte en todas las subregiones, excepto

México. De un lado esto aumenta el peso de las enfermedades del sistema circulatorio en la mortalidad general, pero también muestra posibles problemas de certificación médica de causas de muerte no muy precisas, dado que normalmente estas causas son las terminales y no la causa básica de la muerte.

Las **afecciones originadas en el período perinatal** pueden provocar la muerte años después del nacimiento, pero la gran mayoría de las defunciones se presentan en los primeros meses de vida. Por tal razón, aunque la mortalidad infantil ha disminuido significativamente, dichas afecciones siguen apareciendo

**FIGURA 10. Mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias según sexo, subregiones de las Américas, alrededor de 2002.**

Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

entre las 10 principales causas de muerte en la población total, en las subregiones donde la mortalidad infantil se puede todavía reducir más y la estructura de edad muestra una gran proporción de niños. Solo en Norteamérica y el Cono Sur, donde la población es más vieja y la mortalidad infantil es más baja, estas afecciones no se encuentran entre las 10 principales causas de muerte en la población total; sin embargo, las mismas son la primera causa en los menores de 5 años en todas las subregiones, sin excepción. Asimismo, las **enfermedades infecciosas intestinales** siguen presentes entre las cinco principales causas de muerte en menores de 5 años en todas las subregiones, menos en Norteamérica.

En México, Centroamérica, el Caribe latino y el Área Andina, las **causas de mortalidad materna** figuran entre las 10 principales causas de muerte de mujeres entre 10 y 59 años, mientras que en el Brasil y el Cono Sur están entre las 10 principales causas de muerte solo de adolescentes (10–19 años). En Norteamérica y el Caribe no latino dichas causas no aparecen entre las 10 principales en el sexo femenino en ningún grupo de edad. Estos hallazgos, junto con lo mencionado en el párrafo anterior, indican que todavía hay que avanzar bastante para que se puedan alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Otro aspecto a destacar es el peso de las **causas externas** de defunción. A pesar de una tendencia a la reducción, los accidentes de transporte siguen apareciendo entre las principales causas de muerte en la mayoría de las subregiones; solo en el Cono Sur no figuran entre las 10 principales causas en los hombres. La tendencia de la mortalidad por homicidios ha aumentado por lo general, en especial en jóvenes del sexo masculino. Los suicidios tienen un peso importante y aparecen como una de las primeras

causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes. En dos subregiones, Norteamérica y el Cono Sur, hay más suicidios que homicidios. En niños y adolescentes, el ahogamiento y la sumersión accidental son también importantes causas de muerte.

## ANÁLISIS POR SUBREGIONES

### Norteamérica

Las enfermedades isquémicas del corazón representan 20,9% de todas las defunciones, lo que corresponde a una tasa de 171,1 por 100.000 habitantes, la más alta de la Región. Después siguen la enfermedad cerebrovascular (6,9%) y las neoplasias malignas de pulmón, tráquea y bronquios (6,6%), siendo esta última la segunda causa entre los hombres, con 7,8% de las muertes. Se destaca también que la demencia y la enfermedad de Alzheimer ocupan la cuarta posición entre las mujeres y la quinta en la población total, pero que no están entre las 10 principales causas de muerte en los hombres (cuadro 1).

Otra diferencia entre la mortalidad masculina y la femenina se refiere a las neoplasias malignas. La neoplasia maligna de la próstata ocupa el sexto lugar entre los hombres, misma posición que ocupa la de la mama en las mujeres; entre los hombres, la neoplasia maligna de tejido linfático y hematopoyético figura en séptimo lugar, y la de colon en noveno, pero no están entre las 10 primeras causas de mortalidad femenina.

En los menores de 5 años, casi la mitad de las muertes en ambos sexos son debidas a afecciones originadas en el período perinatal y más de 20% a malformaciones congénitas. En el 30% restante predominan las causas externas, como accidentes de

**CUADRO 1. Tasas (por 100.000 habitantes), proporción y proporción acumulada (sobre causas definidas) de las 10 principales causas de muerte, según sexo, Norteamérica, alrededor de 2002.**

Defunciones	Total			Hombres			Mujeres		
	Posición	Tasa	% acumulado	Posición	Tasa	% acumulado	Posición	Tasa	% acumulado
Total	—	830,7	100,0	—	830,4	100,0	—	831,0	100,0
Causas mal definidas	—	—	1,3	—	—	1,3	—	—	1,3
Causas definidas	—	819,9	100,0	—	819,6	100,0	—	820,2	100,0
Enfermedad isquémica del corazón	1	171,1	20,9	1	177,6	21,7	1	164,9	20,1
Enfermedad cerebrovascular	2	56,6	6,9	3	44,6	5,4	2	68,1	8,3
Neoplasia maligna de pulmón, bronquios y tráquea	3	54,5	6,6	2	64,2	7,8	3	45,1	5,5
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	4	41,8	5,1	4	41,9	5,1	5	41,8	5,1
Demencia y Alzheimer	5	32,0	3,9	—	—	—	4	44,6	5,4
Diabetes	6	24,8	3,0	5	23,4	2,9	8	26,1	3,2
Insuficiencia cardíaca	7	22,4	2,7	—	—	—	7	26,5	3,2
Neumonía e influenza	8	21,7	2,6	10	19,4	2,4	9	23,9	2,9
Neoplasia maligna de colon, sigmoide y recto	9	20,1	2,5	9	20,5	2,5	—	—	—
Neoplasia maligna de tejido linfático y hematopoyético	10	19,6	2,4	7	21,3	2,6	—	—	—
Neoplasia maligna de mama	—	—	—	—	—	—	6	28,8	3,5
Neoplasia maligna de próstata	—	—	—	6	22,0	2,7	—	—	—
Enfermedades del sistema urinario	—	—	—	—	—	—	10	20,9	2,5
Accidentes de transporte terrestre	—	—	—	8	21,3	2,6	—	—	—

— No figura entre las 10 principales causas.

**Fuente:** Base de datos de mortalidad, Organización Panamericana de la Salud, Área de Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades, Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas.

transporte, obstrucción accidental del tracto respiratorio, homicidios y ahogamientos.

Entre los 5 y los 19 años de edad, grupo de edad con menor riesgo general de muerte, predominan las causas externas, con los accidentes de transporte como la primera causa en ambos sexos, seguidos por los homicidios; en el grupo de 10–19 años, los suicidios son la tercera causa de muerte, igualmente en ambos sexos. Las tasas de mortalidad por todas las causas para las edades de 5–9 y 10–19 años son las más bajas de la Región: 0,15 por 1.000 y 0,42 por 1.000, respectivamente.

La primera causa de muerte en las mujeres de 20 a 59 años en Norteamérica son las neoplasias de pulmón, tráquea y bronquios; sin embargo, a pesar de que las mismas aparecen solo en cuarto lugar entre los hombres, la tasa de mortalidad masculina (20,4 por 100.000) es más elevada que la femenina (16,9 por 100.000). Con respecto a los accidentes de transporte, las tasas son casi tres veces más altas en hombres (24,7 por 100.000) que en mujeres (9 por 100.000), ocupando respectivamente la segunda y cuarta posiciones. En los hombres del mismo grupo de edad (20–59), la enfermedad isquémica del corazón es la primera causa de muerte y, como ya se mencionó, los accidentes de transporte la segunda, seguidos por suicidios, cáncer de pulmón, cirrosis y homicidios. La muerte por VIH/sida, que estuvo en las primeras posiciones a mediados de los años noventa, aparece ahora en séptimo lugar, siguiendo una tendencia de disminución iniciada a finales de la década de 1990. Entre las mujeres, después del cáncer del pulmón, la enfermedad isquémica del corazón aparece en segundo lugar, seguida por cáncer de mama, accidentes de transporte, enfermedad cerebrovascular y cirrosis.

A partir de los 60 años de edad, en ambos sexos, predominan principalmente las muertes causadas por enfermedades del sistema circulatorio (enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular) y las neoplasias (pulmón en ambos sexos, mama en mujeres y próstata en hombres), al lado de demencia y Alzheimer, enfermedades crónicas de las vías respiratorias y diabetes, con perfil semejante en mujeres y hombres, con tasas levemente superiores en los hombres.

## México

La primera causa de muerte en la población total es diabetes mellitus, con 12,8% de las defunciones (primera causa en el sexo femenino con 15,7% de las defunciones y segunda en el masculino, con 10,6%) (cuadro 2); al igual que el Caribe no latino, México presenta en ambos sexos una de las tasas más altas de las Américas, más del doble que cualquier otra subregión.

La enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular aparecen en ambos sexos entre las cuatro primeras causas en México, como en todas las demás subregiones. Llama la atención que la cirrosis figura como tercera causa de muerte, con una tasa de 32 por 100.000 (49,5 en hombres y 15,4 en mujeres), y es la única subregión donde aparece entre las 10 principales

causas en mujeres (quinta causa principal); entre los 20 y los 59 años es la primera causa en el sexo masculino (15%) y la segunda en el femenino (6,1%). En los hombres, siguen en importancia los accidentes de transporte, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, las afecciones originadas en el período perinatal y los homicidios. En las mujeres, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias aparecen en cuarto lugar, seguidas de cirrosis, afecciones perinatales, enfermedad hipertensiva, enfermedades del sistema urinario, neumonía e influenza, y las deficiencias y anemias nutricionales (2,5% de todas las muertes de mujeres) en décimo lugar, siendo la única subregión donde esto sucede.

En los menores de 5 años, las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas representan más de 60% del total de muertes; siguen en importancia neumonía e influenza, enfermedades infecciosas intestinales, obstrucción accidental del tracto respiratorio y desnutrición. Tanto en los niños como en las niñas, las principales causas son las mismas y aparecen en el mismo orden; sin embargo, las tasas de mortalidad por todas ellas son siempre un poco más altas en el sexo masculino.

Entre las mujeres de 5 a 19 años de edad, las principales causas de muerte son, en ese orden, accidentes de transporte, neoplasias malignas del tejido linfático y hematopoyético, malformaciones congénitas, enfermedades del sistema urinario, suicidios (tercera causa entre los 10 y 19 años) y homicidios; las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son la séptima causa en el grupo de 10 a 19 años. En los varones de 5 a 19 años, los accidentes de transporte también son la primera causa de muerte y los homicidios, la segunda. Le siguen en importancia las neoplasias malignas de tejido linfático y hematopoyético, ahogamiento y sumersión accidental y malformaciones congénitas. En ese grupo de edad (5–19), las tasas de mortalidad son siempre más bajas que en otras edades, pero las masculinas son siempre más altas que las femeninas, especialmente por causas externas. Al igual que en el sexo femenino, la tercera causa de muerte en los hombres de 10 a 19 años son los suicidios.

Entre los 20 y los 59 años, las dos primeras causas son las mismas en ambos sexos, aunque en orden inverso: la diabetes es la primera en mujeres y la segunda en hombres, y lo contrario ocurre con la cirrosis. En el sexo masculino siguen en orden de importancia los accidentes de transporte, los homicidios, la enfermedad isquémica del corazón y el VIH/sida, mientras que en el femenino aparecen la enfermedad isquémica del corazón, la neoplasia maligna del útero y de la mama, y la enfermedad cerebrovascular.

Después de los 60 años de edad, predominan como principales causas de muerte en ambos sexos la diabetes, la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias.

## Centroamérica

La primera causa de muerte en ambos sexos es la neumonía e influenza (8,6% del total de defunciones) y su tasa es más del doble

**CUADRO 2. Tasas (por 100.000 habitantes), proporción y proporción acumulada (sobre causas definidas) de las 10 principales causas de muerte, según sexo, México, alrededor de 2002.**

Defunciones	Total			Hombres			Mujeres		
	Posición	Tasa	% acumulado	Posición	Tasa	% acumulado	Posición	Tasa	% acumulado
Total	—	514,8	100,0	—	591,2	100,0	—	441,6	100,0
Causas mal definidas	—	—	2,0	—	—	1,8	—	—	2,3
Causas definidas	—	504,5	100,0	—	580,6	100,0	—	431,4	100,0
Diabetes	1	64,7	12,8	2	61,3	10,6	1	67,9	15,7
Enfermedad isquémica del corazón	2	55,1	10,9	1	63,1	10,9	2	47,4	11,0
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	3	32,3	6,4	3	49,8	8,6	5	15,5	3,6
Enfermedad cerebrovascular	4	29,5	5,8	4	28,8	5,0	3	30,2	7,0
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	5	22,1	4,4	6	25,7	4,4	4	18,8	4,4
Afecciones originadas en el período perinatal	6	19,2	3,8	7	23,2	4,0	6	15,5	3,6
Accidentes de transporte terrestre	7	16,5	3,3	5	26,5	4,6	—	—	—
Neumonía e influenza	8	13,2	2,6	9	14,7	2,5	9	11,8	2,7
Enfermedades del sistema urinario	9	13,1	2,6	10	14,2	2,4	8	12,0	2,8
Enfermedad hipertensiva	10	12,5	2,5	—	—	—	7	14,2	3,3
Agresiones (homicidios)	—	—	—	8	19,0	3,3	—	—	—
Desnutrición y anemias nutricionales	—	—	—	—	—	—	10	11,0	2,5

— No figura entre las 10 principales causas.

**Fuente:** Base de datos de mortalidad, Organización Panamericana de la Salud, Área de Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades, Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas.

que en la mayoría de las otras subregiones; lo anterior podría explicarse en parte por deficiencias de certificación médica, dado que con frecuencia las neumonías son terminales y no se menciona la causa básica que las originó. En los hombres siguen los homicidios, la enfermedad isquémica del corazón, las enfermedades infecciosas intestinales y las afecciones originadas en el período perinatal. En las mujeres, después de la neumonía e influenza aparecen la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular, las enfermedades infecciosas intestinales y la diabetes. Cabe resaltar que Centroamérica es la única subregión donde las enfermedades infecciosas intestinales figuran entre las 10 principales causas de muerte (cuarto lugar en ambos sexos) (cuadro 3).

En los menores de 5 años, las principales causas de muerte en ambos sexos y en el mismo orden son las afecciones originadas en el período perinatal, las enfermedades infecciosas intestinales, la neumonía e influenza, las malformaciones congénitas y la desnutrición. Centroamérica y el Caribe latino son las únicas subregiones de las Américas donde las enfermedades prevenibles por vacunación aún figuran entre las 10 principales causas de muerte en esa edad (séptima en Centroamérica y décima en el Caribe latino).

Entre los varones de 5 a 19 años de edad en Centroamérica, la principal causa de muerte son los homicidios, seguidos por accidentes de transporte, causas externas de intención no determinada, neumonía e influenza y ahogamiento y sumersión accidentales. En el sexo femenino, las principales causas en ese grupo de edad son neumonía e influenza, enfermedades infecciosas intestinales, accidentes de transporte y causas externas de intención no determinada. Es la única subregión donde las enfermedades inmunoprevenibles nuevamente aparecen en este grupo de edad, como la octava causa.

En el grupo de 20 a 59 años, los homicidios son la principal causa de muerte en Centroamérica. La contribución de la mortalidad masculina es tan elevada que, a pesar de ser la décima causa entre las mujeres, es la primera en la población total de este grupo de edad. En el sexo masculino las primeras causas son homicidios, cirrosis, accidentes de transporte, efectos adversos del uso de sustancias psicoactivas (como el alcohol) y causas externas de intención no determinada. Entre las mujeres, las principales causas son neoplasias malignas del útero, diabetes, enfermedad cerebrovascular, neumonía e influenza y enfermedad isquémica del corazón.

En los adultos mayores (60 años y más), las cinco primeras causas de muerte son las mismas para ambos sexos, en el siguiente orden: enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, neumonía e influenza, diabetes (cuarta en mujeres, quinta en hombres) e insuficiencia cardíaca (quinta en mujeres, cuarta en hombres).

### Caribe latino

Las tres principales causas de muerte en ambos sexos son la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascu-

lar y la neumonía e influenza (cuadro 4). En las mujeres, la cuarta causa principal de muerte es la diabetes, seguida de enfermedad hipertensiva y VIH/sida, mientras que en los hombres, la cuarta causa principal de muerte es el VIH/sida, seguida de neoplasias malignas de pulmón y enfermedades infecciosas intestinales. Cabe destacar que el número de defunciones por VIH/sida en Haití, donde es la primera causa de muerte registrada, determina que la enfermedad esté entre las principales causas de muerte en el Caribe latino. Lo mismo sucede con la mortalidad por desnutrición y por enfermedades infecciosas intestinales en los grupos de edad más bajos.

En niños de 0 a 4 años, las cinco primeras causas de muerte son las mismas en el sexo masculino y el femenino: afecciones originadas en el período perinatal, desnutrición, enfermedades infecciosas intestinales, neumonía e influenza y malformaciones congénitas.

En el grupo de 5 a 19 años, las cuatro primeras causas son las mismas en ambos sexos: accidentes de transporte, enfermedades infecciosas intestinales, VIH/sida y causas externas de intención no determinada. En el sexo femenino las causas de mortalidad materna aparecen en segundo lugar en el grupo de 10 a 19 años.

En el grupo de 20 a 59 años de edad, la primera causa de muerte en ambos sexos es VIH/sida. En los hombres, la segunda causa de muerte es la enfermedad isquémica del corazón, seguida de accidentes de transporte, homicidios y enfermedad cerebrovascular, mientras que en las mujeres, la segunda causa de muerte es la enfermedad cerebrovascular, seguida de enfermedad isquémica del corazón y causas de mortalidad materna.

A partir de los 60 años el perfil de mortalidad es casi el mismo para mujeres y hombres, con tasas un poco más altas en los últimos. Las tres primeras causas para ambos sexos son la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la neumonía e influenza. En las mujeres, la cuarta causa principal de muerte es la diabetes, seguida de enfermedad hipertensiva e insuficiencia cardíaca, mientras que en los hombres, la cuarta causa principal de muerte son las neoplasias malignas de la próstata y el pulmón seguidas de insuficiencia cardíaca.

### Caribe no latino

Las principales causas de muerte en ambos sexos son la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la diabetes (cuadro 5). En esta subregión, al igual que en México, se presentan las tasas más altas de mortalidad por diabetes en las Américas (entre 60 y 72 por 100.000); también se presentan las tasas de mortalidad por VIH/sida más altas de las Américas: 37,7 por 100.000 en la población general, 48,3 por 100.000 en hombres (cuarta causa) y 27,3 por 100.000 en mujeres (quinta causa).

En los menores de 5 años, las seis primeras causas de muerte son las mismas en ambos sexos: afecciones originadas en el período perinatal (53,9%), malformaciones congénitas (11,1%), en-

**CUADRO 3. Tasas (por 100.000 habitantes), proporción y proporción acumulada (sobre causas definidas) de las 10 principales causas de muerte, según sexo, Istmo Centroamericano, alrededor de 2002.**

Defunciones	Total			Hombres			Mujeres		
	Posición	Tasa	% acumulado	Posición	Tasa	% acumulado	Posición	Tasa	% acumulado
Total	—	643,5	100,0	—	721,9	100,0	—	566,2	100,0
Causas mal definidas	—	—	11,9	—	—	10,8	—	—	13,3
Causas definidas	—	566,9	100,0	—	643,9	100,0	—	490,9	100,0
Neumonía e influenza	1	48,8	8,6	1	52,0	8,1	1	45,6	9,3
Enfermedad isquémica del corazón	2	38,5	6,8	3	41,3	6,4	2	35,7	7,3
Enfermedad cerebrovascular	3	31,4	5,5	6	29,9	4,6	3	32,8	6,7
Enfermedades infecciosas intestinales	4	28,5	5,0	4	31,3	4,9	4	25,8	5,3
Afecciones originadas en el período perinatal	5	26,4	4,7	5	30,6	4,8	6	22,1	4,5
Agresiones (homicidios)	6	25,3	4,5	2	45,8	7,1	—	—	—
Diabetes	7	21,5	3,8	—	—	—	5	24,9	5,1
Insuficiencia cardíaca	8	19,7	3,5	10	18,2	2,8	7	21,1	4,3
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	9	19,2	3,4	7	26,4	4,1	—	—	—
Enfermedades del sistema urinario	10	16,6	2,9	9	21,0	3,3	—	—	—
Accidentes de transporte terrestre	—	—	—	8	24,0	3,7	—	—	—
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	—	—	—	—	—	—	8	16,1	3,3
Paro cardíaco	—	—	—	—	—	—	9	14,4	2,9
Neoplasia maligna del útero	—	—	—	—	—	—	10	13,0	2,6

— No figura entre las 10 principales causas.

**Fuente:** Base de datos de mortalidad, Organización Panamericana de la Salud, Área de Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades, Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas.

**CUADRO 4. Tasas (por 100.000 habitantes), proporción y proporción acumulada (sobre causas definidas) de las 10 principales causas de muerte, según sexo, Caribe latino, alrededor de 2002.**

Defunciones	Total			Hombres			Mujeres		
	Posición	Tasa	% acumulado	Posición	Tasa	% acumulado	Posición	Tasa	% acumulado
Total	—	872,6	100,0	—	953,0	100,0	—	793,1	100,0
Causas mal definidas	—	—	15,3	—	—	15,7	—	—	14,8
Causas definidas	—	739,1	100,0	—	803,4	100,0	—	675,7	100,0
Enfermedad isquémica del corazón	1	83,5	11,3	1	90,2	11,2	1	76,9	11,4
Enfermedad cerebrovascular	2	68,7	9,3	2	66,5	8,3	2	70,8	10,5
Neumonía e influenza	3	39,2	5,3	3	42,2	5,3	3	36,2	5,4
Enfermedad por VIH/sida	4	31,8	4,3	4	36,5	4,5	6	27,1	4,0
Diabetes	5	27,7	3,7	—	—	—	4	30,9	4,6
Enfermedad hipertensiva	6	26,8	3,6	10	24,7	3,1	5	28,8	4,3
Afecciones originadas en el período perinatal	7	26,4	3,6	7	26,7	3,3	8	26,0	3,8
Enfermedades infecciosas intestinales	8	25,8	3,5	6	27,8	3,5	9	23,8	3,5
Insuficiencia cardíaca	9	25,3	3,4	—	—	—	7	26,2	3,9
Neoplasia maligna de pulmón, bronquios y tráquea	10	19,0	2,6	5	29,1	3,6	—	—	—
Accidentes de transporte terrestre	—	—	—	8	25,3	3,1	—	—	—
Neoplasia maligna de próstata	—	—	—	9	25,2	3,1	—	—	—
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	—	—	—	—	—	—	10	15,9	2,4

— No figura entre las 10 principales causas.

**Fuente:** Base de datos de mortalidad, Organización Panamericana de la Salud, Área de Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades, Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas.



**CUADRO 5. Tasas (por 100.000 habitantes), proporción y proporción acumulada (sobre causas definidas) de las 10 principales causas de muerte, según sexo, Caribe no latino, alrededor de 2002.**

Defunciones	Total			Hombres			Mujeres		
	Posición	Tasa	% acumulado	Posición	Tasa	% acumulado	Posición	Tasa	% acumulado
Total	—	683,4	100,0	—	766,5	100,0	—	602,6	100,0
Causas mal definidas	—	—	3,3	—	—	2,9	—	—	3,8
Causas definidas	—	660,8	100,0	—	744,3	100,0	—	579,7	100,0
Enfermedad isquémica del corazón	1	87,6	13,3	1	98,7	13,3	1	76,8	13,2
Enfermedad cerebrovascular	2	68,0	10,3	2	67,9	9,1	3	68,1	11,7
Diabetes	3	66,3	10,0	3	60,0	8,1	2	72,4	12,5
Enfermedad por VIH/sida	4	37,7	5,7	4	48,3	6,5	5	27,3	4,7
Enfermedad hipertensiva	5	33,5	5,1	6	31,2	4,2	4	35,7	6,2
Neumonía e influenza	6	21,6	3,3	7	24,6	3,3	7	18,6	3,2
Insuficiencia cardíaca	7	20,1	3,0	—	—	—	6	20,0	3,5
Afecciones originadas en el período perinatal	8	19,8	3,0	8	23,0	3,1	8	16,6	2,9
Neoplasia maligna de próstata	9	16,4	2,5	5	31,9	4,3	—	—	—
Accidentes de transporte terrestre	10	13,9	2,1	9	22,3	3,0	—	—	—
Agresiones (homicidios)	—	—	—	10	21,3	2,9	—	—	—
Neoplasia maligna de mama	—	—	—	—	—	—	9	16,3	2,8
Neoplasia maligna de útero	—	—	—	—	—	—	10	15,2	2,6

— No figura entre las 10 principales causas.

**Fuente:** Base de datos de mortalidad, Organización Panamericana de la Salud, Área de Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades, Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas.

fermedades infecciosas intestinales (5,5%), neumonía e influenza (3,9%), VIH/sida (3,5%) y desnutrición (2%).

En el grupo de 5 a 19 años de edad, los accidentes de transporte son la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres; en secuencia figuran VIH/sida, homicidios y suicidios (primera causa en las adolescentes), y ahogamiento y sumersión accidental.

En el grupo de 20 a 59 años, el VIH/sida es la primera causa tanto en hombres como en mujeres (15,7% y 14,9% de las muertes, respectivamente). En el sexo masculino siguen la enfermedad isquémica del corazón (10,2%), los homicidios (6,2%), la diabetes (6,2%) y los suicidios (5,9%); en el sexo femenino siguen la diabetes (10,9%), la enfermedad isquémica del corazón (7,9%), la enfermedad cerebrovascular (6,7%) y la neoplasia maligna de la mama (5%).

A partir de los 60 años de edad, las tres primeras causas de muerte son las mismas en ambos sexos, con proporciones muy similares: enfermedad isquémica del corazón (17,2%), enfermedad cerebrovascular (14,1%) y diabetes (12,5%). Las tasas de mortalidad son más altas en los hombres para las dos primeras causas y en las mujeres, para la diabetes. Siguen, en orden de importancia, la neoplasia maligna de la próstata y la enfermedad hipertensiva en los hombres, y la enfermedad hipertensiva y la insuficiencia cardíaca en las mujeres.

### Área Andina

Los homicidios son la primera causa de muerte entre los hombres (15,1% de todas las muertes) y la segunda causa en la población total, a pesar de no figurar entre las 10 principales en las mujeres (cuadro 6). La tasa de mortalidad masculina por homicidios, la más alta en todas las subregiones, llega a 87,3 por 100.000 hombres. Entre los países andinos, las tasas son más altas en Colombia, aproximadamente el triple de los demás.

En la población general y también en el sexo femenino, la enfermedad isquémica del corazón es la primera causa de muerte y la segunda en el sexo masculino; en este último, las siguientes causas son enfermedad cerebrovascular, accidentes de transporte, neumonía e influenza y afecciones originadas en el período perinatal; en mujeres, a la enfermedad isquémica del corazón le siguen la enfermedad cerebrovascular, la neumonía e influenza, la diabetes, las afecciones originadas en el período perinatal y la enfermedad hipertensiva.

En el grupo de 0–4 años, las cinco primeras causas de muerte son las mismas en ambos sexos, con proporciones y tasas de mortalidad muy semejantes: afecciones originadas en el período perinatal (39,7% de las defunciones), malformaciones congénitas (12,4%), neumonía e influenza (11,5%), enfermedades infecciosas intestinales (6,1%) y desnutrición (4,6%).

Entre los hombres de 5 a 19 años, las cinco primeras causas de muerte son las causas externas (con más de 70% del total); los homicidios ocupan el primer lugar, con 42%, seguidos de los ac-

identes de transporte, las causas externas de intención no determinada, los suicidios (en adolescentes) y el ahogamiento y la sumersión accidental. En el sexo femenino, las tres primeras son las causas externas: accidentes de transporte, homicidios y suicidios (en adolescentes); en cuarto lugar están las neoplasias malignas de tejido linfático y hematopoyético y en quinto, las causas externas de intención no determinada. Vale resaltar que estas últimas son de hecho homicidios, suicidios y accidentes, en los cuales no se pudo determinar la intencionalidad, lo que significa que dichas causas externas son aún más relevantes que lo que muestran las cifras.

En el grupo de 20 a 59 años el panorama es distinto según sexo. Entre las mujeres las principales causas son neoplasias malignas del útero (7,1% del total), enfermedad cerebrovascular (7%), enfermedad isquémica del corazón (6,6%), homicidios (5,1%) y neoplasia maligna de la mama (5%). Entre los hombres los homicidios representan 28,8% de las muertes, seguidos de accidentes de transporte terrestre (8,8%), enfermedad isquémica del corazón (6,3%), causas externas de intención no determinada (6%) y VIH/sida (3,5%).

A partir de los 60 años, las seis primeras causas son las mismas en ambos sexos, pero no exactamente en el mismo orden. La enfermedad isquémica del corazón es la primera causa en ambos sexos, con 16% de las muertes totales, seguida de la enfermedad cerebrovascular (9,2%). En las mujeres, las siguientes causas son diabetes, enfermedad hipertensiva, neumonía e influenza y enfermedades crónicas de las vías respiratorias, con 7,3; 5,9; 5,7 y 5,3% de las muertes femeninas, respectivamente. En los hombres figuran las enfermedades crónicas de las vías respiratorias (6%), la neumonía e influenza (5,3%), la diabetes (5%) y la enfermedad hipertensiva (4,9%).

### Brasil

Conforme se puede ver en el cuadro 7, las dos primeras causas de muerte son la enfermedad cerebrovascular (10,6% del total) y la enfermedad isquémica del corazón (9,8%), con proporciones similares en ambos sexos. Las siguientes causas en hombres son homicidios (7,8%, tasa de 57,3 por 100.000), accidentes de transporte terrestre (4,4%), enfermedades crónicas de las vías respiratorias (4,3%) y afecciones originadas en el período perinatal (4,2%). En el sexo femenino, la tercera causa es diabetes (6,1% de las defunciones), seguida de insuficiencia cardíaca (4,7%), afecciones originadas en el período perinatal (4,4%) y neumonía e influenza (4,3%).

En los menores de 5 años, la gran mayoría de las defunciones en ambos sexos son debidas a afecciones originadas en el período perinatal (54,5%) y a malformaciones congénitas (12,1%), como en todas las subregiones. Siguen en orden de importancia neumonía e influenza (5,7%), enfermedades infecciosas intestinales (5%) y septicemia (3,1%). El perfil es igual en niños y niñas, con tasas de mortalidad un poco más altas en los primeros.

**CUADRO 6. Tasas (por 100.000 habitantes), proporción y proporción acumulada (sobre causas definidas) de las 10 principales causas de muerte, según sexo, Área Andina, alrededor de 2002.**

Defunciones	Total			Hombres			Mujeres		
	Posición	Tasa	% acumulado	Posición	Tasa	% acumulado	Posición	Tasa	% acumulado
Total	—	589,7	100,0	—	674,9	100,0	—	504,8	100,0
Causas mal definidas	—	—	5,8	—	—	5,2	—	—	6,5
Causas definidas	—	555,5	100,0	—	639,8	100,0	—	472,0	100,0
Enfermedad isquémica del corazón	1	56,6	10,2	2	62,8	9,8	1	50,4	10,7
Agresiones (homicidios)	2	47,6	8,6	1	87,3	13,6	—	—	—
Enfermedad cerebrovascular	3	37,8	6,8	3	35,0	5,5	2	40,6	8,6
Neumonía e influenza	4	27,8	5,0	5	28,9	4,5	3	26,7	5,7
Afecciones originadas en el período perinatal	5	23,9	4,3	6	27,1	4,2	5	20,7	4,4
Diabetes	6	23,0	4,1	8	20,1	3,1	4	25,9	5,5
Accidentes de transporte terrestre	7	19,8	3,6	4	30,6	4,8	—	—	—
Enfermedad hipertensiva	8	18,4	3,3	10	17,4	2,7	6	19,5	4,1
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	9	18,3	3,3	9	19,4	49,2	7	17,1	3,6
Insuficiencia cardíaca	10	15,4	2,8	—	—	52,0	8	15,9	3,4
Eventos de intención no determinada	—	—	—	7	20,2	3,2	—	—	—
Neoplasia maligna del útero	—	—	—	—	—	—	9	15,5	3,3
Enfermedades del sistema urinario	—	—	—	—	—	—	10	12,6	2,7

— No figura entre las 10 principales causas.

**Fuente:** Base de datos de mortalidad, Organización Panamericana de la Salud, Área de Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades, Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas.

**CUADRO 7. Tasas (por 100.000 habitantes), proporción y proporción acumulada (sobre causas definidas) de las 10 principales causas de muerte, según sexo, Brasil, alrededor de 2002.**

Defunciones	Total			Hombres			Mujeres		
	Posición	Tasa	% acumulado	Posición	Tasa	% acumulado	Posición	Tasa	% acumulado
Total	—	729,1	100,0	—	851,7	100,0	—	609,4	100,0
Causas mal definidas	—	—	14,0	—	—	13,4	—	—	14,8
Causas definidas	—	627,0	100,0	—	737,6	100,0	—	519,2	100,0
Enfermedad cerebrovascular	1	66,7	10,6	2	69,0	9,4	1	64,5	12,4
Enfermedad isquémica del corazón	2	61,7	9,8	1	72,3	9,8	2	51,4	9,9
Agresiones (homicidios)	3	30,8	4,9	3	57,3	7,8	—	—	—
Diabetes	4	27,6	4,4	10	23,5	3,2	3	31,6	6,1
Afecciones originadas en el período perinatal	5	27,0	4,3	6	31,2	4,2	5	22,8	4,4
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	6	26,4	4,2	5	32,0	4,3	7	21,0	4,0
Insuficiencia cardíaca	7	24,3	3,9	9	24,3	3,3	4	24,4	4,7
Neumonía e influenza	8	23,9	3,8	8	25,3	3,4	6	22,5	4,3
Accidentes de transporte terrestre	9	19,9	3,2	4	32,7	4,4	—	—	—
Enfermedad hipertensiva	10	19,0	3,0	—	—	—	8	20,0	3,9
Neoplasia maligna de mama	—	—	—	—	—	—	9	13,2	2,5
Neoplasia maligna útero	—	—	—	—	—	—	10	10,4	2,0
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	—	—	—	7	25,8	3,5	—	—	—

— No figura entre las 10 principales causas.

**Fuente:** Base de datos de mortalidad, Organización Panamericana de la Salud, Área de Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades, Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas.

En el grupo de 5 a 19 años predominan las causas externas, en especial en el sexo masculino, donde los homicidios aparecen en primer lugar (décima en el grupo de 5 a 9 años y primera en el de 10 a 19), con casi 40% del total. En los hombres siguen los accidentes de transporte, ahogamiento y sumersión accidental, causas externas de intención no determinada y, en adolescentes, suicidio. En las mujeres, en primer lugar están los accidentes de transporte, seguidos de homicidios y ahogamiento y sumersión accidental. Las causas de mortalidad materna figuran en cuarto lugar entre las adolescentes, seguidas de suicidio. Entre las niñas de 5 a 9 años de edad, se destacan la neumonía e influenza y las neoplasias malignas del tejido linfático y hematopoyético.

En el grupo de 20 a 59 años el perfil de la mortalidad es muy distinto entre hombres y mujeres. En estas, la enfermedad cerebrovascular (11%) está en primer lugar, seguida de enfermedad isquémica del corazón (7,7%), neoplasia maligna de la mama (5,2%), diabetes (4,8%) y neoplasia maligna del útero (4,1%). Entre los hombres, la primera causa son los homicidios (15,9%), seguidos de accidentes de transporte (8,4%), enfermedad isquémica del corazón (8,1%), cirrosis (6,3%) y enfermedad cerebrovascular (6,1%).

A partir de los 60 años, el perfil es el mismo en ambos sexos. La enfermedad cerebrovascular es la primera causa, con 14,5% de las muertes, y la enfermedad isquémica del corazón la segunda, con 12,9. Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias son la tercera causa en hombres y la quinta en mujeres; la insuficiencia cardíaca es la cuarta en ambos sexos y la diabetes es la quinta en hombres y la tercera en mujeres.

### Cono Sur

Esta es la única subregión de las Américas donde las causas externas no figuran entre las 10 principales causas de muerte en todas las edades, ni en hombres ni en mujeres. Las cuatro primeras causas son las mismas en ambos sexos, pero no en el mismo orden. En el sexo masculino aparecen la enfermedad isquémica del corazón (8,8%), la enfermedad cerebrovascular (8,1%) y la insuficiencia cardíaca (7,6%). En el sexo femenino figuran la insuficiencia cardíaca (10,1%), la enfermedad cerebrovascular (10%) y la enfermedad isquémica del corazón (7,1%). La cuarta causa en ambos sexos es neumonía e influenza, con 5,2% de las muertes femeninas y 4,4% de las masculinas (cuadro 8). La quinta causa en varones es neoplasia maligna del pulmón, tráquea y bronquios, seguida de diabetes y cirrosis, mientras en el sexo femenino la quinta causa es neoplasia maligna de la mama, seguida de diabetes e insuficiencia respiratoria.

En los menores de 5 años, las cinco primeras causas son las mismas en ambos sexos, con tasas y proporciones casi iguales: afecciones originadas en el período perinatal (44,5% de las muertes totales de ese grupo de edad), malformaciones congénitas (19,9%), neumonía e influenza (6,4%), enfermedades infecciosas intestinales (3,6%) y septicemia (2,8%).

El grupo de 5 a 19 años en el Cono Sur tiene, después de Norteamérica, las tasas de mortalidad más bajas por todas las causas, tanto en el grupo de 5 a 9 años (0,31 por 1.000) como en el de 10 a 19 (0,51). La principal causa en ambos sexos son los accidentes de transporte (12,9% en hombres y 10,6% en mujeres), para los dos grupos de edad. Entre los niños de 5 a 9 años tienen relevancia también las neoplasias malignas de tejido linfático y hematopoyético, las malformaciones congénitas y el ahogamiento y la sumersión accidental. Entre los adolescentes (10–19 años) se destacan los homicidios (primera causa masculina con 13,9% y quinta femenina con 3,9%), los suicidios (segunda causa femenina, 10,8%, y tercera masculina, 11,5%) y las neoplasias malignas de tejido linfático y hematopoyético (tercera causa femenina, 6,6%, y sexta masculina, 4,4%).

Entre los hombres de 20 a 59 años, las principales causas de muerte son la enfermedad isquémica del corazón (7,7%), la enfermedad cerebrovascular (6,7%) los accidentes de transporte (6,3%), la cirrosis (5,5%), los homicidios (5,3%) y los suicidios (5,3%). En el sexo femenino las principales causas en el mismo grupo de edad son la neoplasia maligna de la mama (8,9%), la enfermedad cerebrovascular (8,7%), la neoplasia maligna del útero (6,6%), la enfermedad isquémica del corazón (3,9%), la insuficiencia cardíaca (3,6%) y la diabetes (3,2%).

El perfil de la mortalidad en el grupo de 60 años y más es semejante para ambos sexos, siendo las enfermedades del sistema circulatorio las tres primeras causas: insuficiencia cardíaca, enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular, que suman 30% de todas las muertes, seguidas de neumonía e influenza, con 5,5% de las muertes. Entre los hombres, las siguientes causas de muerte son neoplasia maligna del pulmón, tráquea y bronquios (4,4%) y diabetes (3,9%). En las mujeres la quinta causa de muerte es diabetes (4,4%), seguida de insuficiencia respiratoria (3,4%).

## MORBILIDAD

### ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN

La inmunización es una de las intervenciones disponibles en salud pública con mayor costo-efectividad; ocupa un sitio preponderante dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna, y constituye un instrumento clave en la promoción del desarrollo socioeconómico (5). Los países de las Américas han dado a la inmunización la más alta prioridad en materia de intervenciones en salud y se encuentran a la vanguardia en la erradicación, eliminación y control de enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) (6). La Región de las Américas fue la primera en erradicar la viruela y la poliomieltis, y en eliminar la transmisión endémica del sarampión (5,6). Lo anterior fue posible gracias a que se alcanzaron y mantuvieron niveles elevados de coberturas de inmunización en el programa regular, estableciendo una vigilancia

**CUADRO 8. Tasas (por 100.000 habitantes), proporción y proporción acumulada (sobre causas definidas) de las 10 principales causas de muerte, según sexo, Cono Sur, alrededor de 2002.**

Defunciones	Total			Hombres			Mujeres		
	Posición	Tasa	% acumulado	Posición	Tasa	% acumulado	Posición	Tasa	% acumulado
Total	—	757,5	100,0	—	826,0	100,0	—	691,3	100,0
Causas mal definidas	—	—	7,7	—	—	7,4	—	—	8,0
Causas definidas	—	699,2	100,0	—	764,9	100,0	—	636,0	100,0
Enfermedad cerebrovascular	1	63,0	9,0	2	62,2	8,1	2	63,7	10,0
Insuficiencia cardíaca	2	61,2	8,8	3	58,2	7,6	1	64,0	10,1
Enfermedad isquémica del corazón	3	56,0	8,0	1	67,3	8,8	3	45,1	7,1
Neumonía e influenza	4	33,3	4,8	4	33,4	4,4	4	33,2	5,2
Diabetes	5	25,3	3,6	6	25,1	3,3	5	25,5	4,0
Neoplasia maligna de pulmón, bronquios y tráquea	6	20,8	3,0	5	32,1	4,2	—	—	—
Enfermedades del sistema urinario	7	19,1	2,7	10	19,7	2,6	9	18,5	2,9
Insuficiencia respiratoria	8	18,6	2,7	—	—	—	8	18,5	2,9
Septicemia	9	18,5	2,6	—	—	—	7	18,7	2,9
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	10	15,8	2,3	8	20,7	2,7	—	—	—
Neoplasia maligna de mama	—	—	—	—	—	—	6	24,5	3,9
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	—	—	—	7	22,3	2,9	—	—	—
Neoplasia maligna de próstata	—	—	—	9	20,5	2,7	—	—	—
Enfermedad hipertensiva	—	—	—	—	—	—	10	16,8	2,6

— No figura entre las 10 principales causas.

**Fuente:** Base de datos de mortalidad, Organización Panamericana de la Salud, Área de Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades, Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas.

de gran calidad y llevando a cabo campañas masivas de vacunación, esto último con el fin de reducir rápidamente el considerable número de poblaciones susceptibles.

Entre las herramientas más importantes utilizadas en la implementación de estrategias de erradicación, eliminación y control de las EPV, se encuentran las siguientes: el manejo responsable de los programas nacionales de inmunización; el desarrollo y la ejecución de los planes de acción anuales y multianuales; la microplanificación municipal; el fomento de la coordinación entre los aliados para la inmunización a través de los comités nacionales de coordinación interinstitucional (CCI); la capacitación de los trabajadores de la salud; la supervisión eficaz y la evaluación regular y continua del programa. Otras medidas importantes son la estrecha vigilancia de la cobertura de vacunación, así como de los datos de vigilancia (y su validación) en las localidades, a través de los monitoreos rápidos de cobertura y la búsqueda activa de casos. El hecho de lograr el financiamiento de los programas de inmunización con los fondos gubernamentales ordinarios y de establecer una partida presupuestal destinada a la inmunización en el presupuesto nacional, así como la legislación en materia de vacunación, han sido también elementos fundamentales para lograr el sostenimiento de los programas de inmunización en las Américas (6). Por último, el Fondo Rotatorio de la OPS (FR) para la adquisición de vacunas ha apoyado a los programas nacionales de inmunización de los países de las Américas, garantizando un suministro ininterrumpido de vacunas de calidad a precios asequibles y con creciente confianza de los proveedores, mediante pronto pago y un mejor pronóstico de la demanda (7).

A pesar de estos grandes avances en la lucha contra las EPV, aún resta mucho para asegurar el cumplimiento de la agenda inconclusa de inmunización, mantener los logros alcanzados y enfrentar los nuevos desafíos en un mundo interdependiente y en constante cambio. En esta sección se resumen los principales logros en materia de inmunización en las Américas alcanzados en los últimos años, y se destacan los retos que se vislumbran para el futuro.

### Mantenimiento de los logros

De acuerdo con los principios rectores orientados a la reducción de las inequidades, a la consolidación de la infraestructura en salud pública, al fomento de una cultura de la prevención y al fortalecimiento del compromiso político, los programas de inmunización en las Américas han erradicado, eliminado y reducido de manera considerable la morbilidad y la mortalidad asociadas con las EPV. Entre los productos secundarios de estos logros se encuentran el fortalecimiento de la infraestructura en salud pública, el fomento de la coordinación intersectorial efectiva, la promoción de la equidad y una creciente conciencia de la prevención, por parte de la comunidad (8).

### Protección general

La protección general en vacunación incluye la erradicación de la poliomielitis y el sarampión y la eliminación del tétanos neo-

natal, así como el control de la tos ferina, la difteria, el tétanos, las enfermedades invasivas causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b y hepatitis B.

Desde 2002, la cobertura de rutina para BCG,<sup>5</sup> DTP-3,<sup>6</sup> polio 3<sup>7</sup> y las vacunas antisarampionosas<sup>8</sup> para niños menores de 1 año ha sido de más de 90% en la Región (figura 11). Como resultado de esta alta cobertura, se ha logrado reducir de manera significativa la morbilidad y la mortalidad asociadas con enfermedades prevenibles por vacunación (figuras 12a, b, c y d).

Los países de las Américas han ampliado la protección general infantil, agregando otras vacunas a las seis básicas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) original. A partir de 2006 todos los países, con excepción de Haití, han incluido las vacunas contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP), *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y la hepatitis B. Además, en 31 países se aplica una vacuna pentavalente, que es la combinación de DTP, Hib y Hepatitis B.

### Poliomielitis

Han transcurrido ya más de 20 años desde que los Estados Miembros de la OPS aprobaron de manera unánime una resolución para erradicar del hemisferio occidental la transmisión del poliovirus salvaje (9). A partir del último caso de poliomielitis causado por el poliovirus salvaje en Perú, en 1991, los países de las Américas han permanecido libres de la circulación del poliovirus salvaje autóctono (10).

Desde la perspectiva mundial, se han logrado avances considerables en la erradicación de la poliomielitis, de tal manera que en 2005<sup>9</sup> se notificaron únicamente 2.033 casos por poliovirus salvaje, y el número de países con poliomielitis endémica se encuentra actualmente en el nivel histórico más bajo (11). No obstante, los episodios recientes de la propagación del poliovirus salvaje a aquellos países que habían interrumpido la transmisión en África y Asia, ponen de manifiesto el riesgo constante de importación de la poliomielitis a las Américas (12). Además de dicho riesgo, el brote del poliovirus derivado de la vacuna en la República Dominicana y Haití en 2000–2001 dio lugar a 21 casos (13), un brote similar en Filipinas (14) y la circulación de la poliomielitis derivada de la vacuna en los Estados Unidos de América, en 2005, en una comunidad religiosa que, en general, rechaza la va-

<sup>5</sup>BCG: bacille Calmette-Guérin. Es una vacuna contra las formas severas de la tuberculosis.

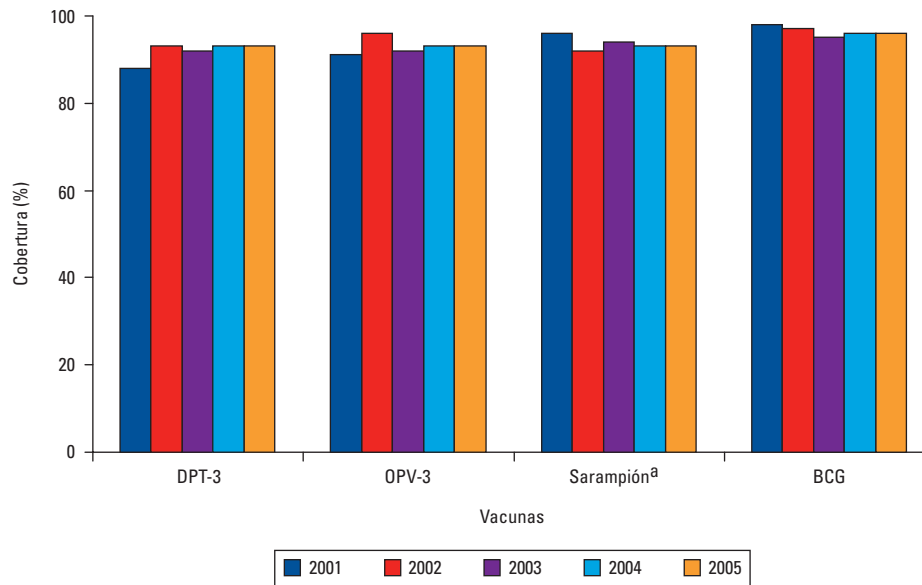
<sup>6</sup>DTP: vacuna contra difteria, tos ferina y tétanos; DTP-3: tercera dosis de DTP, como DTP o una vacuna combinada.

<sup>7</sup>Polio-3: tercera dosis de la vacuna contra la poliomielitis (vacuna oral o vacuna inactivada).

<sup>8</sup>Las vacunas antisarampionosas son aquellas contra el sarampión que pueden ser solas o combinadas, en general como vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (SPR).

<sup>9</sup>Información hasta el 22 de junio de 2007. Iniciativa Global para la Erradicación de la Polio, de la OMS [http://www.who.int/immunization\_monitoring/diseases/poliomyelitis/en/ ].

**FIGURA 11. Cobertura de vacunación en niños menores de 1 año de edad, América Latina y el Caribe, 2001–2005.**



<sup>a</sup>Datos de niños de 1 año de edad, con excepción de Haití.

Fuente: Informes de los países, Organización Panamericana de la Salud, Área de Salud Familiar y Comunitaria, Unidad de Inmunizaciones.

cunación (15); lo anterior pone de manifiesto el riesgo que implica la cobertura baja de la vacuna antipoliomielítica oral en los países, municipios y comunidades, y el peligro que representa el hecho de no detectar oportunamente la circulación del poliovirus. Por otro lado, la ausencia de propagación del poliovirus derivado de la vacuna de los casos aislados, como aquel de un niño inmunodeficiente en el Perú, en diciembre de 2003 (16), confirma que la cobertura alta impedirá la circulación del poliovirus.

Al año 2006, todos los países de América Latina y el Caribe habían seguido vacunando contra la poliomielitis y vigilando la parálisis flácida aguda de acuerdo con las normas internacionales. Como se mencionó anteriormente, la cobertura con polio3 es de más de 90% a nivel regional, y la mayoría de los países siguen administrando la vacuna oral cuando se llevan a cabo las actividades complementarias de vacunación, como por ejemplo en la Semana de Vacunación en las Américas. La tasa regional de parálisis flácida aguda sigue siendo mayor a 1 por 100.000 menores de 15 años de edad y la proporción de casos con muestras adecuadas se mantiene cerca de 80%. Sin embargo, estos logros no son uniformes y existen áreas en riesgo en la mayoría de los países.

A fin de reducir al mínimo el riesgo de reintroducción del poliovirus salvaje desde los laboratorios, los países de la Región llevan a cabo un plan de contención en laboratorio de todas las cepas de poliovirus. Se espera que para finales de 2006 quede terminada la fase I del plan de contención, en la que se realizará el inventario de todos los laboratorios que manejan poliovirus, o bien material potencialmente infectado (17).

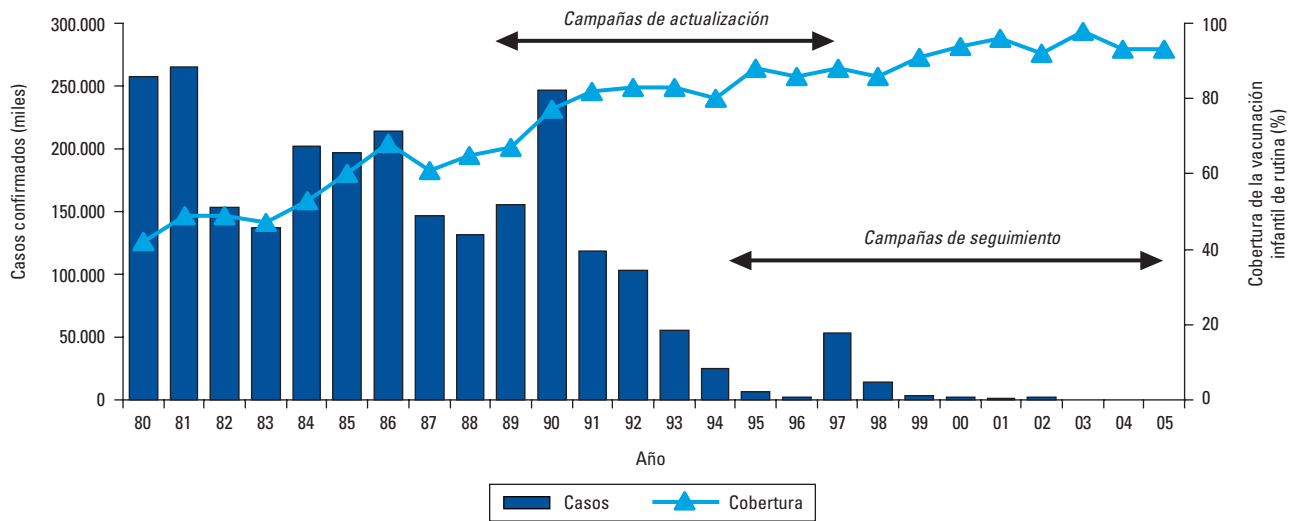
### Sarampión

En 1994, los países de las Américas fueron los primeros, en todo el mundo, en comprometerse a interrumpir la transmisión autóctona del sarampión (18). En los años noventa, el número anual de casos de sarampión disminuyó notablemente, al pasar de cerca de 250.000 en 1990 a 2.109 en 1996 (véase la figura 12a). Sin embargo, un brote considerable en São Paulo, en 1997, dio lugar a 52.284 casos confirmados y 61 muertes en Brasil, y se difundió a los países vecinos (19), lo cual hizo evidente la necesidad de poner en ejecución, de manera enérgica, la estrategia de eliminación que desarrollara la OPS para eliminar el sarampión (20).

A fin de alcanzar y conservar los altos niveles de inmunidad al sarampión, la estrategia de eliminación adoptada por los países de América Latina y el Caribe incluye un enfoque de vacunación en tres niveles: una campaña de actualización o “puesta al día”, que se lleva a cabo en una sola ocasión, para interrumpir la circulación del virus; la vacunación de “mantenimiento” o inmunización de rutina para seguir evitando la circulación del virus del sarampión; y las campañas de vacunación “de seguimiento” para los niños en edad preescolar, destinadas a contrarrestar la inevitable acumulación de niños susceptibles al sarampión. Además de estos tres componentes, probablemente será necesario llevar a cabo acciones intensivas especiales, conocidas como vacunación “de barrido”, de tal manera que se garantice la vacunación contra el sarampión de aquellos niños que no fueron inmunizados y que, además, residen en áreas de alto riesgo (21). Una vez que se implementa a cabalidad la estrategia de vacunación de la OPS,



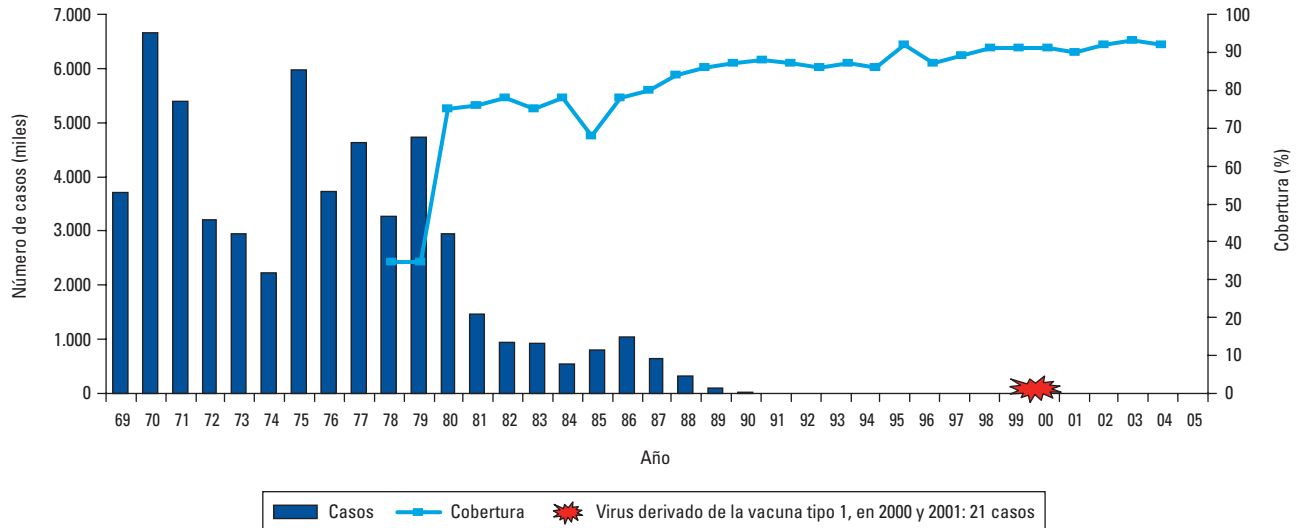
**FIGURA 12a. Protección general: eliminación del sarampión, Región de las Américas, 1980–2005.**



**Nota:** 81 casos confirmados en 2005.

**Fuente:** Informes de los países, Organización Panamericana de la Salud, Área de Salud Familiar y Comunitaria, Unidad de Inmunizaciones.

**FIGURA 12b. Protección general: erradicación de la poliomielitis, Región de las Américas, 1969–2005.**

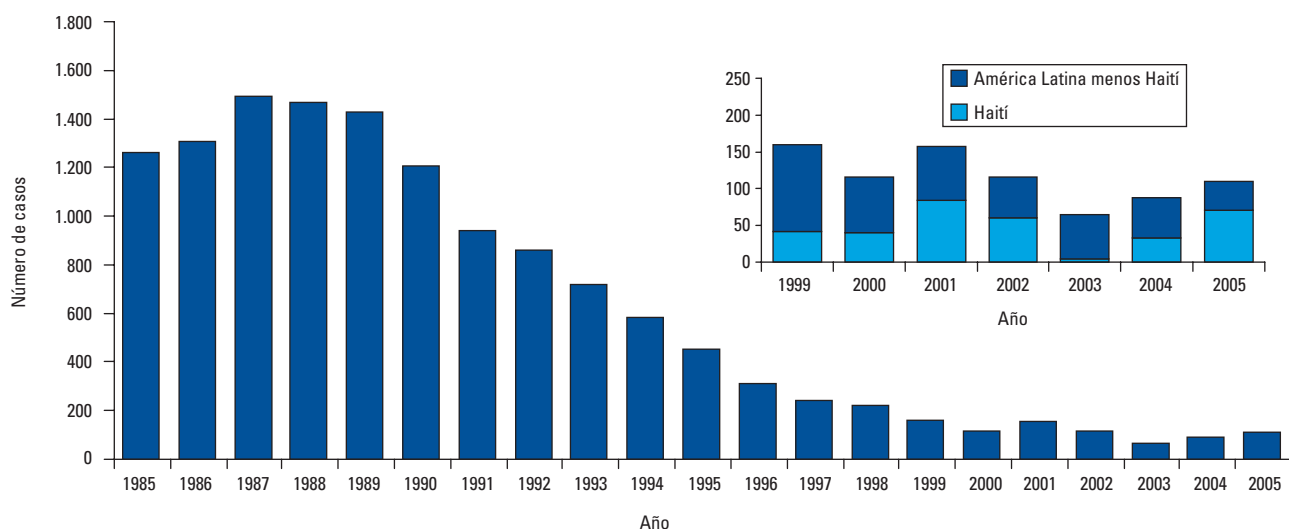


**Fuente:** Informes de los países, Organización Panamericana de la Salud, Área de Salud Familiar y Comunitaria, Unidad de Inmunizaciones.

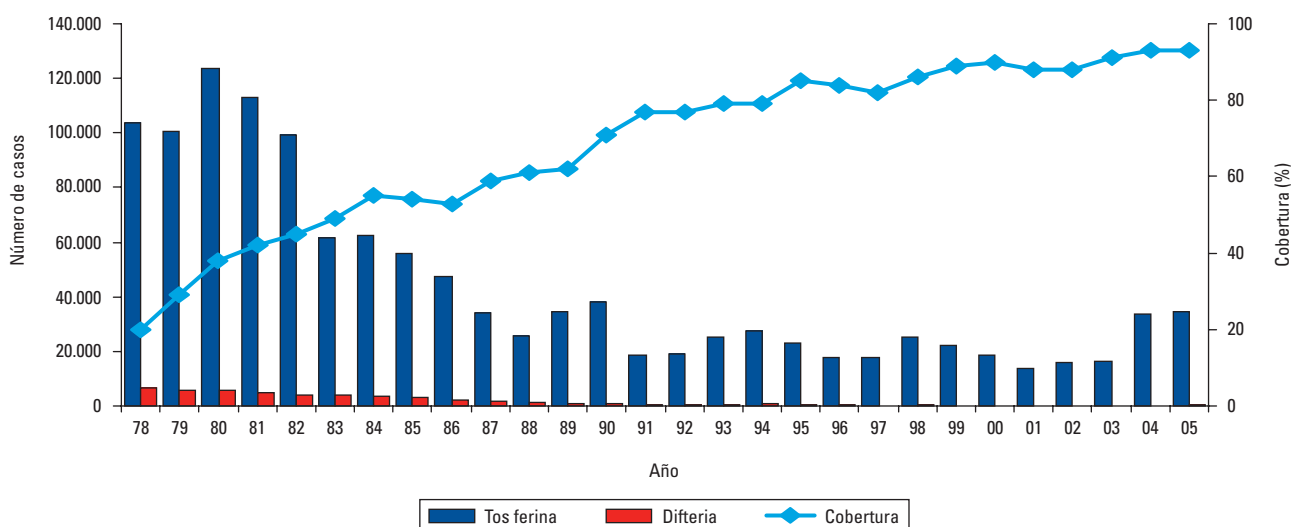
prácticamente todos los niños reciben una dosis de la vacuna antisarampionosa, y la mayoría recibe más de una dosis.

Los países latinoamericanos y del Caribe realizaron las campañas de puesta al día de 1989 a 1995, así como las de mantenimiento a partir de 1994 (6,19). A lo anterior se suma el hecho de que, desde 2001, en diversos países se ha inmunizado a los adolescentes y a los

adultos con una vacuna combinada contra el sarampión y la rubéola (SR), en el contexto de las campañas para la eliminación de la rubéola. La cobertura de vacunación de rutina pasó de 80% en 1994, a más de 90% a partir de 1999; en 2005, notificaron los niveles más bajos de cobertura de vacunación rutinaria Haití (59%), Venezuela (76%), Bolivia (89%) y Colombia (89%).

**FIGURA 12c. Protección general: eliminación del tétanos neonatal, Región de las Américas, 1985–2005.**

Fuente: Informes de los países, Organización Panamericana de la Salud, Área de Salud Familiar y Comunitaria, Unidad de Inmunizaciones.

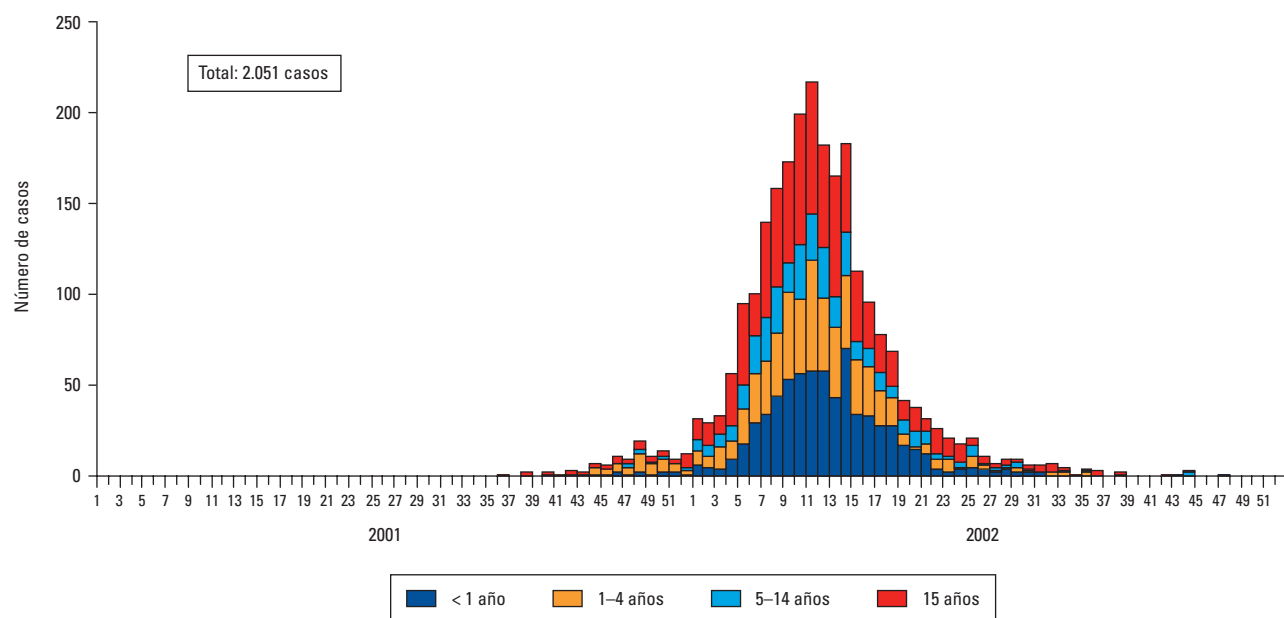
**FIGURA 12d. Protección general: difteria y tos ferina, Región de las Américas, 1978–2005.**

Fuente: Informes de los países, Organización Panamericana de la Salud, Área de Salud Familiar y Comunitaria, Unidad de Inmunizaciones.

Una gran epidemia de sarampión que afectó a Venezuela entre septiembre de 2001 y noviembre de 2002 podría considerarse como el último caso de transmisión endémica generalizada del virus del sarampión en las Américas. Este brote se originó a partir de una importación de Europa y ocasionó 2.501 casos (109 en 2001 y 2.392 en 2002) notificados en 17 de los 27 estados del país (figura 13). Únicamente 18% de los casos confirmados habían recibido una vacuna contra el sarampión (22). Este brote se pro-

pagó a Colombia, dando lugar a 140 casos confirmados entre enero y septiembre de 2002 (23). El brote de Venezuela se controló gracias a las acciones de vacunación masiva sustentadas en el compromiso político.

Desde 2003, solo cerca de 100 casos se han notificado anualmente en las Américas (119 en 2003, 108 en 2004 y 85 en 2005) y la mayoría puede vincularse positivamente con las importaciones de otras regiones del mundo. Al año 2006, ninguna otra re-

**FIGURA 13. Distribución de casos confirmados de sarampión por grupo de edad y semana, Venezuela, 2001–2002.**

**Fuente:** Gráfica presentada en la XVI Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, celebrada en la Ciudad de México en noviembre de 2004.

gión del orbe ha interrumpido la circulación endémica del virus del sarampión. Entre 2003 y 2006, se notificaron los siguientes brotes en las Américas (24):

- En 2003–2004, México notificó brotes que resultaron en 108 casos relacionados con un genotipo vírico H1 autóctono del Lejano Oriente y no de las Américas.
- En 2005, el Brasil informó de un brote de seis casos relacionados con un caso infectado importado del sur de Asia, relacionado con un genotipo vírico D5.
- De noviembre de 2005 a febrero de 2006, Canadá, los Estados Unidos y México notificaron casos relacionados con un genotipo vírico B3, que es una cepa autóctona del centro y el occidente de África.
- De febrero a junio de 2006, Venezuela notificó 81 casos, donde el paciente del caso primario había viajado a España. El virus aislado de este brote fue B3, el mismo genotipo que circulaba en España.
- En mayo de 2006, los Estados Unidos informaron de un brote de 18 casos en Boston, relacionados con un caso importado, probablemente del suroeste de Asia.
- En noviembre de 2006, Venezuela notificó otro brote que dio lugar a 12 casos, todos residentes del municipio Camaguán, en el estado de Guarico. El genotipo del virus aislado fue el B3.
- Por último, entre octubre y noviembre de 2006, el estado brasileño de Bahía presentó un brote de 57 casos confirma-

dos. En este brote, el genotipo fue el D4, vinculado genéticamente con el sarampión que había sido importado a Canadá ese mismo año. D4 circula ampliamente en Europa y África. La fuente de este brote no pudo ser identificada.

La epidemiología molecular de los virus circulantes del sarampión ha permitido conocer más acerca de la transmisión del virus en todo el mundo. La transmisión del genotipo D6 del virus del sarampión —que ocasionó amplios brotes en Argentina, Bolivia, Brasil, Haití y la República Dominicana a comienzos de 1995— fue interrumpida en septiembre de 2001. La posterior transmisión del genotipo D9 del virus en Venezuela fue interrumpida en noviembre de 2002 (25). Todos los genotipos identificados de los brotes de sarampión que han ocurrido desde 2003 han resultado ser no autóctonos de las Américas (26).

La vigilancia epidemiológica sigue siendo fundamental para la eliminación del sarampión en las Américas. La estrategia de vigilancia del sarampión recomendada por la OPS, a la cual se ha integrado totalmente la rubéola, incluye la notificación semanal de casos sospechosos, incluyendo la notificación de la no ocurrencia de casos; la confirmación de laboratorio de casos sospechosos, mediante serología o aislamiento del virus; la búsqueda activa de casos en las áreas donde se han notificado casos, así como en los municipios silenciosos; la genotipificación de virus del sarampión, y la clasificación de los casos confirmados, según la fuente de infección como importados, relacionados con importación, o de origen desconocido. Asimismo, se recomienda la

búsqueda activa periódica de casos en instituciones a fin de supervisar la calidad del sistema de vigilancia. En lo tocante a la detección temprana de los casos importados, es necesario incluir en el sistema de vigilancia a los establecimientos de salud del sector privado que atienden a turistas y viajeros intercontinentales, tal cual ha quedado demostrado por los brotes recientes a partir de importaciones.

La OPS recomienda el uso de indicadores estandarizados de vigilancia del sarampión y la rubéola para contar con un monitoreo transparente y uniforme de los datos de vigilancia en todos los países (26). Desde 2001, los casos descartados debido a los resultados de laboratorio negativos ascienden a 95%. A partir de 2002, en la Región suman más de 80% los sitios que notifican semanalmente, así como los casos con muestras adecuadas; por otra parte, los resultados de laboratorio emitidos en cuatro días llegaron a 80% en 2004. No obstante, el envío oportuno de las muestras al laboratorio, así como la recepción a tiempo de los resultados, son indicadores que no se han cumplido sistemáticamente (promedio regional <80%).

#### *Tétanos neonatal*

Diez años después de haberse celebrado la Asamblea Mundial de la Salud, que convocara a lograr para 1995 la eliminación mundial del tétanos materno y neonatal, las medidas implantadas lograron eliminar el tétanos neonatal (TNN) en 104 de 161 países en desarrollo (27). En las Américas, con excepción de Haití, se ha logrado la eliminación del TNN como problema de salud pública —definida como menos de 1 caso por 1.000 nacidos vivos en cada distrito o municipio (17).

Las estrategias recomendadas por la OPS para eliminar el TNN incluyen un enfoque por distritos de alto riesgo, así como una estrategia para investigar detalladamente cada caso de TNN e inmunizar a todas las mujeres en edad fértil con, al menos, dos dosis de la vacuna antitetánica. Cabe destacar que la OPS recomienda la administración del toxoide tetánico y diftérico (Td), en lugar del toxoide tetánico únicamente, ya que el Td permite mantener la inmunidad en los adultos contra la difteria y el tétanos (28,29). En las Américas, la presencia de un solo caso de TNN se considera como un fracaso de los servicios de salud. Por consiguiente, cada caso debe evaluarse minuciosamente para determinar cómo podría haberse evitado, a fin de prevenir nuevos casos (26).

Una vez puestas en marcha las estrategias regionales durante la década de los ochenta, el número de casos notificados de TNN en las Américas descendió en más de 50% en los cuatro primeros años y ha seguido bajando durante los años noventa y en 2000; entre 1986 y 2005 se registró una reducción de 94%. Sin embargo, aún para el año 2006 Haití ha estado notificando cerca de 50% del total de casos de la Región y la incidencia de TNN promedio en el país duplica el umbral de 1 caso por 1.000 nacidos vivos en 10 de los 12 departamentos y en un tercio de los distritos. Por otra parte, los distritos donde la incidencia está por debajo del

umbral en algunos casos podrían ser distritos “silenciosos”. En Haití, el TNN ocupa el sexto lugar entre las causas de defunción de los recién nacidos, con 4% del total de esas defunciones.

#### *Tétanos (no neonatal)*

Los casos de tétanos se han reducido a partir del uso generalizado del toxoide tetánico, tanto en los niños como en las mujeres en edad fértil, vinculado a la prevención del TNN. No obstante, la enfermedad sigue presentándose en poblaciones no vacunadas y en riesgo de sufrir heridas, así como en los sitios donde hay esporas de *Clostridium tetani*, esto es, en las áreas rurales, pobres, dedicadas a la ganadería, cuyos habitantes carecen de servicios de salud adecuados. En 1980 se notificaron más de 7.000 casos de tétanos en la Región, pero desde 2001 se han informado anualmente menos de 1.000 casos de tétanos (no TNN) (479 en 2001; 387 en 2002; 881 en 2003; 825 en 2004 y 972 en 2005). La gran mayoría fueron sujetos de 15 años de edad o más y la razón hombre:mujer fue de aproximadamente 4–5:1. En la medida en que las cohortes de individuos vacunados lleguen a la edad adulta y que los países apliquen dosis de refuerzo contra el tétanos, la incidencia de este padecimiento tenderá a disminuir.

#### *Tos ferina*

El número de casos de tos ferina notificado en las Américas se ha reducido extraordinariamente, gracias al uso generalizado de vacunas contra la tos ferina; así, de más de 120.000 casos notificados en 1980, se redujo a menos de 35.000 en 2005.

En América Latina, los casos de tos ferina han seguido disminuyendo en los últimos años, al pasar de 9.421 en 1999, al punto más bajo de 4.921 en 2003. No obstante, en 2004 se notificaron 4.928 casos y 6,807 en 2005, además de que siguen ocurriendo brotes y que algunos atraen considerablemente la atención de los medios (30).

En los últimos años, más de 70% de todos los casos de tos ferina notificados en las Américas han procedido de los Estados Unidos, donde la incidencia del padecimiento ha aumentado gradualmente desde principios de los años ochenta. En 2004, se notificó un total de 25.827 casos, la mayor cifra desde 1959. En ese país, los adolescentes (11–18 años de edad) y los adultos (20 años y más) han sido las poblaciones donde se ha registrado una creciente proporción de casos. Durante 2001–2003, la incidencia anual de tos ferina en sujetos de 10 a 19 años de edad aumentó de 5,5 casos por 100.000 en 2001, a 6,7 en 2002 y 10,9 en 2003. En 2004, aproximadamente 60% de los casos correspondieron a personas de 11 años de edad y más. Es probable que la mejor detección y diagnóstico del padecimiento en grupos de mayor edad haya contribuido a este incremento en la notificación de casos entre adolescentes y adultos (31). Este cambio en la edad en la que se presenta la enfermedad llevó a los Estados Unidos a recomendar la aplicación de un refuerzo de la vacuna contra la tos ferina en los adolescentes, utilizando una vacuna recientemente autorizada que contiene dosis más pequeñas de tos ferina acelular (32).

No hay información por grupos de edad para toda la Región. Sin embargo, un análisis del número de casos de tos ferina notificado en un grupo de países latinoamericanos donde existe información disponible (Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Paraguay y Perú), permitió apreciar una tendencia a la baja en la incidencia de enfermedades en los niños menores de 1 año y en los adolescentes, entre 2000 y 2004.

En América Latina y el Caribe, los principales retos en el control de la tos ferina consisten en la estandarización de las definiciones de vigilancia, así como en el mejoramiento del diagnóstico de laboratorio.

### Difteria

En 1978, antes de la completa puesta en marcha del PAI, se notificaron 6.857 casos de difteria en las Américas. Más tarde, entre 1999 y 2003, se reportaron aproximadamente 100 casos anuales en toda la Región. Sin embargo, en 2004 se notificaron 181 casos y en 2005 otros 272, debidos a un brote de difteria en Haití y la República Dominicana, en donde los casos correspondieron a 88% del total en las Américas en 2004 y a 92% en 2005 (figura 14).

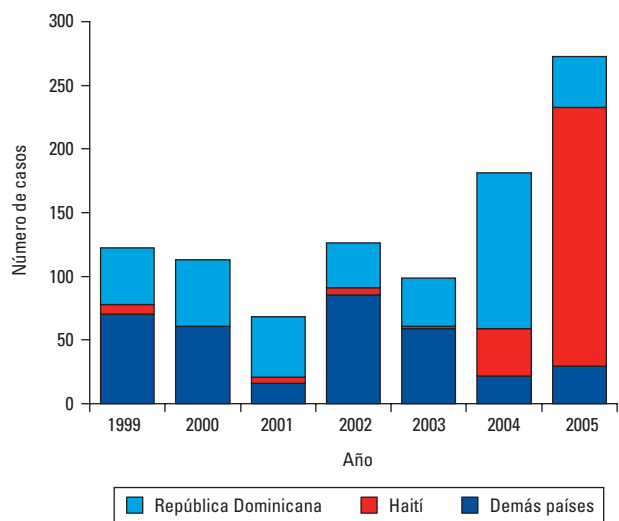
A partir de 2000, se han presentado brotes en los siguientes países: Colombia (2000), después de una disminución sostenida en la cobertura de DTP a fines de los años noventa, y de un importante proceso de reorganización de los servicios de salud (33); Paraguay (2002) relacionado con bajas coberturas de inmunización y con retrasos en la notificación de casos y en la ejecución de medidas de control (34) y, por último, en Haití y la República Dominicana (2004–2005) donde fueron afectadas, sobre todo, áreas con baja cobertura. La tasa de letalidad de este último brote ascendió a 47% en Haití, en el año 2005 (35).

La vacunación constituye la principal estrategia para prevenir la difteria. Al controlar los brotes, la prioridad reside en intensificar la vacunación mediante un enfoque combinado de las acciones de vacunación masiva dirigidas a las zonas y las áreas afectadas que tienen niveles de cobertura bajos, y en el fortalecimiento de los servicios rutinarios de administración de DTP a los menores de 1 año y de las dosis de refuerzo, en forma de vacunas DT/Td, a los niños de más edad y a los adultos. Las mejoras en el manejo de los casos, en las que se incluye la administración temprana de la antitoxina diftérica, también tendría que considerarse como una prioridad en los países de alto riesgo (34).

### *Haemophilus influenzae* tipo b

*Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) es una causa importante de meningitis bacteriana, neumonía y otras formas de enfermedad invasiva en los niños menores de 5 años. Previo a la introducción de la vacuna, se estimaba que ocurrían 20.000 casos de enfermedad por Hib en los Estados Unidos (36) y que otros 20.000 casos de meningitis por Hib se presentaban anualmente en los países de América Latina y el Caribe (37). Las tasas de incidencia anual de meningitis por Hib notificadas en niños menores de 5 años iban de 12,8 por 100.000 niños en la República Dominicana,

**FIGURA 14. Casos notificados de difteria, Región de las Américas, 1999–2005.**



**Fuente:** Informes de los países, Organización Panamericana de la Salud, Área de Salud Familiar y Comunitaria, Unidad de Inmunizaciones.

hasta 68,6 en Alaska, sin incluir los estudios en grupos de riesgo especial (38–40). En las Américas, la mayoría de los casos de meningitis por Hib se daban en niños menores de 23 meses de edad, y 60% o más de los casos ocurrían en niños de cero a 11 meses de edad (38). Se estimó que, en la Región, la tasa de mortalidad anual de meningitis por Hib en niños menores de 5 años sería de 2 casos por 100.000 niños (38). Sin embargo, las tasas de letalidad y las secuelas varían significativamente de un país a otro, aunque las tasas más bajas se presentan en los países industrializados.

A partir de 1997, la OPS recomendó la introducción de vacunas contra Hib en todos los países de las Américas (41). Sin embargo, la vacuna contra Hib es considerablemente más costosa que las vacunas tradicionales del PAI. Por ese motivo, la OPS ha destacado la necesidad de tomar en cuenta la sostenibilidad al introducir la vacuna Hib en los esquemas nacionales de vacunación, a la vez que recomienda la adquisición de esta vacuna combinada con aquella para DTP o DTP/HepB (como vacuna pentavalente) por medio del Fondo Rotatorio (41).

Al año 2006, todos los países y territorios en la Región (excepto Haití) habían incluido la vacuna contra el Hib en sus esquemas de vacunación infantil; 36 utilizan combinaciones de vacunas (32 como pentavalentes). La cobertura de Hib-3 ascendió a 90% en 2004 y 2005 en toda la Región. Es manifiesta la notable disminución de casos debidos a Hib en aquellos países de la Región donde se lleva a cabo una buena vigilancia del padecimiento. Se calcula que habría ocurrido una disminución de 85% en los casos de meningitis por Hib en América Latina y el Caribe, a partir de los niveles de cobertura alcanzados, la efectividad de 95% de la vacuna y los 20.000 casos estimados en la era previa a la vacunación (42).

### Hepatitis B

La vacunación infantil universal de rutina contra la hepatitis B constituye la principal estrategia para controlar este padecimiento, así como sus graves consecuencias. Además de la vacunación infantil, la OPS recomienda la inmunización sistemática de todos los trabajadores de la salud (43). La decisión de agregar una dosis al nacimiento depende de la prevalencia de portadores en la población general —recomendada cuando la seroprevalencia del virus de la hepatitis B excede 8%— y de los recursos del país (44). La endemicidad de la infección por este virus en las Américas es de baja a intermedia; las tasas más altas de prevalencia se ubican en la cuenca del Amazonas, con 8%, y las más bajas en la porción sur de América del Sur (45–49).

La introducción de la vacuna contra la hepatitis B en los esquemas de vacunación infantil en las Américas ha sido progresiva y 26 países la incluyeron entre 1997 y 2000 (44). Al 2006, todos los países de las Américas, excepto Haití, habían agregado la hepatitis B en su esquema de vacunación infantil y 13 países y territorios habían incluido una dosis al nacimiento. A partir de 2004, los niveles de cobertura para la tercera dosis de la vacuna han ascendido a 90% en la Región, y generalmente a más de 80% en cada país. No obstante, la cobertura total de la hepatitis B es inferior a aquella de la tercera dosis de DTP en países que no la aplicaban de manera combinada. Actualmente no se dispone de información para evaluar el uso de la vacuna de la hepatitis B en los trabajadores de la salud en las Américas.

### De la vacunación infantil a la de la familia

En las Américas, la inmunización está pasando rápidamente a ser, de un programa infantil, a uno familiar. La estrategia de eliminación de la rubéola (que se abordará más adelante) ha conducido a la vacunación de más de 76 millones de adolescentes y adultos, hombres y mujeres, contra la rubéola y el sarampión. En los últimos años, los países han acelerado la introducción de la vacuna contra la influenza estacional en los esquemas regulares de vacunación para las poblaciones adultas en riesgo. Por último, el reciente otorgamiento de licencias a vacunas seguras y eficaces contra el virus del papiloma humano ha hecho evidente la urgencia de determinar la carga que representa el cáncer cervicouterino. Las muchas enseñanzas extraídas de la vacunación de adultos en las Américas servirán de modelo para otras regiones del mundo, además de constituir la base para desarrollar estrategias de inmunización contra el VIH, cuando esta vacuna esté disponible (50).

### Agenda inconclusa de inmunización

#### Eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita

En 2003, los países de las Américas se embarcaron en la eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC) de

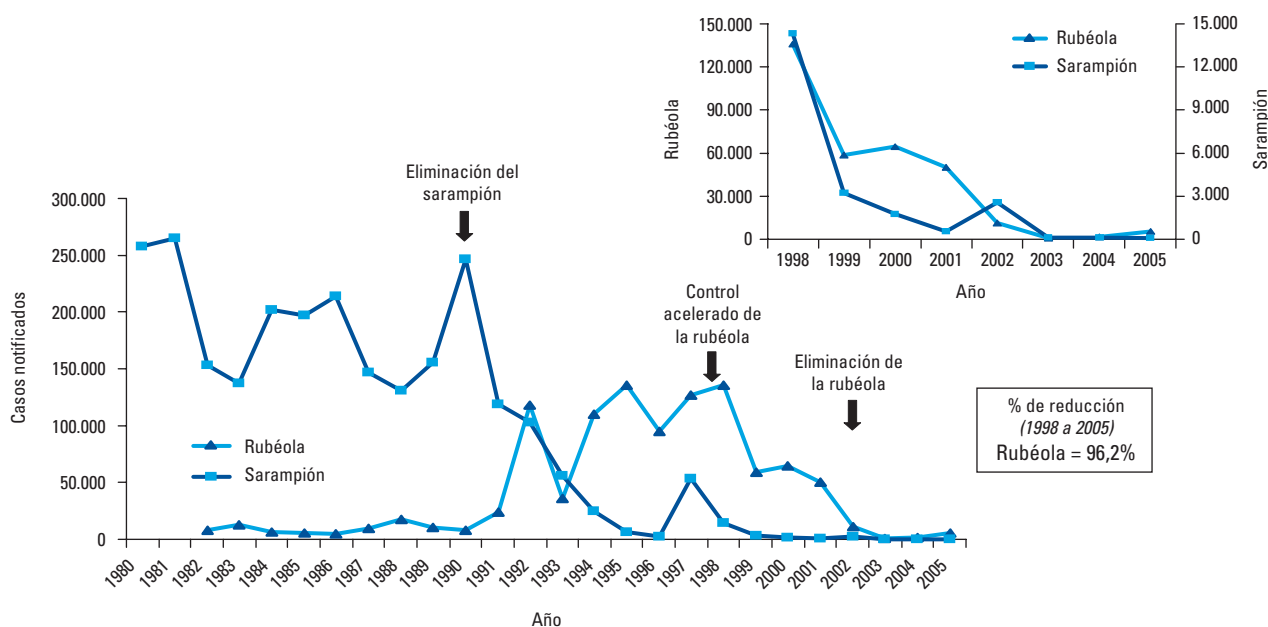
la Región en el año 2010. Lo anterior se ha definido como la exitosa interrupción de la transmisión endémica de la rubéola en todos los países, sin la ocurrencia de casos de SRC asociados con la transmisión endémica.

Esta iniciativa surgió cuando las tareas de vigilancia para la eliminación del sarampión pusieron en clara evidencia la importancia de la rubéola y del SRC como problemas de salud pública en el hemisferio occidental (figura 15). Por otra parte, en los últimos años de la década de los noventa, la mayoría de los brotes de rubéola y los casos del SRC en los Estados Unidos se presentaban en sujetos de origen hispano (51). Con base en los datos epidemiológicos disponibles, se calculó que en años no epidémicos, anualmente nacían en la Región cerca de 20.000 niños con el SRC (52). A lo anterior se suma el hecho de que los análisis económicos en la región del Caribe determinaron que el costo de la atención por cada niño con SRC era de US\$ 50.000 a US\$ 63.900 a lo largo de la vida del niño (sin incluir los costos indirectos y sociales), y que las campañas masivas eran sumamente beneficiosas y rentables en función de los costos (53). Habida cuenta de estos datos, así como de la considerable experiencia en la reducción de la rubéola en Cuba y en los países del Caribe de habla inglesa, mediante el progreso en la vacunación antirrubéolica infantil y las campañas de vacunación masiva dirigidas a los adultos, el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación recomendó en 1997 acelerar el control de la rubéola (41). La Comunidad del Caribe (CARICOM), que incluye a los países del Caribe de habla inglesa y a Suriname, trascendió esta recomendación al fijar una meta para eliminar la rubéola y evitar la aparición de casos de SRC en sus Estados Miembros para el año 2000 (54).

Las principales estrategias recomendadas para la eliminación de la rubéola y del SRC en las Américas a partir del conocimiento adquirido sobre la enfermedad, la vacuna y las experiencias obtenidas en materia de control de la rubéola, son las siguientes (55):

- Introducir la vacuna contra la rubéola en los esquemas de vacunación de rutina y alcanzar una cobertura de vacunación de más de 95% en la población destinataria de cada municipio.
- Llevar a cabo, por una sola vez, una campaña de vacunación masiva de hombres y mujeres en todos los países con transmisión endémica, para reducir significativamente el lapso que toma interrumpir la circulación del virus de la rubéola y evitar rápidamente la aparición del SRC.
- Seguir empleando la vacuna contra el sarampión y la rubéola en las campañas de seguimiento para eliminar el sarampión.
- Integrar la vigilancia de la rubéola al sistema de vigilancia epidemiológica aplicado en la eliminación del sarampión.
- Implementar la vigilancia del SRC.
- Fortalecer el diagnóstico de laboratorio para la rubéola y el SRC, así como el aislamiento del virus.

**FIGURA 15. Impacto de las estrategias de eliminación de la rubéola y del sarampión, Región de las Américas, 1980–2005.**



**Fuente:** Informes de los países, Organización Panamericana de la Salud, Área de Salud Familiar y Comunitaria, Unidad de Immunizaciones.

Al 2005, en la Región de las Américas cerca de 99% de las nuevas cohortes al nacimiento tenían acceso a la vacuna SRP. Solo Haití no ha incluido todavía la vacuna en su esquema de vacunación. En 2002, todos los países de la Región habían llevado a cabo las campañas de seguimiento para los niños menores de 5 años, aplicando la vacuna contra el sarampión y la rubéola (SR) con una cobertura superior a 90%. De manera previa a la resolución para la eliminación regional, Chile en 1999 y Brasil en 2001–2002 realizaron campañas masivas contra la rubéola, dirigidas exclusivamente a las mujeres, a fin de prevenir el SRC. Por otra parte, a partir del año 1998 y hasta diciembre de 2005, los países del Caribe de habla inglesa, Colombia, Costa Rica, Honduras, El Salvador, Ecuador, Nicaragua y Paraguay llevaron a cabo campañas de vacunación dirigidas a hombres y mujeres adultos; en la mayoría de los casos se alcanzaron niveles de cobertura superiores a 95%. Venezuela emprendió la primera etapa de su campaña en junio de 2005, vacunando a individuos menores de 17 años de edad. Países como Canadá, Cuba, Estados Unidos, Panamá y Uruguay, han incluido la vacuna contra la rubéola en sus esquemas de vacunación infantil y han logrado elevados niveles de cobertura durante varios años. En los Estados Unidos, se ha declarado eliminada la transmisión del virus de la rubéola endémica (56). A fin de lograr la meta de eliminación regional, los demás países se proponían realizar las campañas de vacunación entre 2006 y 2008.

Todos los países han integrado la vigilancia de rubéola y de sarampión. Sin embargo, todavía es necesario el fortalecimiento de esta vigilancia integrada. Desde 2005, algunos países han seguido

notificando casos de rubéola que no estuvieron incluidos en el sistema de vigilancia del sarampión y la rubéola y que, por consiguiente, no fueron investigados apropiadamente.

Desde la introducción de la vacuna contra la rubéola y de las campañas de inmunización, la incidencia de rubéola ha descendido en 96% —de 135.000 casos notificados en 1998, a 5.296 en 2005 (57). En 2005, 88% del total de casos de rubéola notificados en la Región procedían de países donde no se habían implementado aún las campañas. En ningún país se notificaron casos después de la realización de campañas masivas de vacunación dirigidas a hombres y mujeres adultos. Los brotes de rubéola que ocurrieron en Canadá y Chile en hombres en instituciones en 2005, así como la transmisión continua de la rubéola y la aparición de casos de SRC en Brasil, destacan la necesidad de incluir a los varones en las estrategias de vacunación para interrumpir la transmisión del virus de la rubéola en las Américas.

La proporción de países y territorios de las Américas que llevan a cabo vigilancia del SRC se ha incrementado de 13% (18 países) en 1998, a 100% desde 2003. En 2005, los países comenzaron a notificar semanalmente casos sospechosos de SRC. Se notificaron 79 casos de SRC entre 2001 y 2003; 27 en 2004 y 20 en 2005. No obstante, la vigilancia del SRC aún no es completa; de los 1.952 casos sospechosos notificados en 2005, 99% provinieron solo de seis países: Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, Honduras y Perú. Además de la vigilancia, Argentina, Brasil, Costa Rica, El Salvador, Perú y la República Dominicana han realizado estudios retrospectivos en hospitales infantiles y de obstetricia, así como en escuelas para sordos y ciegos y en la comunidad, para identi-

ficar a los niños. Esto ha permitido detectar muchos más casos probables o confirmados de SRC entre los menores de 1 año. Sin duda, las enseñanzas extraídas de los procesos de vigilancia del SRC en las Américas ayudarán a definir buenas prácticas de salud pública para establecer la vigilancia del SRC y detectar casos sospechosos en los servicios de atención primaria de salud, al tiempo que se involucra a los especialistas (58).

Un aspecto que amerita mayor atención en la Región es la detección y el aislamiento del virus de la rubéola en los casos notificados con este padecimiento, así como con SRC. El aislamiento del virus y la tipificación molecular son fundamentales para determinar la fuente de infección, así como las variaciones del virus de la rubéola. Los estudios filogenéticos de los virus de la rubéola señalan la existencia de dos clados y siete genotipos. En las Américas, se ha identificado como endémico al virus de la rubéola 1C; por otra parte, no se han encontrado el clado 2 en circulación en la Región (59).

La aplicación de la estrategia de eliminación de la rubéola ayuda a consolidar la eliminación del sarampión en la Región, contribuye enormemente a la reducción de las inequidades en los resultados en salud materna, fortalece el compromiso político con respecto a los servicios de vacunación, y promueve la cultura de la prevención (50,60). La vigilancia del SRC puede reforzar la capacidad de diagnóstico de los servicios de salud a fin de detectar y tratar rápidamente las discapacidades infantiles. Además de la prevención del SRC, es posible mejorar aún más la atención de la salud de las mujeres mediante el fortalecimiento de los servicios de salud para los adultos, la capacitación del personal, las mejoras en la vigilancia epidemiológica, la descentralización de la toma de decisiones, el impulso a la gestión de los programas, una mayor toma de conciencia en materia de salud, y la participación comunitaria, todo lo cual resulta de la puesta en marcha de la estrategia (17,50,60).

### **Alcanzar a los desatendidos**

La protección general de la inmunización aún no incluye a todos los niños y las mujeres vulnerables de la Región. A pesar de que las coberturas nacionales son altas, existe mucha disparidad entre los municipios de cada país, lo cual refleja grandes inequidades. En 2005, en América Latina y el Caribe, 39% de los más de 15.000 municipios o distritos aún no habían alcanzado la meta regional de 95% de cobertura de DTP-3 (61,62). Inclusive, en América Latina y el Caribe casi 1 de cada 3 niños reside en un distrito donde la cobertura de DTP-3 no llega a 80% (63). El cumplimiento de la agenda inconclusa de inmunización implica que tanto estos niños como sus familias, hoy desatendidos, tengan un acceso equitativo a los beneficios de la inmunización. Resulta esencial la identificación de los municipios que están en riesgo para convertirlos en blanco de las intervenciones focalizadas.

### **Semana de Vacunación en las Américas**

La Semana de Vacunación en las Américas (SVA) representa una iniciativa regional que busca alcanzar a los desatendidos,

fortalecer el programa rutinario de inmunización y fomentar el compromiso político con respecto a la vacunación. Esta iniciativa fue propuesta originalmente por los ministros de salud del Área Andina, y luego respaldada por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (64). La SVA se basa en los principios de equidad, acceso y panamericanismo. Esta iniciativa continental anual, que se celebra en el mes de abril, permite a los países atender a los grupos de población de alto riesgo, así como a las áreas no cubiertas, además de obtener el apoyo político para llevar a cabo la eliminación y el control de las enfermedades, al tiempo que se promueve la coordinación tanto regional como al interior de las fronteras.

En 2003, 19 países y territorios participaron en la SVA y más de 16 millones de personas fueron vacunadas. El número de países y territorios participantes aumentó a 35 en 2004, y a 36 en 2005. El total de sujetos vacunados durante la SVA ascendió a 43,7 millones en 2004. En 2005, cinco países informaron haber vacunado a más de 48.000 niños de 1 a 4 años de edad que nunca antes habían recibido una dosis de DTP o de vacuna pentavalente. Colombia, Guatemala, Honduras, México y Panamá notificaron la vacunación de más de 539.000 mujeres en edad fértil que no habían recibido una dosis previa de Td (17).

Además de inmunizar a las poblaciones vulnerables, los países han aprovechado la SVA para introducir nuevas vacunas; realizar campañas contra la rubéola y el sarampión; lanzar campañas de sensibilización en materia de vacunas entre los trabajadores de la salud y en la comunidad, y llevar a cabo otras intervenciones de salud como la administración de suplementos de vitamina A, los medicamentos antiparasitarios, la terapia de rehidratación oral, la revisión ocular y la educación en salud. El compromiso político de las autoridades nacionales con respecto a la inmunización ha quedado demostrado mediante los 30 lanzamientos de la SVA y la participación de cinco presidentes, cuatro primeras damas, ministros de la salud, autoridades locales y representantes de organismos internacionales y otros interesados en la salud pública y la inmunización.

A partir del ejemplo de los países de las Américas, y mediante la aplicación de las enseñanzas extraídas, la Oficina Regional de Europa de la OMS lanzó su Primera Semana Anual Europea de Vacunación, en octubre de 2005.

### **Fiebre amarilla**

Este padecimiento continúa siendo un serio problema de salud pública en varias zonas tropicales de las Américas. Aunque la vacuna 17D contra la fiebre amarilla, considerada como segura y eficaz, ha estado disponible desde los años treinta, aún no ha sido posible controlar de manera adecuada la enfermedad. Los casos ocasionales de fiebre amarilla selvática, la aparición de los brotes y la proliferación del *Aedes aegypti* en el hemisferio, constituyen la evidencia del riesgo continuo que implica la reurbanización de la enfermedad.

La región donde se observan casos de fiebre amarilla selvática se limita a América del Sur en Bolivia, la región oriental-central



de Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Guyana, Perú, Suriname y Venezuela, y en el Caribe, Trinidad y Tabago. Panamá tiene zonas de enzooticidad pero no ha notificado casos en varios decenios. No se ha informado de ningún caso urbano de fiebre amarilla desde 1942.

La epidemiología de la infección por fiebre amarilla tiene características cíclicas; desde 1994 se han registrado tres grandes picos epidémicos. El número más alto de casos ocurrió en 1995, a causa de un gran brote en la parte occidental de la región andina del Perú. De 2001 a 2005 se notificaron 662 casos y 315 defunciones, lo cual significa una reducción de casi la mitad en comparación con el período 1995–2000. En 2003 se produjo un aumento de la incidencia de fiebre amarilla debido a brotes en Colombia (112 casos), Brasil (64 casos), Venezuela (34 casos) y Perú (26 casos). Entre 2004 y 2005 se han reportado brotes limitados y casos aislados. Los casos siguen ocurriendo sobre todo entre los adultos jóvenes de 15 a 40 años, en particular los varones. Asimismo, los sujetos que migran a las zonas de enzooticidad representan un grupo vulnerable.

Los planes de acción nacionales han incluido la vacunación de todos los residentes de las zonas de enzooticidad, así como de aquellos que migran a esas áreas; el fortalecimiento de la vigilancia de los síndromes febriles ictericos, la vigilancia epizootica (surgimiento de la enfermedad o muerte en monos en áreas selváticas), y la rápida respuesta ante los brotes. Además, Bolivia, Colombia, Guayana Francesa, Guyana, Perú, Trinidad y Tabago y Venezuela, 7 de los 11 países y territorios con zonas de enzooticidad han introducido la vacuna antiamarilica para todos los niños de 1 año de edad, a nivel nacional. Las tasas de cobertura son equiparables a las logradas para la vacuna SRP en seis de esos siete países.

### Nuevos desafíos en inmunización

Resulta fundamental utilizar el potencial total que tiene la inmunización para cumplir con metas globales de reducción de mortalidad y de desarrollo. La Visión y Estrategia Mundial de Inmunización (VEMI) que desarrollaron la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) establece, para 2015, una reducción en dos tercios de la mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación, en comparación con los niveles de 2000. La VEMI constituye una política mundial de gran importancia encaminada a “proteger a más personas de más enfermedades, al extender el alcance de la inmunización a cada persona elegible, incluyendo a aquellas que se encuentran en los grupos de edad que trascienden la infancia” (65). Además de mejorar los niveles de cobertura de vacunación, en particular en los distritos con baja cobertura, es necesario integrar otras intervenciones en salud pública, ya probadas, a las estrategias de inmunización; asimismo, las vacunas, tanto nuevas como subutilizadas, contra las enfermedades prioritarias deberán introducirse en los programas rutinarios de inmunización. Algunos ejemplos de integración de

la inmunización con otras intervenciones de salud pública son la administración de antihelmínticos y de suplementos de vitamina A durante la SVA; la integración de la vigilancia del SRC a programas perinatales e infantiles; la puesta en marcha de la vigilancia del rotavirus en el contexto de la vigilancia de la diarrea infantil y las estrategias de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI); la vigilancia del neumococo en el contexto de otras enfermedades bacterianas invasivas en los niños y de AIEPI; y las iniciativas de vacunación contra el virus del papiloma humano integradas al tamizaje secundario, los programas de salud de los adolescentes y la vigilancia del cáncer.

### Nuevas vacunas y vacunas subutilizadas

Diversas vacunas nuevas contra enfermedades serias se encuentran ya disponibles o bien en desarrollo y la decisión de introducirlas requiere, más que nunca, del apoyo de la evidencia local. Asimismo, estas vacunas de nueva generación son mucho más costosas que las vacunas tradicionales, lo cual da lugar a nuevos retos programáticos para sostener los programas de inmunización.

Las experiencias anteriores con la introducción de vacunas como la SRP, el Hib y la pentavalente en los países de las Américas, han dejado en claro que es necesario considerar varios factores antes de su introducción, a saber: la carga de la enfermedad, la definición de los grupos en riesgo, los estudios de costo-efectividad, la disponibilidad de la vacuna, los posibles eventos adversos atribuibles a la nueva vacuna, el impacto de la vacuna en el presupuesto nacional y en la infraestructura de la cadena de frío, los efectos en el esquema de vacunación nacional, el conocimiento sobre qué tan adecuada es la vigilancia, el compromiso político, las prioridades de salud que compiten con la vacuna, los costos de oportunidad y la sostenibilidad financiera (7,26). Asimismo, cabe mencionar que el fortalecimiento de las autoridades regulatorias nacionales para la evaluación de nuevas vacunas aún no autorizadas en el país donde se producen y el mejoramiento de la vigilancia de eventos adversos posteriores a la comercialización, constituyen otras áreas donde es necesario continuar trabajando en América Latina y el Caribe.

Al tomar en cuenta los factores antes mencionados que deben considerarse en la introducción de las vacunas, el análisis de las nuevas vacunas en desarrollo, así como de las subutilizadas que ya se encuentran disponibles, pone de manifiesto que las vacunas contra la influenza, el rotavirus, el neumococo y el virus del papiloma humano deben considerarse como prioritarias en la Región de las Américas.

### Influenza

Se trata de una enfermedad vírica que azota a millones de personas en todo el mundo y cuyas complicaciones mortales afectan a cerca de un millón de individuos cada año (66). Si bien la carga que este padecimiento representa en América Latina y el Caribe no ha quedado bien establecida, estudios llevados a cabo en algu-

nos países sugieren que la influenza estacional es una causa importante de morbilidad y de mortalidad asociadas con infecciones respiratorias, en particular en los adultos mayores y los niños pequeños (67,68). Muchos de estos casos y muertes podrían evitarse mediante la aplicación de vacunas seguras y sumamente eficaces. Se ha considerado que la vacuna contra la influenza estacional es, probablemente, la más subutilizada en la Región (17).

A partir de 2000, los países de la Región han hecho grandes progresos al incrementar la cobertura de la vacunación contra la influenza en la población de 60 años y más, los individuos crónicamente enfermos, aquellos inmunocomprometidos, los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas. De 39 países y territorios latinoamericanos y del Caribe que contestaron una encuesta dirigida a los administradores de los programas nacionales de inmunización, y cuyo objetivo era conocer el estatus que guardaba la vacunación contra la influenza en la Región al final de 2005, 19 notificaron contar con políticas públicas para la inmunización contra la influenza (Anguila, Antillas Holandesas, Argentina, Bahamas, Bermuda, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guayana Francesa, Honduras, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, México, Panamá, Paraguay y Uruguay). De estos 19 países, 84% administran la vacuna a los trabajadores de la salud y 16% lo hacen con aquellos individuos que están en contacto con aves. En gran parte de los demás países, la vacuna solo está disponible a través del sector privado. La inmunización rutinaria de los niños menores de 23 meses de edad se ha establecido en ocho de los países mencionados: Bahamas, Bermuda, Colombia, El Salvador, Islas Caimán, México, Panamá y Uruguay. Asimismo, Chile, Costa Rica y Honduras aplican la vacuna a los niños menores de 5 años que padecen condiciones de alto riesgo. Desde la década de los setenta, los Estados Unidos han administrado la vacuna contra la influenza y en 2006 ampliaron la recomendación a fin de incluir a todos los niños menores de 5 años de edad (69). Lo anterior significa un gran progreso en comparación con lo que sucedía en 2001, cuando únicamente nueve naciones latinoamericanas y caribeñas notificaban haber incluido la vacuna contra la influenza en su esquema rutinario.

Se debe poner en marcha, o bien fortalecer, la vigilancia epidemiológica de la influenza. A pesar de que 84% notificaron tener un sistema de vigilancia rutinario para esta enfermedad, los países o los territorios encuestados carecen de información consistente o completa respecto a los patrones de circulación viral. Los datos de vigilancia son esenciales para determinar la carga de la enfermedad y la relación de costo-efectividad al introducir la vacunación antigripal, y para decidir cuál es la mejor estrategia de vacunación, en particular en las zonas tropicales. Asimismo, es necesario generar datos de cobertura de vacunación en todos los grupos blanco, a fin de evaluar la efectividad y el impacto del programa.

Existe una limitada capacidad mundial de producción de la vacuna contra la influenza y los países han tenido que encarar la escasez de la vacuna, sobre todo de la producida en el hemisferio norte. Las alianzas estratégicas con fabricantes y la transferencia

de la tecnología a países latinoamericanos tales como Argentina, Brasil y México, serán fundamentales para garantizar el suministro de vacunas. Por otra parte, la demanda a que da lugar la vacuna contra la influenza estacional puede aumentar la probabilidad de contar con el suministro de una vacuna contra la pandemia para los países de la Región.

### *Rotavirus*

Constituye una de las causas más comunes de diarrea severa en todo el mundo. Es responsable de cerca de 40% de las hospitalizaciones por diarrea en los niños menores de 5 años y de más de 600.000 defunciones estimadas por año. Si bien el rotavirus ataca a los niños tanto de los países industrializados como de aquellos en desarrollo, 82% de todas las muertes debidas a rotavirus ocurren en los países en vías de desarrollo (70). Las estimaciones de la carga de la enfermedad señalan que la diarrea por rotavirus constituye un importante problema de salud pública en una gran cantidad de países de la Región de las Américas, en donde se calculan más de 15.000 muertes y 75.000 hospitalizaciones cada año (70).

En 2006 ingresaron al mercado dos vacunas contra el rotavirus. Los resultados de las pruebas clínicas indican que ambas son seguras y eficaces en la prevención de la diarrea severa por rotavirus (71). Ninguna se ha asociado con un mayor riesgo de invaginación intestinal, enfermedad que obligó a retirar del mercado, en 1999, una vacuna antirrotavírica tetravalente basada en virus de Rhesus (71-73).

En julio de 2004, los representantes de los ministerios de salud de los países de la Región solicitaron a la OPS y al Fondo Rotatorio de la OPS, que se facilitara la introducción de las vacunas contra el rotavirus a precios accesibles para todos los países y tan pronto como estuviera disponible una vacuna (74). Se han hecho grandes progresos al implementar la vigilancia hospitalaria en la Región, previamente a la introducción de vacunas. Hasta julio de 2006, 10 países —Bolivia, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Paraguay, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago y Venezuela— habían puesto en marcha la vigilancia recurriendo a definiciones de casos y protocolos estandarizados y notificando sistemáticamente a la OPS. De los casos sospechosos casi 40% resultaron positivos al rotavirus en 2005, y 52% lo fueron en 2006 (datos preliminares hasta mayo de 2006) (cuadro 9). El carácter estacional de la infección rotavírica se ha hecho evidente en la mayoría de los países, con puntos máximos de incidencia durante los meses de invierno. El genotipo predominante en la Región es el P[8]. Al parecer, está emergiendo el serotipo G9 y la frecuencia similar de los serotipos G3 y G9 indicaría que el G9 está reemplazando al G3 (75-78). Estos resultados reafirman la importancia de la vigilancia continua de las cepas en la Región, ya que puede aportar información importante para el ajuste en la composición de vacunas de futura generación.

En el primer semestre de 2006, Brasil, Panamá, Venezuela y las áreas prioritarias de México comenzaron a administrar la vacuna

**CUADRO 9. Datos e indicadores de vigilancia centinela del rotavirus en hospitales por país, Región de las Américas, 2005.**

Indicadores	Bolivia	CAREC <sup>a</sup>	El Salvador	Guatemala	Honduras	Paraguay	Venezuela <sup>b</sup>	TOTAL
	Nov-Dic	Ene-Dic	Ene-Dic	Ene-Dic	Ene-Dic	Ene-Dic	Ene-Nov	
Total de hospitalizaciones en menores de 5 años	1.826,0	388	15.275	18.568	37.127	2.281	1.279	76.744
Número de hospitalizaciones por diarrea en menores de 5 años	326,0	214	3.105	2.502	2.420	326	200	9.093
% de hospitalizaciones por diarrea	17,9	55,2	20,3	13,5	6,5	14,3	15,6	11,9
Número de menores de 5 años que cumplen la definición de caso	180,0	150	1.109	1.391	1.133	223	598	4.784
% de casos sospechosos de rotavirus	55,2	70,1	35,7	55,6	46,8	68,4	...	52,6
Número de niños captados con ficha y muestra de heces	173,0	46	388	1.035	587	196	598	3.023
% de casos sospechosos con fichas y muestras de heces	96,1	30,7	35,0	74,4	51,8	87,9	100,0	63,2
Número de casos captados con resultado positivo para rotavirus	31,0	14	106	616	78	106	254	1.205
% de casos confirmados de rotavirus	17,9	30,4	27,3	59,5	13,3	54,1	42,5	39,9

<sup>a</sup>Los cuatro países que notificaron datos de rotavirus al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) son Guyana, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Trinidad y Tabago.

<sup>b</sup>No están incluidos los datos totales de hospitalización por diarrea de tres hospitales.

**Fuente:** informes de los países a la base de datos de rotavirus, Organización Panamericana de la Salud, Área de Salud Familiar y Comunitaria, Unidad de Inmunizaciones.

antirrotavírica en los niños de 2 y 4 meses de edad. Por su parte, los Estados Unidos reintrodujeron su recomendación para la administración rutinaria de la vacuna antirrotavírica en su esquema de vacunación infantil en 2006 (62).

### *Neumococo*

En el mundo entero, la neumonía es la principal causa de muerte en los niños, superando al VIH, la tuberculosis o la malaria (79,80). *Streptococcus pneumoniae*, o neumococo, causa 1,6 millones de defunciones, de las cuales 800.000 corresponden a niños (81). Las tasas de la enfermedad invasiva son más elevadas en los niños menores de 2 años de edad, pero la enfermedad se presenta también en otros grupos de edad y, en particular, entre los adultos mayores. En los países industrializados, la tasa de mortalidad más alta por este padecimiento recae en las personas de edad avanzada.

Los datos obtenidos del Sistema Regional de Vacunas (SIREVA) —una red regional de vigilancia del neumococo creada en 1993—, indican que los serotipos circulantes en las Américas no han cambiado significativamente entre 1993–1999 y 2000–2003 en los seis países participantes. El serotipo 14 fue el que más frecuentemente se aisló en la mayoría de los países (80).

Desde el año 2000 existe una vacuna conjugada 7-valente para prevenir la infección por neumococo en los lactantes. En 2005, esta vacuna se empleaba sistemáticamente tan solo en Bermuda, Canadá y los Estados Unidos; Chile y Panamá la han introducido para los niños con trastornos inmunes y otras enfermedades crónicas. Actualmente se evalúan vacunas 9-valente y 11-valente y se espera que estarán disponibles en un futuro próximo. Con base en la información proporcionada por SIREVA, 59% de los serotipos circulantes en Latinoamérica serían cubiertos por la vacuna 7-valente, 71% por la 9-valente y 77% por la 11-valente (80).

En preparación a la introducción de las vacunas contra el neumococo, la OPS colabora con los países para ampliar la vigilancia de las enfermedades bacterianas invasivas y para realizar en la Región estudios epidemiológicos con base poblacional (80). Además de los estudios epidemiológicos, los países se aprestan a evaluar las implicaciones económicas de la introducción de esta vacuna. El precio (US\$ 53 por dosis, mediante el Fondo Rotatorio en 2006) ha sido el principal factor limitante para la introducción de la vacuna contra esta seria enfermedad.

### *Virus del papiloma humano*

El cáncer cervicouterino sigue siendo un considerable problema de salud pública en América Latina y el Caribe, a pesar de la disponibilidad y aplicación, desde hace mucho tiempo, de la prevención secundaria por medio de la prueba de Papanicolaou, que es la citología de frotis vaginal. Cada año se presentan 86.532 nuevos casos de cáncer cervicouterino y ocurren 38.435 defunciones entre las mujeres de la Región. Así, Latinoamérica y el Caribe notifican anualmente 71.862 casos y 32.639 defunciones (82). Además de estos casos de cáncer invasivo, las mujeres con le-

siones precancerosas del cuello uterino, tanto de bajo como de alto grado (displasias y carcinoma *in situ*), también contribuyen a la carga de la enfermedad, así como a los elevados costos asociados a la detección, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad.

Se han desarrollado dos vacunas profilácticas recombinantes contra el virus del papiloma humano (VPH), una bivalente y la otra tetravalente, con los tipos de partículas semejantes a virus 16 y 18, y 16, 18, 6 y 11, respectivamente. Ambas vacunas han tenido excelentes resultados en cuanto a su inmunogenicidad, seguridad y eficacia para prevenir infecciones nuevas y persistentes por el VPH, así como las lesiones precursoras de cáncer cervical (neoplasia intraepitelial cervical) (83–85). La vacuna tetravalente también ha resultado eficaz contra las verrugas genitales (*condyloma acuminata*) y contra las neoplasias intraepiteliales vulvares y vaginales (86). En 2006 se autorizó el uso de la vacuna tetravalente en mujeres de 9 a 26 años de edad, en el país donde se produce la vacuna.

La vacunación contra el VPH complementa las acciones secundarias de prevención del cáncer cervicouterino. La OPS promueve y apoya la realización de estudios sobre el impacto económico y la relación costo-efectividad de las vacunas contra el cáncer cervicouterino y el VPH, a fin de que los países cuenten con información de calidad para la toma de decisiones racional con respecto a la factibilidad y sostenimiento de la introducción de esta vacuna (17).

### *Garantizar la sostenibilidad del programa en el contexto de la introducción de nuevas vacunas*

Para mantener los logros, cumplir con la agenda inconclusa de inmunización e introducir nuevas vacunas, los países de las Américas requerirán de un sustancial financiamiento adicional para los programas nacionales de inmunización.

En 2005, solo tres países latinoamericanos informaron del financiamiento de menos de 95% de sus vacunas de rutina a través de fondos gubernamentales. Asimismo, en la mayoría de los países (21 de 24 con datos disponibles) al menos 90% de los costos recurrentes del programa nacional de inmunización se cubrieron con fondos gubernamentales. Todos los países de América Latina y el Caribe (excepto Haití) informaron contar con una partida presupuestaria para la adquisición de las vacunas (en dos países del Caribe las vacunas están incluidas en la partida para la adquisición de todos los medicamentos) (62). Sin embargo, la existencia de una partida presupuestaria no siempre garantiza los fondos necesarios para las vacunas o para el programa de inmunización.

Dado que varias vacunas están haciéndose disponibles cada vez más rápidamente, es fundamental que la toma de decisiones con respecto a la introducción de nuevas vacunas se fundamente en la mejor evidencia, a fin de permitir priorizar las intervenciones. En el caso de estas vacunas nuevas y con el objeto de contribuir de manera sostenible a la efectividad de la prevención total, es necesario tomar en cuenta la evidencia económica junto con los datos epidemiológicos, demográficos y de gestión usuales.

Los comités nacionales sobre prácticas de inmunización deben participar plenamente en este proceso de evaluación. A fin de fortalecer la capacidad del programa de inmunización para la generación de evidencia y el establecimiento de prioridades con respecto a estas nuevas tecnologías, la OPS ha lanzado la Iniciativa Pro-Vac, que consta de múltiples etapas de capacitación, recopilación de datos y desarrollo de análisis económicos en un plano nacional, en el contexto de la introducción de nuevas vacunas. Se prevé que esto generará una mayor demanda de estudios económicos relevantes, así como su uso informado, para apoyar la formulación de políticas desde la perspectiva nacional y regional (17).

Actualmente se exploran nuevos enfoques de financiamiento sostenible, centrados en garantizar flujos de financiamiento confiables y de largo plazo para los programas de inmunización, particularmente a través de la creación de espacios fiscales. Estos últimos son los espacios, en el presupuesto nacional, que permiten la asignación de recursos sin poner en riesgo el sostenimiento financiero o la estabilidad económica generales. Entre las estrategias específicas para crear los espacios fiscales se encuentran la reasignación de prioridades en los gastos para inmunización, el incremento de la eficiencia y la transparencia, el mejoramiento en la eficiencia de la recolección de impuestos y el aumento de los impuestos indirectos en productos que ocasionan importantes problemas a la salud pública, como el tabaco, el alcohol y las armas. Las estrategias adicionales incluyen el desarrollo de fuentes de nuevos ingresos, como por ejemplo las ganancias de las loterías nacionales y el incremento del apoyo externo (87).

El fortalecimiento de legislación en materia de vacunas puede reducir los costos de operación asociados con la adquisición de vacunas y de los suministros para la vacunación en el país. La legislación también contribuye al confiable y eficaz financiamiento de programas y a la creación de espacio fiscal para la inmuniza-

ción; también puede contribuir a obtener los fondos necesarios para el funcionamiento de los programas de inmunización sólidos y sostenibles (88).

Por último, la cooperación panamericana permitirá, mediante el Fondo Rotatorio, que la Región continúe sus logros en materia de inmunización. Al 2006, 37 países están haciendo uso regular del Fondo para la adquisición de hasta 45 productos de vacunación. El Fondo está simplificando sus servicios integrados a los países y reduciendo aún más los costos de adquisición, almacenamiento, distribución y uso de las vacunas a lo largo de la cadena de producción y suministro. A finales de 2005, el Fondo capitalizó poco más de \$34 millones y los gastos totales excedieron \$154 millones ese año. El Fondo Rotatorio, como un organismo de adquisiciones sumamente eficaz, continuará su función estratégica para fortalecer la sostenibilidad de los programas nacionales de inmunización en toda la Región.

## ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

### Malaria

El número más alto de casos notificados en la Región desde que se lleva registro fue de 1,3 millones, en 1995 y 1998 (cuadro 10) (89). Desde entonces, el número total de casos siguió disminuyendo y en 2004 se notificaron 882.361 casos. Esto representa una disminución de 23% con respecto a los 1,14 millones de casos notificados en 2000, cuando los países de la Región adoptaron oficialmente la iniciativa Hacer Retroceder el Paludismo (HRP) (90,91).

A pesar de la reducción de la morbilidad, se ha observado un cambio muy pequeño en la distribución de casos por edad. Los informes anuales de 2002 a 2004 indican que aproximadamente 63%–64% de los casos se presentan en los mayores de 15 años;

**CUADRO 10. Morbilidad por malaria, Región de las Américas, 1994–2004.**

Año	Población (en miles)		Frotis sanguíneo			Detección de casos (por 100.000 habitantes)	
	Total Países	Áreas de riesgo <sup>a</sup>	Examinados	Positivos	Tasa de positividad	Total Américas	Áreas maláricas
1994	763.305	231.323	8.261.090	1.114.147	13,49	145,96	481,64
1995	774.712	248.978	9.022.226	1.302.791	14,44	168,16	523,26
1996	786.055	298.128	8.601.272	1.139.776	13,25	145,00	382,31
1997	793.582	306.521	9.037.999	1.075.445	11,90	135,52	350,86
1998	803.546	308.323	9.148.633	1.289.741	14,10	160,51	418,31
1999	818.273	298.453	10.174.427	1.207.479	11,87	147,56	404,58
2000	832.863	293.196	10.210.730	1.140.329	11,17	136,92	388,93
2001	835.814	293.560	9.456.093	960.792	10,16	114,95	327,29
2002	849.361	262.382	7.785.398	884.744	11,36	104,17	337,20
2003	858.563	302.981	6.980.597	909.788	13,03	105,97	300,28
<b>2004</b>	<b>867.142</b>	<b>264.139</b>	<b>6.980.789</b>	<b>882.361</b>	<b>12,64</b>	<b>101,76</b>	<b>334,05</b>

<sup>a</sup>Población en zonas ecológicamente propicias para la transmisión; comprende zonas sin transmisión activa.

Fuente: Pan American Health Organization. Epi-Data: Status of Malaria Tables, 1994–2004 [en línea]. 2006 consultado el 20 de julio, 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/cd/mal-status-2004.pdf>.

20%–24% en el grupo entre 5 y 15 años; y 11%–12% en los niños menores de 5 años. Menos de 5% corresponden ya sea a los mayores de 59 años, o a los de edad indeterminada. Durante el mismo período, la proporción de hombres con malaria subió de 54% a 62% (92). Estas cifras siguen destacando la repercusión económica de la enfermedad, ya que afecta a personas en los años más productivos de la vida.

Brasil representa sistemáticamente el país con la mayoría de casos, y en 2004 tuvo 52,6% del total para toda la Región. Otros países que comparten una considerable proporción del número total de casos en la Región son Colombia (13,3%), Perú (10,6%), Venezuela (5,3%), Guatemala (3,3%), Guyana (3,3%), Ecuador (3,3%), y Honduras (1,8%). Los países que comparten la selva amazónica (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Guyana, Perú, Suriname, y Venezuela) notificaron conjuntamente 91% de todos los casos en 2004. Mesoamérica —que consta de México, Centroamérica (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), Haití y República Dominicana— registró casi 9% del total regional. En 2004, se notificaron 1.263 casos en varios países de la Región anteriormente declarados libres de transmisión; todos estos casos fueron importados de países endémicos, dentro y fuera de las Américas (92).

En la Región se notifican actualmente menos de 1 millón de casos; sin embargo, 264 millones de personas (30% de la población de la Región) viven en zonas donde se transmite la enfermedad, 41,5 millones de ellas en zonas de alto (más de 10 casos por 1.000 habitantes) y moderado (1 a 10 casos por 1.000 habitantes) riesgo de transmisión. Se calcula que 94% de los casos se presentan en estas áreas (90,91).

En la actualidad, la malaria es endémica en 21 países (93), pero se considera que cuatro de ellos tienen buen potencial para eliminar la malaria en los próximos años (Argentina, El Salvador, México y Paraguay). Los otros países considerados endémicos para malaria, además de los mencionados anteriormente, son Belice, Costa Rica, Nicaragua y Panamá.

El índice parasitario anual en todas las zonas de riesgo es 3,35 por 1.000. Para las poblaciones que viven en las zonas de moderado y alto riesgo, el índice es más de tres veces mayor (10,8 por 1.000) (93). Los países con los índices más altos son Colombia, Guayana Francesa, Guyana, Suriname y Venezuela. La mayoría de los casos en las Américas se deben a la infección por *Plasmodium vivax* (74%); la infección por *P. falciparum* causa 25,6% de los casos, y se notifican muy pocos casos debidos a *P. malariae* (<0,4%), los cuales provienen principalmente de Suriname (89, 92).

Las tendencias en la distribución de los casos por la especie del parásito en los países variaron muy poco de 2000 a 2004. En Brasil, 76,2% de los casos fueron causados por *P. vivax*, mientras que 22,7% se debieron a *P. falciparum*. Países en el Área Andina (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) siguieron una tendencia similar, donde 75% de los casos fueron causados por *P. vivax* y 25% por *P. falciparum*. Los casos en el Cono Sur (Argentina y Paraguay) casi siempre se debieron a *P. vivax*. Guayana

Francesa, Guyana y Suriname, o los países que constituyen el Escudo Guayanés, tuvieron una disminución en la proporción de los casos por *P. falciparum* (de 65% en 2000 a 54% en 2004) y un aumento de los casos por *P. vivax* (de 35% en 2000 a 43% en 2004). México y los países centroamericanos notificaron 94% de los casos debidos a *P. vivax* y 6%, a *P. falciparum*. En Haití y la República Dominicana, los únicos países del Caribe donde la enfermedad se transmite, esencialmente *P. falciparum* fue responsable de todos los casos (89,92).

La mortalidad por malaria en la Región está asociada con la patogenicidad de *P. falciparum*. La mortalidad disminuyó 55% entre 2000 y 2004 (de 348 a 156 defunciones) (90,91). Los informes anuales de país durante los tres últimos años del período mencionado reflejan sistemáticamente una creciente proporción de casos entre la población mayor de 15 años de edad, de 74,3% en 2002 a 85,1% en 2004. Las defunciones entre los niños menores de 5 años de edad, por otro lado, disminuyeron de 8,8% a 4,6%. Se registraron más defunciones en los hombres (67%–74%) que en las mujeres (33%–26%) (92).

La detección pasiva de casos (examen diagnóstico realizado en los servicios de salud y hospitales generales y por colaboradores voluntarios y trabajadores comunitarios de salud, solo en pacientes con síntomas clínicos) se usa más ampliamente en la Región; la excepción se da en Argentina, Costa Rica, Panamá, Paraguay y la República Dominicana, donde se practica más la detección de casos activa (exámenes de diagnóstico realizados para tamizaje, investigaciones epidemiológicas y seguimientos). En el ámbito regional, desde 1998 hasta 2004 la detección pasiva de casos se ha empleado entre 68% y 81%. Hasta la fecha, son limitados los datos oficiales sobre el acceso y la disponibilidad de las modalidades de detección de casos, pero se sabe que la microscopía todavía se usa de manera más amplia (89–91).

Las aminoquinolinas continúan siendo los medicamentos contra la malaria más usados en la Región; sin embargo, el *Plasmodium falciparum*, el más patógeno de los parásitos causantes de la malaria, es capaz de desarrollar resistencia a los antimaláricos. Este fenómeno, que fue notificado primero en Colombia en 1958, sigue siendo uno de los mayores retos en la batalla mundial contra la enfermedad. En las Américas, la resistencia solo se ha sospechado o confirmado en los países que comparten la selva amazónica (89–91).

Al menos ocho especies diferentes del mosquito *Anopheles* se consideran los vectores significativos para la malaria en la Región. *Anopheles albimanus* se encuentra en Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú y la República Dominicana; *A. albitarsis* en el Brasil; *A. aquasalis* en Venezuela; *A. benarrochi* en el Perú; *A. darlingi* en Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Guayana Francesa, Guatemala, Guayana, Honduras, Paraguay, Perú, Suriname y Venezuela; *A. marajoara* en Venezuela; *A. pseudopunctipennis* en Argentina, Bolivia, Guatemala, México y Perú; y *A. vestitipennis* en Belice, Guatemala y México. Desde 2004, la mayoría

de los 21 países con endemidad incluyen en sus programas nacionales un componente de control de vectores para la malaria, pero son limitados los informes y los datos sobre la evaluación de su eficacia y eficiencia (89–91).

Los insecticidas usados con mayor frecuencia en la Región son los organofosforados y los piretroides. Ningún país informa el uso del DDT organoclorado que se encuentra entre los insecticidas recomendados por el Plan de la OMS de Evaluación de Plaguicidas (WHOPES, por su sigla en inglés) para el rociamiento de interiores con insecticida de acción residual contra los vectores de la malaria (94). La nebulización también se lleva a cabo en varios países, principalmente para reducir *Aedes aegypti* y, al mismo tiempo, disminuir las densidades de anofelinos. Además, México y países centroamericanos se ocupan en actividades de administración ambiental, el uso de opciones de control biológico y acciones de participación comunitaria para la reducción de los criaderos de vectores, mediante el Programa Regional de Acción y Demostración de Alternativas Sostenibles para el Control de Vectores de la Malaria sin el Uso de DDT (Fondo para el Medio Ambiente Mundial—Proyecto DDT) (89–91).

### **Estrategias actuales y repercusión del programa**

Desde que la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo fue adoptada en 1992, los 21 países de las Américas con transmisión activa de malaria han aplicado en grado variable los cuatro elementos técnicos de la estrategia en sus programas nacionales. Estos elementos son: el diagnóstico temprano y tratamiento inmediato; la planificación y ejecución de medidas preventivas selectivas y sostenibles, incluido el control de vectores; la detección, contención y prevención oportuna de las epidemias; y el fortalecimiento de las capacidades locales en investigación básica y aplicada para permitir y promover la evaluación regular de la situación de la malaria de un país, en particular los factores determinantes ecológicos, sociales y económicos de la enfermedad (95–98). Los esfuerzos fomentaron la ampliación de la capacidad operativa del sector salud, tanto en los niveles nacionales como en los locales, para el diagnóstico y tratamiento temprano. El rendimiento de los análisis de sangre para el tamizaje y diagnóstico de la malaria llegó al máximo, 10,2 millones en 2000 (89,92). La disminución observada en el número de frotis sanguíneos examinados de 2001 a 2004 se debe a la falta de disponibilidad de los datos del Perú, el cual examina aproximadamente 1,5 millones de frotis sanguíneos anualmente.

En 1998, la Organización Mundial de la Salud, junto con otras instituciones del sistema de las Naciones Unidas, el Banco Mundial, los gobiernos nacionales de países donde la malaria es endémica, las organizaciones de cooperación bilateral, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil, lanzó la iniciativa HRP, con la meta de reducir a la mitad la carga global de la malaria para 2010. En 2000, durante el Consejo Directivo de la OPS, las naciones de las Américas y el Caribe se comprometieron con las metas y los ideales de la iniciativa HRP (99).

La iniciativa HRP en la Región se centra en el apoyo a las funciones de los ministerios de salud relacionadas con la prevención y el control de la malaria; la promoción de las sinergias con programas de salud relacionados (especialmente los de salud ambiental, medicamentos y salud maternoinfantil, infección por VIH/sida y tuberculosis); la promoción de la participación de las comunidades y la sociedad civil; la participación del sector privado en la prestación de servicios de prevención y tratamiento; la identificación de prácticas óptimas, los mecanismos financieros y de alianzas para extender las intervenciones; la preparación de herramientas y medidas de apoyo para la gestión; el fortalecimiento de la capacidad; y la promoción de la colaboración entre los países (90,91,95–98).

Los Estados Miembros utilizan recursos nacionales, junto con el apoyo financiero obtenido mediante la iniciativa HRP, la contribución de otras fuentes, los préstamos, y el apoyo técnico y programático de la OPS. El marco estratégico ha dado lugar a varias colaboraciones e intentos exitosos para la movilización más eficaz de los recursos. Estos incluyen: a) la Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a las Drogas Antimaláricas (RAVREDA)/Iniciativa Amazónica contra la Malaria (IAM), que abarca ocho naciones en la región amazónica y tiene apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; b) la aprobación y el uso satisfactorio de los fondos asignados para la propuesta andina conjunta (Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), así como las propuestas individuales de país para Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua y Suriname, en el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM); c) el Programa Regional de Acción y Demostración de Alternativas Sostenibles para el Control de Vectores de la Malaria sin el Uso de DDT (Fondo para el Medio Ambiente Mundial—Proyecto DDT) en México y Centroamérica; y d) la colaboración en investigación con el Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y el Programa de la OMS para la Investigación y Enseñanza sobre Enfermedades Tropicales (90,91).

Hasta 2004, 15 de los 21 países donde la malaria es endémica notificaron la disminución del número absoluto de casos. Ocho de ellos han alcanzado la meta de HRP de reducir al menos 50% de los casos para 2010 (Argentina, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua y Paraguay); otros siete registraron un descenso en el número de casos, pero menos la meta de 50% para 2010 (Belize, Brasil, Costa Rica, Guayana Francesa, Guatemala, Haití y Suriname); seis países siguen informando aumentos (Colombia, Guyana, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela) (90,91).

En Perú y Bolivia fue donde primero se adoptó el tratamiento combinado con artemisina contra la malaria, en 2001. Con el creciente énfasis en la investigación en farmacorresistencia y el uso de pautas de tratamiento basadas en datos probatorios, seis países (Bolivia, Ecuador, Guyana, Perú, Suriname y Venezuela) están usando diversas combinaciones de tratamientos basadas en arte-

misina como primera terapia de la línea contra la malaria por *Plasmodium falciparum*; asimismo, Brasil y Colombia planeaban empezar la implementación de esta política en 2006. Estos ocho países representan un 92% de todos los casos de *P. falciparum* notificados en la Región. En Haití y la República Dominicana todavía se informan casos de malaria sensibles y no resistentes a la cloroquina, los cuales son casi 100% debidos a *P. falciparum* (90, 91).

### **Plan Estratégico Regional de Malaria 2006–2010**

La situación de la malaria en las Américas tiene fuertes implicaciones sociopolíticas, económicas, conductuales, ambientales, educativas, administrativas y políticas. Los factores sociopolíticos y económicos continúan siendo aspectos importantes del problema de la malaria en la Región. Estos factores incluyen: estado deficiente de las viviendas, en particular entre grupos nómadas y poblaciones aisladas; diversos problemas sociopolíticos que impiden el acceso a los programas; falta de compromiso político para ejecutar la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo en los servicios locales de salud; actividades ilegales en algunas áreas que previenen la identificación de casos; y aumento de la demanda y reducción de los recursos, así como falta de saneamiento básico, en los asentamientos humanos marginados. El alto nivel de migración entre las poblaciones donde la prevención y el control son sumamente difíciles —tales como mineros, leñadores, trabajadores de la plantación de plátano y caña de azúcar, grupos indígenas y poblaciones en las áreas de conflicto armado—, también se vincula directamente con las condiciones sociopolíticas y económicas (90,91).

La migración es un comportamiento colectivo que vuelve extremadamente difícil ejecutar y vigilar casi todos los aspectos de la prevención y el control de la malaria. Otros comportamientos considerados como una causa continua de la transmisión de la malaria incluyen: el hábito de la población de permanecer fuera de la vivienda, o de un albergue protector, durante el período conocido de mayor actividad hematofaga de los vectores; la participación comunitaria limitada; el compromiso social y la movilización social limitada; la tasa alta de incumplimiento de los regímenes de tratamiento; la automedicación incorrecta; y el uso de medicamentos caducados o de baja calidad (90,91).

Algunos factores ambientales también se consideran como causas importantes y agravantes, tales como la presencia de los criaderos naturales, las condiciones ecológicas favorables para la reproducción de los vectores, la existencia de comunidades aisladas o prácticamente inaccesibles, y la presencia de los múltiples vectores (90,91).

Muchos países no tienen un número suficiente de profesionales de la salud capacitados en malaria (90,91) y la capacitación técnica en malaria es deficiente entre el personal de salud. Además, es necesario realizar actividades educativas para la prevención y el control de la malaria en los grupos más afectados.

Las dimensiones política y administrativa del problema de la malaria son las que tienen mayor potencial para intervenciones

concretas. Al menos 11 naciones citaron diferentes asuntos políticos y administrativos que contribuyen a la persistencia de la transmisión de la malaria en la Región. Estos problemas incluyen: la falta de asignación presupuestaria; cobertura de servicios de salud limitada en las zonas endémicas para malaria; falta de cooperación intersectorial; falta de estratificación en las estrategias de control; los problemas en la sostenibilidad de medidas; problemas de suministro de medicamentos; deficiencia de transporte; falta de insumos de insecticidas; demora en la liberación de los fondos; demora en la aprobación y ejecución de los proyectos; problemas administrativos y de gerencia relacionados con el proceso de descentralización en los municipios; interrupción de los programas de país debida a brotes de otras enfermedades infecciosas como el dengue; control de vectores inadecuado; y falta de recursos humanos y financieros (90, 91).

El gasto total para la malaria (nacional y contribuciones externas) notificado por los países con endemidad aumentó de US\$ 107.798.405 en 2000 a US\$ 172.524,015 en 2004. El gasto per cápita de la población en riesgo de malaria notificada en las Américas creció 76%: de US\$ 0,37 en 2000 a US\$ 0,65 en 2004 (cuadro 11) (90, 91, 100).

A pesar de la reducción de la mortalidad relacionada con *Plasmodium falciparum*, la malaria continúa siendo un problema de salud pública importante en la Región, en particular la persistente tasa de transmisión de *P. vivax*, el cual es más difícil de controlar debido a su característico ciclo de vida en los seres humanos. Es imperativo que la investigación y la vigilancia entomológicas se fortalezcan, al lado de la vigilancia sanitaria y el manejo de enfermedades. Las inversiones dirigidas a combatir la enfermedad deben al menos mantenerse, si no incrementarse, y deben orientarse a las reformas sanitarias, tanto inmediatas como a largo plazo, para que los resultados deseados pueden lograrse. La investigación operativa debe mejorarse y se debe prestar atención adecuada a poblaciones destinatarias específicas, tales como embarazadas, niños, personas con VIH/sida, viajeros, mineros, leñadores, trabajadores de la plantación de plátano y caña de azúcar, grupos autóctonos, poblaciones en áreas de conflicto armado o social, y personas a lo largo de las áreas comunes de interés epidemiológico o de zonas fronterizas. Asimismo, se debe aumentar y fortalecer la capacidad nacional para abordar y administrar situaciones especiales como epidemias, emergencias complejas, malaria urbana, malaria en zonas remotas y fronterizas, y en áreas de baja incidencia donde la eliminación puede ser posible. La inversión en el desarrollo de los recursos humanos es también de importancia capital.

El Plan Estratégico Regional de Malaria 2006–2010 de la OPS trata integralmente el reto actual de la malaria en la Región y examina las áreas prioritarias de la OPS para cooperación técnica, mientras que cumple su compromiso con la meta de HRP. El logro de esta meta cumple el Objetivo de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas de interrumpir y empezar a revertir la incidencia de la malaria (y otras enfermedades graves) para 2015;



**CUADRO 11. Presupuestos nacionales y contribuciones extrapresupuestarias asignados a los programas de control de la malaria, Región de las Américas, 2000–2004.**

Países	2000		2001		2002		2003		2004	
	Presupuesto nacional para malaria	Otros fondos o préstamos	Presupuesto nacional para malaria	Otros fondos o préstamos	Presupuesto nacional para malaria	Otros fondos o préstamos	Presupuesto nacional para malaria	Otros fondos o préstamos	Presupuesto nacional para malaria	Otros fondos o préstamos
Argentina	2.580.000	...	2.580.000	...	2.580.000	...	2.580.000	...	2.580.180	...
Bolivia	845.764	944.187	935.101	601.656	918.145	550.887	750.327	476.743	750.327	189.000
Brasil	44.766.876	2.477.870	21.517.299	805.197	21.411.765	1.137.503	40.695.955	523.926	40.695.955	523.926
Colombia	9.950.000	—	11.363.636	—	11.363.636	225.000	13.049.962	—	13.702.460	—
Costa Rica	3.380.000	—	2.500.000	—	2.880.000	—	3.840.000	—	2.980.000	—
Ecuador	...	...	3.155.525	180.000	3.815.603	180.000	5.235.182	92.954	5.396.634	...
El Salvador	...	...	4.555.000	...	...	...	2.142.205	...	1.698.141	3.675
Guatemala	702.703	—	...	...	...	...	...	...	...	...
Haití	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	2.597.868	3.605.010	2.352.572	1.450.000	81.250	54.039	388.888	7.289.800	4.850.000	7.285.000
México	17.652.182	—	17.157.485	—	19.576.235	—	19.576.235	—	28.060.594	—
Nicaragua	333.333	—	333.333	175.500	333.333	175.500	333.333	175.500	...	...
Panamá	5.066.318	—	4.680.289	—	3.986.849	—	2.751.541	...	5.024.766	88.417
Paraguay	1.932.103	—	1.061.490	—	1.064.936	—	1.164.935	175.000	1.147.905	202.404
Perú	1.900.915	58.572	4.109.728	130.000	3.900.000	200.000	3.500.000	200.000	3.600.000	200.000
República Dominicana	1.410.013	157.238	1.443.223	29.722	1.220.721	5.000	25.860.927	1.200.675	448.254	15.676
Venezuela	5.411.675	960.000	...	...	2.065.933	200.000	20.834.228	...	48.263.202	...
<b>Subtotal</b>	<b>98.529.750</b>	<b>8.202.877</b>	<b>77.744.681</b>	<b>3.372.075</b>	<b>75.198.406</b>	<b>2.727.929</b>	<b>142.703.718</b>	<b>10.134.598</b>	<b>159.198.418</b>	<b>8.508.098</b>
Belice	...	...	...	...	...	...	...	...	100.000	238.000
Guayana Francesa	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guyana	1.000.000	—	800.000	10.000	800.000	100.000	800.000	...	600.000	3.112.871
Guayana Francesa	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Suriname	65.778	—	178.363	636.000	160.628	536.000	160.628	606.000	160.628	606.000
<b>Subtotal</b>	<b>1.065.778</b>	<b>...</b>	<b>978.363</b>	<b>646.000</b>	<b>960.628</b>	<b>636.000</b>	<b>960.628</b>	<b>606.000</b>	<b>760.628</b>	<b>3.718.871</b>
<b>Total</b>	<b>99.595.528</b>	<b>8.202.877</b>	<b>78.723.044</b>	<b>4.018.075</b>	<b>76.159.034</b>	<b>3.363.929</b>	<b>143.664.346</b>	<b>10.740.598</b>	<b>159.959.046</b>	<b>12.226.969</b>
<b>Gran total</b>	<b>107.798.405</b>	<b>...</b>	<b>82.741.119</b>	<b>79.522.963</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>154.404.944</b>	<b>...</b>	<b>172.186.015</b>
<b>Fondos por persona (SUS) en áreas maláricas</b>	<b>...</b>	<b>\$0,37</b>	<b>...</b>	<b>\$0,28</b>	<b>...</b>	<b>\$0,30</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>...</b>	<b>\$0,65</b>

*Nota:* Los fondos por persona se derivan solo de los países que notifican datos del Presupuesto Nacional para la Malaria (información incompleta).

... Información no disponible.

— No se aplica.

*Fuente:* Pan American Health Organization. Epi-Data: Status of Malaria Tables, 1994–2004. [En línea, consultado el 20 de julio de 2006.] Disponible en: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/cd/mal-status-2004.pdf>

en septiembre de 2005, el Consejo Directivo de la OPS propuso una reducción adicional de 25% (101).

## Dengue

El dengue es una enfermedad producida por un virus del género *Flavivirus* (familia *Flaviviridae*) y transmitida en nuestra Región por el mosquito *Aedes aegypti*. Hay cuatro serotipos del dengue antigénicamente relacionados (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4) y puede manifestarse como dengue clásico, o como dengue hemorrágico y síndrome de choque por dengue, que son las formas clínicas más graves. La incidencia y las epidemias de dengue han aumentado en los últimos 35 años en todo el mundo. Hasta la década de 1950, solo en 9 países se notificaban casos de dengue; en el decenio de 1980, 26 países notificaron casos de dengue y, a partir de 1990, se ha informado casos en más de 100 países alrededor del mundo (102). El año con mayor notificación fue 2002, con 69 países afectados. Hoy en día esta es la enfermedad vírica más importante entre las enfermedades transmitidas por artrópodos, y constituye un problema de salud pública creciente (102). El dengue causa una carga de morbilidad en promedio de 658 años de vida ajustados en función de la discapacidad por año, por cada millón de habitantes (103).

### Dengue y dengue hemorrágico en las Américas, 2001–2005

Entre 2001 y 2005, más de 30 países de las Américas notificaron un total de 2.879.926 casos de dengue y dengue hemorrágico; en 2002 se alcanzaron cifras alarmantes, ya que se notificaron 1.015.420 casos (cuadro 12). El número de casos de dengue hemorrágico durante el mismo período fue de 65.235, y el año con el mayor número de casos (15.500) fue 2001 (cuadro 13). El total de muertes por dengue en la Región fue de 789 para todo el período, siendo 2002 el año con el mayor número de defunciones (255) (cuadro 12). Los cuatro serotipos del virus del dengue circularon en la Región (cuadro 14), y en Barbados Colombia, El Salvador, Guatemala, Guayana Francesa, México, Perú, Puerto Rico y Venezuela se presentaron simultáneamente los cuatro serotipos en algunos de los años comprendidos en el período 2001–2005 (104).

En la siguiente sección se presenta el análisis de la situación del dengue y dengue hemorrágico, por subregión.

### Cono Sur

En el período 2001–2005, en esta subregión se notificaron 64,6% de los casos de dengue y dengue hemorrágico en las Américas, con 1.859.259 y 4.509 notificaciones, respectivamente, y 258 defunciones. Brasil aportó el mayor número de casos de dengue y dengue hemorrágico (99,6%) y el mayor número de defunciones por dengue en todos los años del período (cuadro 12). Por otra parte, Chile y Uruguay son los únicos países del continente que se mantienen sin transmisión. Durante este período, en Argentina, Brasil y Paraguay circularon 3 de los 4 serotipos del virus

“En ciertos países, la población sigue siendo víctima de enfermedades epidémicas tales como la fiebre tifoidea, la viruela, la peste, la malaria y la disentería; la mortalidad en la niñez es excesiva, la nutrición inadecuada, los hospitales modernos son prácticamente inexistentes y el promedio de esperanza de vida es bajo.”

Fred Lowe Soper, 1951

del dengue (DEN-1, DEN-2 y DEN-3), y en Isla de Pascua, Chile, DEN-1 en 2002 (cuadro 14) (104).

### Área Andina

Esta subregión, formada por Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, aportó 21,1% (580.589) de los casos de dengue y dengue hemorrágico en total, pero contribuyó con la mayor proporción de casos de dengue hemorrágico (63,9% ó 41.704) en el período 2001–2005; asimismo, presentó un total de 221 muertes por dengue. Bolivia tuvo las tasas de incidencia por 100.000 habitantes más altas de la subregión durante los años 2003 (327,4), 2004 (369,5) y 2005 (222,15) (cuadro 12). En cuanto al número de defunciones, Colombia notificó 70% (155) de los fallecidos. Los cuatro serotipos circularon en Venezuela en los años 2001, 2004 y 2005 y en Perú en 2005, mientras que Bolivia pasó de tener un solo serotipo en 2001 (DEN-1) a tres en 2003 y 2004 (DEN-1, 2 y 3). En Colombia y Ecuador han circularo los cuatro serotipos en distintas combinaciones.

### Centroamérica y México

En Centroamérica se notificaron 289.929 casos de dengue y dengue hemorrágico, equivalente a 10,6% de los casos en la Región; de ellos, 8.519 fueron dengue hemorrágico y hubo 133 muertes. Los países con el mayor número de casos notificados en 2005 fueron Costa Rica y Honduras, seguidos de México, El Salvador, Guatemala, Panamá y Nicaragua (cuadro 12). En El Salvador, el número de casos notificados ha aumentado significativamente entre 2001 y 2005, de 1.093 a 15.290 casos, respectivamente. En 2005, Costa Rica, presentó la tasa de incidencia más alta de la subregión (1,165 x 100.000 habitantes). No obstante, el mayor número de muertes de la subregión se dio en Nicaragua, con 51 defunciones en todo el período (cuadro 12). A pesar de tener circulantes los 4 serotipos, en esta subregión predominan los serotipos DEN-1 y 2 (104).

### El Caribe

En esta subregión se notificaron 76.222 casos de dengue y dengue hemorrágico de 2001 a 2005 (2,6% de los casos en la Región), de los cuales 1.271 fueron de dengue hemorrágico. El

**CUADRO 12. Casos de dengue y dengue hemorrágico, incidencia y número de muertes por dengue, Región de las Américas, 2001–2005.**

País	2001			2002			2003			2004			2005		
	Casos D + DH	Incidencia <sup>a</sup>	Muertes	Casos D + DH	Incidencia <sup>a</sup>	Muertes	Casos D + DH	Incidencia <sup>a</sup>	Muertes	Casos D + DH	Incidencia <sup>a</sup>	Muertes	Casos D + DH	Incidencia <sup>b</sup>	Muertes
Anguila	25	208,33	0	5	41,67	—	2	16,67	0	0	0	0	0	0	—
Antigua y Barbuda <sup>b</sup>	20	30,77	0	5	7,69	—	0	0	0	0	0	0	0	0	—
Argentina	11	0,03	0	214	0,57	0	135	0,36	0	3.284	8,77	—	34	0,09	0
Aruba	0	...	—	25	...	—	—	0	—	173	166,35	—	—	0	—
Bahamas	0	...	0	0	...	—	180	58,44	0	1	0,32	—	0	0	—
Barbados	1.043	389,18	0	740	276,12	—	557	207,84	0	349	130,22	—	320	119,4	—
Belize <sup>b</sup>	3	1,3	—	41	16,4	—	0	0	0	2	0,87	—	380	164,5	0
Bermuda	176	14,67	0	0	0	—	0	0	0	0	0	—	2	3,17	0
Bolivia	413.067	239,38	29	892	74,33	1	6.548	327,4	6	7,39	369,5	0	4.443	222,15	0
Brasil	—	—	—	780.644	452,39	145	341.902	198,14	38	112.928	65,44	3	203.789	118,1	43
Chile <sup>c</sup>	—	—	—	636	—	0	0	0	0	0	0	0	0	0	—
Colombia	55.437	272,71	54	76.996	210,3	27	52.588	258,7	7	27.523	135,39	20	30.475	149,92	47
Costa Rica	9.237	818,16	0	12.251	314,53	0	19.669	606,32	0	9.408	290,01	0	37.798	1,165,17	2
Cuba	11.32	101,58	2	3.011	26,75	1	0	0	0	0	0	0	75	0,67	—
Curazao	0	0	—	—	0	—	—	0	—	—	0	—	265	122,12	—
Dominica <sup>b</sup>	5	7,04	0	0	0	—	0	0	0	4	5,63	—	11	15,49	—
Ecuador	10.919	84,77	0	5.833	45,29	0	10.319	80,12	5	6.165	47,86	2	12.131	94,18	14
El Salvador	1.093	17,09	4	18.307	286,05	11	7.436	116,24	8	13.344	201,02	1	15.290	226,28	0
Estados Unidos <sup>e</sup>	96	8	0	29	2,42	0	40	3,33	0	0	0	0	0	0	0
Granada <sup>b</sup>	12	12,77	0	84	89,36	—	17	18,09	0	7	7,45	—	0	0	0
Guadalupe	0	0	—	93	21,58	—	495	114,85	0	0	0	—	3.364	780,51	0
Guatemala	4.516	38,64	2	7.599	65,02	6	6,75	57,76	3	6.352	54,35	4	6.341	54,26	1
Guayana	60	60	—	202	26,47	—	33	4,33	—	47	6,16	—	178	23,33	0
Guayana Francesa	2.830	1664,71	0	280	164,71	—	2.178	1281,18	0	3.147	1851,18	—	4.365	2,567,65	0
Haití	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Honduras	9.077	138,05	0	32.269	490,78	17	16.559	251,85	11	19.971	303,74	2	18.843	286,59	6

Islas Caimán	0	0	0	1	2,5	0	0	0	—	1	2,5	0
Islas Turcas y Caicos	0	0	0	2	11,76	0	1	5,88	—	1	5,88	—
Islas Virgenes												
Británicas <sup>b</sup>	23	95,83	0	0	0	0	0	0	—	0	0	0
Jamaica	39	39	0	90	3,46	0	9	0,35	—	46	1,77	—
Martínica	4.471	4471	4	392	101,55	0	0	0	—	6.083	1,575,91	4
México <sup>d</sup>	6.210	6,19	0	9.844	9,81	0	8.202	8,17	13	16.862	16,8	—
Montserrat	1	1	0	1	12,5	0	0	0	—	0	0	0
Nicaragua <sup>d</sup>	2.104	40,4	21	2.157	41,42	4	1.035	19,87	2	1.735	31,64	12
Panamá	1.545	53,29	1	711	24,53	0	373	12,87	2	5.489	137,98	1
Paraguay	38	0,67	0	1.871	33,2	0	164	2,91	0	405	7,19	0
Perú	23.329	89,41	4	8.875	34,01	1	9.774	37,46	1	6.358	24,36	0
Puerto Rico	5.233	132,41	4	2.906	73,53	1	3.288	83,2	3	5.701	144,26	7
República Dominicana	3.592	42,28	0	3.194	37,6	14	2.476	27,66	13	2,86	33,67	18
Saint Kitts y Nevis <sup>b</sup>	89	89	0	20	52,63	—	4	10,53	—	0	0	—
Santa Lucía <sup>b</sup>	292	195,97	0	51	34,23	—	11	7,38	—	1	0,67	0
San Vicente y las Granadinas <sup>b</sup>	3	2,63	0	125	109,65	—	4	3,51	—	8	7,02	0
Suriname	760	181,38	0	1.104	263,48	—	375	89,5	—	2.853	680,91	—
Trinidad y Tabago	2.244	172,62	0	6.246	480,46	12	546	42	—	411	31,62	0
Uruguay	—	—	—	—	—	—	0	0	0	0	0	0
Venezuela	83.180	337,69	15	37.676	152,96	1	30.693	124,61	5	4.198	171,31	4
<b>TOTAL</b>	<b>652.212</b>		<b>140</b>	<b>1.015.420</b>		<b>255</b>	<b>164</b>	<b>267.050</b>	<b>71</b>	<b>427.627</b>		<b>159</b>

<sup>a</sup>Incidencia por 100.000 habitantes.

<sup>b</sup>Datos del Caribe no latino provistos por el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC).

<sup>c</sup>Casos provenientes de la Isla de Pascua.

<sup>d</sup>Solo casos confirmados.

<sup>e</sup>Casos importados.

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud, página web de dengue: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/cd/dengue.htm>, accesada en noviembre de 2006.

**CUADRO 13. Casos de dengue hemorrágico, Región de las Américas, 2001–2005.**

	2001	2002	2003	2004	2005
Anguila	0	0	0	—	—
Antigua y Barbuda <sup>a</sup>	0	0	—	—	—
Argentina	0	0	0	—	0
Aruba	—	—	—	—	—
Bahamas	0	0	0	—	—
Barbados	14	0	0	—	—
Belice <sup>a</sup>	—	0	—	0	0
Bermuda	0	0	0	0	0
Bolivia	0	1	47	25	10
Brasil	679	2.607	713	77	433
Chile <sup>b</sup>	—	0	0	0	—
Colombia	6.563	5.269	4.878	2.815	4.306
Costa Rica	37	27	69	11	52
Cuba	0 69	12	0	0	—
Curazao	—	—	—	—	—
Dominica <sup>a</sup>	0	0	0	—	4
Ecuador	55	158	416	64	334
El Salvador	54	405	138	154	207
Estados Unidos <sup>c</sup>	0	0	0	0	0
Granada <sup>a</sup>	0	3	0	0	0
Guadalupe	—	0	0	—	6
Guatemala	4	47	22	39	32
Guayana Francesa	0	0	0	0	0
Guyana	—	2	—	0	0
Haití	—	—	—	—	—
Honduras	431	863	458	2.345	1.795
Islas Caimán	0	0	0	0	0
Islas Turcas y Caicos	0	0	0	—	—
Islas Vírgenes Británicas	—	0	0	0	0
Jamaica	0	0	0	—	—
Martinica	3	0	0	—	3
México <sup>d</sup>	191	1.429	1.419	1.959	4.255
Montserrat	0	0	0	0	0
Nicaragua <sup>d</sup>	458	157	235	93	177
Panamá	7	5	0	4	2
Paraguay	0	0	0	0	0
Perú	251	13	15	35	16
Puerto Rico	36	23	5	11	19
República Dominicana	4	76	252	136	84
Saint Kitts y Nevis <sup>a</sup>	4	0	—	—	—
Santa Lucía <sup>a</sup>	0	0	0	0	0
San Vicente y las Granadinas <sup>a</sup>	0	2	0	0	0
Suriname	12	23	1	7	141
Trinidad y Tabago	86	273	80	49	0
Uruguay	—	—	0	0	0
Venezuela	6.541	2.979	2.246	1.986	2.681
<b>TOTAL</b>	<b>15.500</b>	<b>14.374</b>	<b>10.994</b>	<b>9.810</b>	<b>14.557</b>

<sup>a</sup>Datos del Caribe no latino provistos por el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC).

<sup>b</sup>Casos provenientes de la Isla de Pascua.

<sup>c</sup>Casos importados.

<sup>d</sup>Solo casos confirmados.

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud, página web de dengue: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/cd/dengue.htm>, accesada en noviembre de 2006.

**CUADRO 14. Serotipos del virus del dengue circulantes, Región de las Américas, 2001–2005.**

	2001	2002	2003	2004	2005
Anguila	DEN 3	DEN 2, 3	DEN 3	DEN	DEN
Antigua y Barbuda <sup>a</sup>	DEN 3	DEN 3	DEN	DEN	DEN
Argentina	All imported	DEN 1, 3	DEN 1, 2, 3	DEN 3	DEN 2
Aruba		—	DEN	DEN 3	DEN
Bahamas		—	DEN 2, 3	DEN	DEN
Barbados	DEN 1, 2, 3, 4	DEN 3	DEN 1, 3	DEN 3	DEN 1, 3
Belice <sup>a</sup>		DEN 2	DEN	DEN 3, 4	DEN 1, 2, 3
Bermuda		—	DEN	DEN	DEN
Bolivia	DEN 1	DEN 1, 2	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2, 3	DEN 2, 3
Brasil	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2, 3
Chile <sup>b</sup>		DEN 1	DEN	DEN	DEN
Colombia	DEN 1, 2, 4	DEN 1, 3, 4	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2, 3, 4	DEN 1, 2, 3
Costa Rica	DEN 2	DEN 1, 2	DEN 1, 2	DEN 1, 2	DEN 1
Cuba	DEN 3	—	DEN	DEN	DEN
Curazao		—	DEN	DEN	DEN
Dominica <sup>a</sup>	DEN 3	—	DEN	DEN	DEN
Ecuador	DEN 2, 3	DEN 2, 3	DEN 3	DEN 3, 1, 4	DEN 1, 3
El Salvador	DEN 2	DEN 1, 2, 3, 4	DEN 2, 4	DEN 1, 2, 4	DEN 2, 4
Estados Unidos <sup>c</sup>	DEN 1	—	DEN	DEN	DEN
Granada <sup>a</sup>	DEN 2, 3	DEN 3	DEN	DEN	DEN
Guadalupe		—	DEN 3	DEN	DEN 2, 3, 4
Guatemala	DEN 2, 4	DEN 2, 3, 4	DEN 1, 2, 3, 4	DEN 1, 2, 3, 4	DEN 1, 2, 3, 4
Guayana Francesa	DEN 1, 2, 3	DEN 3	DEN 1, 3	DEN 1, 3, 4	DEN 1, 2, 3, 4
Guyana	DEN 2	DEN 3	DEN	DEN	DEN
Haití					DEN
Honduras		DEN 2, 3, 4	DEN 2, 4	DEN 1, 2, 4	DEN 1, 2, 4
Islas Caimán		—	DEN	DEN	DEN
Islas Turcas y Caicos		—	DEN	DEN	DEN
Islas Vírgenes Británicas	DEN 2, 3	—	DEN	DEN	DEN
Jamaica		—	DEN	DEN	DEN
Martinica	DEN 2, 3	DEN 3	DEN	DEN	DEN 2, 3, 4
México <sup>d</sup>		DEN 1, 2, 3	DEN	DEN 1, 2, 3, 4	DEN 1, 2, 3
Montserrat		DEN 2, 3	DEN	DEN	DEN
Nicaragua <sup>d</sup>	DEN 2, 3	DEN 1, 2, 4	DEN 1	DEN 1, 2, 4	DEN 1, 2, 4
Panamá	DEN 2	DEN 2	DEN 2	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2
Paraguay	DEN 1, 2	DEN 1, 2, 3	DEN 3	DEN 3	DEN 2
Perú	DEN 1, 2	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2, 3, 4
Puerto Rico	DEN 1, 2, 3, 4	DEN 1, 3	DEN 1, 2, 3	DEN 2, 3, 4	DEN 2, 3, 4
República Dominicana		DEN 2	DEN 2	DEN 2, 4	DEN
Saint Kitts y Nevis <sup>a</sup>	DEN 2	DEN 2	DEN	DEN	DEN
Santa Lucía <sup>a</sup>	DEN 3	DEN 3	DEN	DEN	DEN 4
San Vicente y las Granadinas <sup>a</sup>	DEN 3	DEN 3	DEN 3	DEN	DEN 3
Suriname	DEN 3	DEN 3	DEN 2	DEN 3	DEN 1, 2, 3
Trinidad y Tabago	DEN 2, 3	DEN 2 (15%), 3 (85%)	DEN 3	DEN	DEN 3
Uruguay	DEN 2, 3	DEN 2, 3	DEN	DEN	DEN
Venezuela	DEN 1, 2, 3, 4	DEN 2, 3, 4	DEN 1, 2, 3	DEN 1, 2, 3, 4	DEN 1, 2, 3, 4

<sup>a</sup>Datos del Caribe no latino provistos por el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC).

<sup>b</sup>Casos provenientes de la Isla de Pascua.

<sup>c</sup>Casos importados.

<sup>d</sup>Solo casos confirmados.

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud, página web de dengue: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/cd/dengue.htm>, accesada en noviembre de 2006.

mayor número de casos de dengue se informó en los años 2001 (19.023) y 2005 (19.103).

**Caribe latino.** En 2001, Cuba aportó el mayor número de casos de dengue y dengue hemorrágico de la subregión (11,432), debido a un brote epidémico, seguido de Puerto Rico (5.233) y la República Dominicana (3.592). Sin embargo, el mayor número de casos de dengue hemorrágico en el período 2001–2005 se presentó en la República Dominicana, donde se notificaron 552 casos (cuadro 13) y 120 defunciones, lo que representa una tasa de letalidad de 21,7%, una de las más elevadas de toda la Región. En cuanto a los serotipos, en Puerto Rico circularon los cuatro y en la República Dominicana se informó la presencia de DEN-2 y 4 (104).

**Caribe no latino.** De los países y territorios de esta subregión, Martinica, Trinidad y Tabago y la Guayana Francesa son los que registraron el mayor número de casos de dengue y dengue hemorrágico en el período 2001–2005. En 2005, Martinica notificó 6.083 casos, seguido de la Guayana Francesa con 4.365 casos, Guadalupe con 3.364 y Suriname con 2.853 casos. En Barbados circularon los cuatro serotipos simultáneamente en 2001, al igual que en Guyana en 2005, aunque en el período 2001–2005 predominaron en este grupo de países los serotipos DEN-2 y 3 (104). En 2001, Halstead y colaboradores concluyeron que en Haití sí existe transmisión hiperendémica del virus de dengue hemorrágico, a pesar de la ausencia de la enfermedad (105); sin embargo, no se cuenta con informes oficiales del número de casos de dengue en este país.

### **Estrategias de prevención y control del dengue**

Las campañas de erradicación del *Aedes aegypti* fueron muy exitosas en la década de 1950 y 1960 y, como consecuencia, en 1972 se había logrado la erradicación del vector en 21 países de las Américas. Sin embargo, la falta de sostenibilidad, y en algunos casos el abandono de los programas, trajo como resultado la reinfestación y se perdió el esfuerzo realizado en los años anteriores (106). Esta situación, aunada a macrofactores de carácter ambiental, económico, político y social, influyó en la reemergencia del vector. En vista de esa situación, se diseñó una nueva generación de programas de prevención y control del dengue, que actualmente es el pilar de la estrategia regional (107).

El Programa Regional de Dengue de la OPS busca enfocar las políticas de salud pública hacia una integración multisectorial e interdisciplinaria que permita elaborar, poner en práctica y consolidar la Estrategia de Gestión Integrada (EGI) a nivel subregional y nacional. Su objetivo es promover la integración funcional de las acciones de seis componentes clave: comunicación social, entomología, epidemiología, laboratorio, atención al paciente y ambiente. A la fecha, se ha establecido una EGI subregional en Centroamérica, y se está impulsando la elaboración de la EGI para el conjunto de países del MERCOSUR. También están en marcha 11 EGI nacionales (Brasil, Colombia, Costa Rica, El

Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Venezuela) y se realizan visitas de promoción para la elaboración de estas estrategias en los demás países de la Región. La estrategia incluye la aplicación del método COMBI (Comunicación para Impactar Conducta en Dengue), el cual sustituye la estrategia de difusión de información utilizada durante los últimos 15 años por los programas (108–110). Este método ofrece un enfoque dinámico de las prácticas y el comportamiento del individuo y de la comunidad, de modo que ambos se apropien de las medidas de prevención y control; se han realizado actividades de capacitación en el método COMBI en más de 22 países de la Región.

El componente de laboratorio es fundamental para que los países puedan hacer el diagnóstico del dengue. Con este objeto se ha mejorado la capacidad técnica de los laboratorios y se busca establecer y mejorar el programa de proficiencia de los laboratorios de la Región, que cuenta con el apoyo directo de los centros colaboradores OMS/OPS en dengue. En el ámbito regional, se está proponiendo un plan interprogramático para el manejo integrado de vectores, a fin de aplicar estrategias costo-eficaces al control del vector del dengue y de otras enfermedades en las Américas (111,112).

En cuanto a la vigilancia epidemiológica, el Programa Regional de Dengue ha impulsado la notificación de estadísticas sobre el dengue mediante su DENGUE-NET (113). La Red Internacional de Ecoclubes también se incluye entre las alianzas estratégicas para la prevención del dengue, con actividades de prevención y control a nivel comunitario (114).

### **Investigación y desarrollo en dengue: retos pendientes**

La complejidad de la dinámica de la transmisión del dengue ha motivado a estudiar los múltiples factores relacionados con la circulación y persistencia del virus (115). Diferentes organizaciones e iniciativas internacionales, tales como el Programa Especial de Investigaciones y Capacitación sobre Enfermedades Tropicales, la Iniciativa para la Investigación de la Vacuna Pediátrica (116), la OMS y sus oficinas regionales, el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá y el Programa de Investigaciones de la Unión Europea, están impulsando trabajos de investigación (117–119). Actualmente, el mayor financiamiento se centra en la investigación para el descubrimiento de vacunas de segunda generación y la búsqueda de enfoques nuevos, o el mejoramiento de los existentes, para el control de vectores (118,119).

### **Enfermedad de Chagas**

La enfermedad de Chagas es una zoonosis propia de las Américas, endémica en 21 países, de transmisión vectorial y de evolución crónica, producida por el protozoario *Trypanosoma cruzi*. Esta parasitosis es consecuente a condiciones socioeconómicas deficitarias de amplios sectores de la población de América Latina, fundamentalmente la que reside en áreas rurales (120). La

enfermedad de Chagas es una infección parasitaria sistémica y crónica, con un importante componente autoinmune, en la que de 20% a 30% de los infectados desarrollan formas graves de cardiopatía o megaformaciones digestivas (megacolon o megaesófago) (121).

La OMS ha estimado que en las Américas habría actualmente 18 millones de infecciones humanas, de las cuales alrededor de 5,4 millones evolucionarán a cardiopatías graves y 900.000 a megaformaciones digestivas. Asimismo, se estima una incidencia anual de 200.000 casos y 21.000 muertes anuales directamente vinculadas a esta parasitosis. Alrededor de 40 millones de personas estarían en riesgo de contraer la infección en América Latina (122).

En 1993, el Banco Mundial calculó la pérdida anual debida a la enfermedad de Chagas en 2,74 millones de AVAD, lo que representa un costo económico para los países endémicos de América Latina equivalente a más de US\$ 6.500 millones al año (123).

En un estudio de costo-efectividad del Programa de Control de la Enfermedad de Chagas en el Brasil, realizado en 2000 (124), se concluyó que en el período 1975–1995 se habían invertido US\$ 516,68 millones en actividades de control y prevención, y que durante ese período hubo 387.000 muertes por esta enfermedad, equivalente a 17.000 defunciones anuales. De 1975 a 1995, se previnieron 50% de las transmisiones potenciales por vía vectorial, lo que representa 277.000 nuevas infecciones y 85.000 defunciones. Asimismo, se ganaron 1,62 millones de AVAD, por la prevención de 45% de las muertes y 59% de las incapacidades. En el caso de la transmisión por transfusión, se previnieron 5.470 nuevas infecciones y 200 muertes, y se ganaron 17.900 AVAD al prevenir 8% de las muertes potenciales y 92% de las incapacidades.

El costo anual estimado de la atención a personas con la enfermedad de Chagas en Chile sería de US\$ 19,78 millones y en Uruguay, de US\$ 6,10 millones. No obstante, los programas de control de Chagas de ambos países —con inversiones operativas anuales de US\$ 2,02 millones y US\$ 133.000, respectivamente—, lograron interrumpir la transmisión en todo su territorio en 1999 en Chile y en 1997 en Uruguay (125).

Las acciones para prevenir y controlar la enfermedad consisten en: a) control integrado antivectorial de triatomíneos vectores en el ámbito domiciliario, con el objetivo de eliminar los vectores alóctonos y controlar las especies autóctonas; b) control de los donantes en bancos de sangre mediante tamizaje serológico integrado a una estrategia de sangre segura; c) control serológico de las embarazadas por medio de tamizaje, para detectar infecciones maternas transmisibles al feto por vía transplacentaria, y d) diagnóstico, manejo y tratamiento de las personas infectadas.

En la Región, operan en la actualidad múltiples programas nacionales de control de la enfermedad de Chagas, con historias diferentes y diversos grados de éxito de las acciones de prevención y control. Estos programas funcionan en el marco de iniciativas subregionales internacionales, así como acciones de cooperación

técnica horizontal. Como complemento de estas iniciativas, se destaca la coordinación entre la OPS y la OMS mediante el Programa de Control de Enfermedades Tropicales Desatendidas, lo que permite un alcance global de la cooperación técnica.

La **Iniciativa del Cono Sur para Eliminar la Enfermedad de Chagas** está integrada por Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. A continuación se resumen algunos de sus logros:

- 1997—En el Uruguay se interrumpió la transmisión vectorial y transfusional de *Trypanosoma cruzi*.
- 1999—En Chile se interrumpió la transmisión vectorial de *T. cruzi*.
- 2000—En el Brasil se interrumpió la transmisión vectorial de *T. cruzi* por *Triatoma infestans* en la mayor parte de su zona endémica.
- 2001—En la Argentina se interrumpió la transmisión vectorial de *T. cruzi* en cuatro provincias endémicas (Jujuy, Neuquén, Río Negro y La Pampa).
- 2002—En el Paraguay se interrumpió la transmisión de *T. cruzi* en el departamento de Amambay y se mantiene la cobertura de las acciones de control en buena parte de su área endémica.
- 2002—En Bolivia, con apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo, la OPS y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, se estableció un programa de control de la enfermedad de Chagas.
- 2004—En Río Grande do Sul (Brasil) y Entre Ríos (Argentina) se realizaron evaluaciones de situación, donde se constató la interrupción de la transmisión de *T. cruzi*.
- 2006—En el Brasil se validó la interrupción de la transmisión vectorial en 711 municipios brasileños distribuidos en 13 estados que comprenden el total del área de dispersión de *T. infestans* de la nación, con lo que se completó la interrupción en todo el país.

La **Iniciativa de los Países de Centro América para la Interrupción de la Transmisión Vectorial y Transfusional de la Enfermedad de Chagas** está integrada por Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. Sus objetivos son la interrupción de la transmisión vectorial y la eliminación de la transmisión transfusional de *T. cruzi*; entre los logros alcanzados que se destacan están la ampliación de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de las acciones antivectoriales y en los bancos de sangre; también se ha logrado interrumpir la transmisión en algunas áreas. Además, el número de sitios infestados con *Rhodnius prolixus* se ha reducido y este se ha eliminado casi completamente en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua; las infestaciones domésticas por *Triatominae dimidiata* han disminuido 60% en toda la subregión. La alianza estratégica con la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional y la Agencia Canadiense de Desarrollo ha sido decisiva en esta subregión.



La **Iniciativa Andina de Control de la Transmisión Vectorial y Transfusional de la Enfermedad de Chagas** está integrada por Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Considerando la diversidad ecológica, epidemiológica y de transmisión vectorial de esta subregión, se ha postulado adoptar acciones de control con base en un enfoque de riesgo. A ese efecto, y para determinar la estrategia básica de control, se realizó un taller específico sobre el tema en Guayaquil, en junio de 2004. En el caso del Perú, el país se ha integrado en una alianza de cooperación técnica con la Agencia Canadiense de Desarrollo. Los programas nacionales de control de los países han ampliado su cobertura.

La **Iniciativa Intergubernamental de Vigilancia y Prevención de la Enfermedad de Chagas en la Amazonía** está integrada por Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Guyana, Perú, Suriname y Venezuela. Esta iniciativa busca que se incorporen las actividades de salud ya existentes y se desarrolle un sistema de vigilancia de la enfermedad de Chagas integrado a otros que ya están operando, por medio del marco de los proyectos u organismos de integración subregional. La iniciativa surgió a partir de la Reunión Internacional sobre Vigilancia y Prevención de Enfermedad de Chagas en la Amazonía realizada en Manaus, Brasil, en septiembre de 2004, donde estos nueve países reconocieron que la tripanosomiasis americana era una afección con una epidemiología emergente para la subregión y recomendaron crear un sistema de vigilancia sensible, sustentable, adecuado, eficaz, eficiente y con capacidad diagnóstica frente a nuevas situaciones (126). Brasil y Ecuador están estableciendo un sistema de vigilancia en sus regiones amazónicas que está vinculado con el sistema de vigilancia de la malaria. Todos los países en la subregión han organizado actividades de atención de salud para la enfermedad de Chagas.

En **México**, dado su tamaño y particularidades epidemiológicas, la enfermedad de Chagas se encara como una iniciativa nacional. Aún así, a partir de 2002 se creó un espacio común de deliberación con la Iniciativa de los Países de Centro América para la Interrupción de la Transmisión Vectorial y Transfusional de la Enfermedad de Chagas, sobre el control y eliminación de *Rhodnius prolixus*, lo que fortalece la estructuración de acciones de control. Durante el Taller Nacional de Control de Chagas realizado en Huatulco, Oaxaca, en septiembre de 2003, México declaró como prioridad el control de esta enfermedad. El país ha fortalecido las estrategias de control de vectores, el tamizaje en los bancos de sangre y la atención de las personas que han contraído la enfermedad de Chagas.

Cabe mencionar que la cobertura ha aumentado y la calidad del tamizaje de la sangre para *T. cruzi* ha mejorado en todos los países endémicos. Además, los esfuerzos para coordinar y estandarizar el tratamiento de la enfermedad de Chagas se han incrementado en todas las subregiones.

En la actualidad —y como consecuencia de la evolución socioeconómica de la Región, sus subregiones y países, y de las actividades de control y vigilancia—, la tendencia epidemiológica

de la enfermedad de Chagas marca algunos hechos y retos que vale la pena destacar (127):

- Ha mejorado el control de la enfermedad de Chagas en la Región, de forma general y con un enfoque diferente.
- Hay amplias áreas de interrupción de la transmisión vectorial, como resultado de las acciones de control, que coexisten con otras zonas donde la transmisión permanece activa y la morbilidad y mortalidad por la enfermedad de Chagas es importante.
- Se registra un fenómeno de urbanización de la enfermedad en relación con la transmisión vectorial, transfusional y congénita, consecuentes a la migración del campo a la ciudad.
- Ha aumentado aún más la incidencia y prevalencia de la enfermedad entre grupos sociales y étnicos desfavorecidos.
- Han surgido o se han dado a conocer otros escenarios ecoepidemiológicos endémicos para Chagas, como la Subregión Amazónica.
- Hay nuevas modalidades de transmisión o hasta ahora no reconocidas que cobran auge o visibilidad, como la transmisión por vía digestiva y los trasplantes.
- Es necesario mejorar la cobertura y calidad de la atención médica, en particular el tratamiento de personas infectadas y enfermas (128).
- La migración hacia países no endémicos de las Américas o fuera de la Región genera necesidades de diagnóstico, atención y tratamiento en los puntos de destino.
- Se necesita reorganizar las acciones de prevención, vigilancia, control y atención de la enfermedad de Chagas, acorde con la nueva realidad epidemiológica.

## ZOONOSIS

El enlace entre salud animal y humana es muy importante para la salud pública, ya que 61% de todas las especies de organismos patógenos para el hombre son de carácter zoonótico, así como 75% de los emergentes (129).

Las acciones de cooperación técnica entre los países de las Américas para combatir estas enfermedades persiguen los siguientes objetivos: finalizar la agenda inconclusa, como en el caso de la peste; mantener los logros alcanzados, por ejemplo en la lucha contra la rabia humana transmitida por perros, y enfrentar los nuevos desafíos, como el planteado por la leishmaniasis. Para varias enfermedades zoonóticas existen programas de prevención y control en los ministerios de salud de los países de la Región, que tienen el apoyo constante de la OPS. Sin embargo, hay varias zoonosis que representan riesgos graves para la salud pública y que por muchos años han permanecido desatendidas y sin políticas definidas para su control.

La OPS/OMS coordina sistemas de notificación regional, con información periódica de los ministerios de salud, de casos de

rabia en humanos y animales (130) y casos humanos de peste (131). La información de casos humanos y animales de otras zoonosis proviene también de los ministerios de salud y de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) (132).

### Rabia

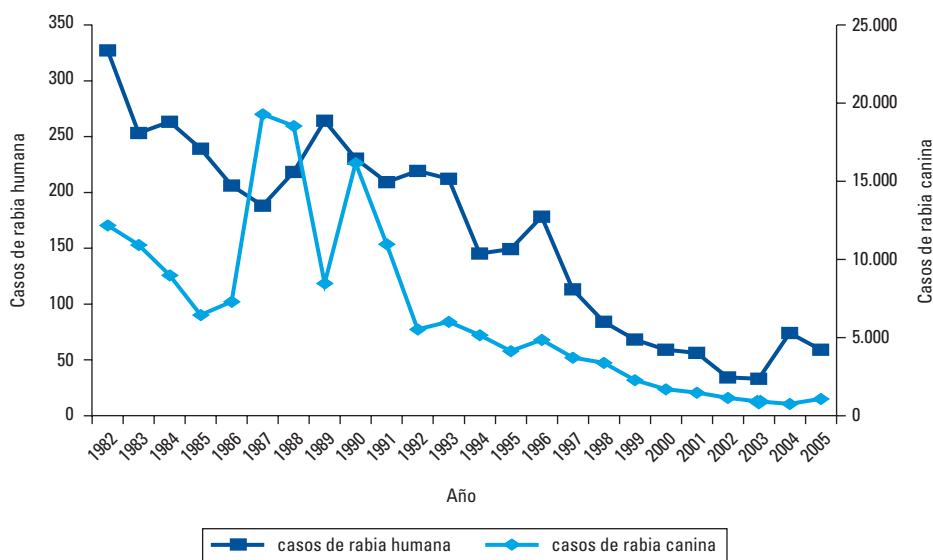
Entre 2001 y 2005 continuó la tendencia decreciente del número de casos de rabia humana transmitida por perros y del número de casos de rabia canina. Este descenso es resultado del esfuerzo de los países para mejorar la vigilancia epidemiológica, las campañas masivas de vacunación canina y el tratamiento a las personas. Así, al analizar la tendencia de la rabia en la Región durante el período 1982–2005, se observa una reducción de los casos humanos de 332 a 64 (81%). Una tendencia similar se observa en los casos de rabia canina, que disminuyeron de 12.524 a 1.427 (89%), en el mismo período (figura 16). En 2005, se notificaron 11 casos humanos de rabia transmitida por perros en las Américas (130).

Según un estudio realizado por la OPS (133), la mayor concentración de casos de rabia en humanos entre 2001 y 2003 se encontraba en los grupos de población de bajos ingresos localizados en la periferia de grandes ciudades, como Puerto Príncipe en Haití, San Salvador en El Salvador y algunos municipios de Brasil. En estos lugares normalmente existe una mayor concentración de perros callejeros, que no son incluidos en las campañas de vacunación. Asimismo, las condiciones de vida y de trabajo de sus habitantes dificultan el acceso al tratamiento en casos de mordedura. En 2004 la situación epidemiológica de la rabia canina empeoró considerablemente en Bolivia, con brotes en La

Paz, Cochabamba y Santa Cruz de la Sierra; en este mismo año fue preocupante también la situación en el estado de Zulia en Venezuela.

La vigilancia epidemiológica es fundamental para la situación actual de la rabia en la Región. En el período 2001–2003, se analizó la frecuencia de casos de rabia canina en relación con las acciones de vigilancia epidemiológica, por unidades de segundo nivel político-administrativo (estados, departamentos, provincias). Este análisis permitió clasificar cinco áreas epidemiológicas diferentes en la región: 1) zonas sin casos caninos desde hace más de 10 años; 2) zonas sin casos caninos en los últimos tres años, que cuentan con una vigilancia epidemiológica adecuada (igual o mayor que 0,1% de muestras anuales de la población canina estimada); 3) áreas sin casos en los últimos tres años, pero con una vigilancia epidemiológica regular (entre 0,09% y 0,01% de muestras anuales); 4) zonas sin casos en los últimos tres años y sin vigilancia epidemiológica (área silenciosa, por debajo de 0,01% de muestras enviadas); y 5) áreas con circulación del virus variantes 1 y 2 en la población canina (134). También con base en el estudio citado arriba (134), las zonas libres de rabia canina desde hace más de 10 años son Costa Rica y Panamá en América Central; gran parte del Cono Sur: Argentina (excepto la parte que tiene frontera con Bolivia), todo el sur del Brasil, incluidos los estados de São Paulo y Rio de Janeiro, Chile, algunos departamentos del Perú y el Uruguay. En el otro extremo se observa un área con circulación activa de virus rábico en la especie canina focalizada en zonas geográficas delimitadas, como gran parte de Bolivia, el norte y nordeste de Brasil, áreas de El Salvador y Guatemala, el estado de Zulia en Venezuela, y la zona fronteriza entre Argentina y Bolivia, Bolivia y Perú, y Guatemala y México.

FIGURA 16. Casos de rabia humana y canina en las Américas, 1982–2005.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Sistema Regional de Vacunas, 2006.

Los avances registrados en el control de rabia canina se deben, fundamentalmente, a una estrategia de acción sustentada en campañas masivas de vacunación antirrábica canina y en el tratamiento profiláctico oportuno de personas expuestas (135). En América Latina se vacuna cada año a alrededor de 44 millones de perros y se atiende aproximadamente a un millón de personas en riesgo de contraer la enfermedad, de las cuales 25% reciben tratamiento postexposición. Existe un puesto de salud con tratamiento antirrábico por cada 34 mil personas en América Latina (133). Para efectos de detección y vigilancia, más de 100 laboratorios nacionales y regionales integran la red para el diagnóstico de la rabia, los cuales procesan anualmente cerca de 74.000 muestras caninas (133).

Hasta 2003, el perro era el principal transmisor de rabia en las Américas. En 2004, los casos de rabia humana transmitida por murciélagos hematófagos (vampiros) sobrepasó por primera vez el número de casos de rabia humana por mordedura de perro (136). En 2005 se notificaron 51 casos de rabia humana transmitida por murciélagos hematófagos, los cuales se presentaron en la región amazónica de Brasil, Colombia y Perú, donde muchas personas fueron agredidas en áreas con difícil acceso a los servicios de salud. Al revisar algunas situaciones anteriores similares pero de menor magnitud, se observó que la mayoría de los brotes analizados estaban relacionados con cambios ecológicos o con áreas donde se realizan ciertas actividades económicas, tales como extracción de oro, desmonte, retirada de animales y otras (137).

### Peste

La peste es una enfermedad milenaria que causó millones de muertes en el pasado, principalmente en tres grandes pandemias ocurridas en los años 542, 1346 y 1894 (138). Aunque en la actualidad el número de casos registrados no es muy alto, la enfermedad es un reflejo de importantes brechas en salud en muchos países del mundo. La Organización Mundial de la Salud notifica anualmente 2.000 casos de peste en todo el mundo y en las Américas solo cinco países registran casos: Bolivia, Brasil, Ecuador, Estados Unidos y Perú. Los demás países de la Región son considerados libres de la enfermedad. En los países en donde la enfermedad es prevalente existen programas regulares de control coordinados por los gobiernos respectivos. Luego de la última situación epidémica registrada en el Área Andina en 1994, cuando se notificaron 1.128 casos posibles, el número de casos se redujo drásticamente. En el período 2001–2005 hubo un promedio de 12 casos anuales notificados a la OPS por los países con áreas endémicas (131). El mayor número de casos en este período fue informado por Perú en 2005, año en que hubo 16 casos de peste humana. En América Latina la enfermedad suele afectar a poblaciones que viven en áreas rurales remotas en condiciones de extrema pobreza, sin fácil acceso a los servicios de salud, carentes de obras de infraestructura básica y en viviendas vulnerables al medio ambiente y a factores de riesgo epidemiológico. En estos países el agente (*Yersinia pestis*) se sos-

tiene en poblaciones de roedores silvestres, los cuales pueden transmitir la enfermedad a través de sus pulgas (*Xenopsylla cheopis*) a las ratas domésticas (*Rattus norvegicus* y *Rattus rattus*), que se alimentan de las cosechas agrícolas almacenadas en el interior de las viviendas por los campesinos. En los países andinos, el cuy doméstico (*Cavia porcellus*) forma parte de la cadena de presentación de la enfermedad, dada la costumbre de criar estos animales dentro de las casas. La circulación de *Y. pestis* en animales silvestres es el mayor problema para la eliminación de la enfermedad.

En las áreas endémicas, los países mantienen programas de vigilancia activa en animales silvestres y domésticos (perro) y realizan acciones continuas de control de roedores domésticos y de pulgas. Se reconoce, sin embargo, que el abordaje y solución integral a este problema de salud debería incluir políticas de reducción de la pobreza, inscritas en los compromisos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como la participación activa de los gobiernos locales y la acción conjunta de los sectores de salud, agricultura y vivienda, sumadas a la activa organización y participación de la comunidad.

### Leishmaniasis visceral

En América Latina, la leishmaniasis visceral (LV) es endémica y se han detectado factores de riesgo en áreas de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Venezuela. La mayoría de los casos de la Región fueron notificados por Brasil, con un promedio anual de 3.000 casos (139). Brasil tiene un programa y sistema de vigilancia epidemiológica para esta enfermedad desde la década de 1980, pero esto no ocurre en todos los países.

La enfermedad era característicamente rural hasta años recientes, cuando se comenzó a notificar en áreas urbanas de grandes ciudades de la Región. Posiblemente estos cambios estén asociados a problemas socioeconómicos que aumentan la migración de las áreas rurales a las urbanas, y a cambios en el medio ambiente que favorecen la multiplicación del agente y del vector.

Los animales, particularmente los perros, son el principal reservorio (el hombre no es reservorio de LV, a menos que se asocie con otros problemas de salud), por lo que la transmisión es fundamentalmente zoonótica. Las personas infectadas simultáneamente por los agentes de la leishmaniasis y del sida pueden presentar cargas altas de leishmanias en la sangre y convertirse en reservorios. Esto conlleva dificultades específicas para el diagnóstico y tratamiento de pacientes coinfectados y el riesgo de que surjan brotes de origen antroponótico.

La identificación y mitigación de los factores de riesgo de la leishmaniasis son vitales para minimizar su impacto en la salud pública. Para ello se requiere de una coordinación multidisciplinaria eficiente para el control de vectores; la disminución de la infección en las poblaciones animales que actúan como reservorios y el diagnóstico y tratamiento eficaz y oportuno de las personas infectadas.

### Equinococosis/Hidatidosis

La equinococosis quística representa un importante problema económico y de salud pública en aquellas regiones del mundo con una economía básicamente ganadera. América del Sur es considerada una de las zonas del mundo más afectadas por la enfermedad, aunque no existen estadísticas consolidadas de incidencia, debido a las diferencias metodológicas de la colección de datos (140). En la región de las Américas se encuentran presentes tres especies del género *Echinococcus*: *E. granulosus*, *E. oligarthus* y *E. vogeli*, pero la primera reviste mayor importancia porque es la única prevalente en el hombre y los animales; además, tiene un impacto socioeconómico y productivo a escala de problema de salud pública, que se perpetúa principalmente mediante ciclos perro-ovino en aquellas zonas donde la enfermedad es endémica, aunque también pueden intervenir otros rumiantes y cerdos (138). Las especies *E. vogeli* y *E. oligarthus*, causantes de la hidatidosis poliquistica, se encuentran principalmente en América Central y el norte de América del Sur (Brasil, Colombia, Ecuador, Venezuela) y se mantienen principalmente mediante ciclos en los que intervienen hospederos silvestres. La especie *E. multilocularis* es causante de la equinococosis alveolar que se presenta principalmente en las zonas árticas de América del Norte. Las regiones más afectadas de América del Sur son Argentina (las provincias de Río Negro, Chubut, Tierra del Fuego, Corrientes y Buenos Aires); Brasil (el estado Río Grande do Sul); Chile (principalmente las regiones VII, X, XI, XII); Uruguay y las regiones montañosas de Perú y Bolivia (140).

En la actualidad, existe una iniciativa internacional de cooperación entre países para el control y la vigilancia de esta infección, cuya secretaría técnica está constituida por la OPS y la FAO. El Proyecto Subregional Cono Sur de Control y Vigilancia de la Hidatidosis (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay) ha coordinado desde 2004 diversas acciones entre los programas nacionales de control de cada país miembro (140).

### Brucelosis

La brucelosis bovina por *Brucella abortus* fue eliminada en 1989 de Canadá, en 1994 de Jamaica (4) y desde 2003 se considera limitada en los Estados Unidos (141). En Latinoamérica se presenta en la mayoría de los países. La brucelosis transmitida al hombre por especies de ganado menor también es un grave problema para la salud pública en varios países. Según informes a la OIE, la brucelosis caprina y ovina no es un problema en Brasil desde 2001, en Chile desde 1975, en Panamá desde 2001, y en los Estados Unidos desde 1999. Hasta 2004 se registraron casos en cabras y ovejas en áreas limitadas de Argentina, México y Perú (132). Con respecto a la brucelosis porcina, presumiblemente causada por *B. suis*, hasta 2004 nunca había habido casos en Barbados, Belice, Canadá, Costa Rica, Guatemala, Haití, Islas Malvinas, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, San Vicente y las Granadinas, y Trinidad y Tabago. El último caso se presentó en el Brasil en 2003, en Chile en 1987, y en Panamá en 2001. La enfermedad

aún se observa en Argentina, Cuba, México (limitada a ciertas regiones), Nicaragua, Uruguay y Venezuela (limitada a ciertas regiones) (132).

La notificación de casos humanos de brucelosis no se encuentra suficientemente sistematizada y se calcula que el número de casos no diagnosticados o no notificados debe ser considerable en la mayoría de los países (142).

### Tuberculosis bovina

La tuberculosis bovina está siendo eliminada de Canadá y los Estados Unidos, donde las áreas no certificadas como libres se encuentran confinadas. Según los informes de los países a la OIE, hasta 2004 la enfermedad no se había registrado en Barbados desde 1978, en Belice desde 1991, en Jamaica desde 1989, y en Trinidad y Tabago desde 2001. Se han registrado casos de la enfermedad en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Guatemala, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Se registra como limitada a ciertas zonas en Bolivia, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Perú (132). Los planes de control de la tuberculosis bovina en Latinoamérica están basados en la segregación de los animales positivos a la prueba de tuberculina. Igual que en el caso de la brucelosis bovina, es beneficiosa la participación de los veterinarios privados acreditados por los servicios veterinarios y apoyados por el sector privado, fundamentalmente en la industria láctea. Se considera imprescindible contar con sistemas que permitan segregar efectivamente a los animales positivos a las pruebas de tuberculina.

La inspección de mataderos es la principal actividad de vigilancia de la tuberculosis bovina realizada por los servicios veterinarios en Latinoamérica (143). La transmisión entérica del *Mycobacterium bovis* al hombre se produce fundamentalmente por el consumo de leche cruda de vacas tuberculosas. La pasteurización obligatoria de la leche ha sido la principal medida preventiva desde la década de 1950; sin embargo, el riesgo de tuberculosis por *M. bovis* persiste aún en países industrializados, pues en ciertas zonas rurales se consume leche cruda. Por lo tanto, se considera que la eliminación de la tuberculosis bovina es una condición necesaria para eliminar la tuberculosis humana por *M. bovis* de forma sostenible (143).

### VIH/SIDA Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

El período 2001–2005 estuvo marcado por varias fuerzas positivas a nivel mundial y regional,<sup>10</sup> que tendrán una repercusión directa en la vida de la población si se mantienen y amplían. Los aumentos sustanciales de cada año en el financiamiento para

<sup>10</sup>Los Objetivos de Desarrollo del Milenio; la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/sida y el Compromiso en el Acceso Universal de UNGASS, en junio de 2001; la Iniciativa “3 por 5” de OMS/ONUSIDA en diciembre de 2003; la Cumbre de las Américas; y el Plan Regional de VIH/ITS para el Sector de la Salud 2006–2015 de la OPS/OMS.

apoyar los esfuerzos regionales y nacionales, junto con el mayor compromiso del gobierno, la sociedad civil, el sector privado y la comunidad de desarrollo internacional, pueden cambiar el curso de las epidemias de VIH/sida e infecciones de transmisión sexual (ITS) en las Américas. Este período vio una renovación de la respuesta del sector salud: a nivel mundial con el lanzamiento de la Iniciativa “3 por 5” de la OMS y el ONUSIDA; a nivel regional con el lanzamiento del Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006–2015 de la OPS, y a nivel de país con el aumento de los servicios de salud, en particular del tratamiento. Los retos para el sector salud son fortalecer su capacidad para la ejecución de las intervenciones de salud pública, lograr mayor repercusión al reducir significativamente el número de nuevas infecciones por VIH, así como proporcionar atención y apoyo a los que viven con VIH. La búsqueda del acceso universal a la prevención, la atención y el tratamiento será el foco de las intervenciones del sector salud en el próximo decenio.

### Panorama epidemiológico de la infección por VIH/sida e ITS

Según estimaciones de la OMS y el ONUSIDA, a fines de 2005 había aproximadamente 3.230.000 personas con VIH en las Américas (144), de las cuales 60% (1.940.000 millones) estaban en América Latina y el Caribe. La epidemia se está extendiendo; durante 2005 hubo al menos 220.000 nuevos casos de infección por el virus y hasta diciembre del mismo año se había notificado un número acumulativo de 1.540.414 casos de sida, de los cuales 30.690 (2%) correspondían a menores de 15 años de edad. Se estima que estas cifras distan mucho de la realidad, debido al bajo registro y a la demora en la notificación. La epidemia en América Latina y el Caribe es diversa y coexisten todos los modos de transmisión. Dentro de esta región, el Caribe es el más afectado, ya que ocupa el segundo lugar entre las 10 regiones del mundo con mayor prevalencia de la infección por el VIH, con tasas en adultos de 2%–3%. La epidemia en el Caribe es generalizada, mientras en la mayoría de América Latina y América del Norte es concentrada.<sup>11</sup>

La OPS/OMS y el ONUSIDA han informado (145) que los cuatro grupos que con mayor frecuencia tienen tasas de prevalencia mayores de 5% en una epidemia concentrada son los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), los trabajadores del sexo, los usuarios de drogas inyectables y las trabajadoras del sexo (cuadro 15). Encuestas recientes han mostrado tasas de pre-

<sup>11</sup>El ONUSIDA y la OMS clasificaron recientemente las epidemias de infección por el VIH en tres categorías: incipiente, concentrada y generalizada. En la primera, la prevalencia de infección por el VIH no ha excedido 5% en cualquier subpoblación definida, aunque puede haber existido durante muchos años. En una epidemia concentrada, el VIH se ha propagado sustancialmente y la prevalencia de la infección es sistemáticamente 5% en al menos una subpoblación definida, aunque está por debajo de 1% en las embarazadas en las zonas urbanas, pero no está bien establecido en la población general. En una epidemia generalizada, el VIH está firmemente establecido en la población general y la prevalencia es sistemáticamente 1% en las embarazadas.

**CUADRO 15. Prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y trabajadoras del sexo, según varias encuestas, países de América Central y el Área Andina.**

	Número de encuestados	Porcentaje con VIH
<b>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</b>		
El Salvador (2002)	356	17,7%
Guatemala (2002)	165	11,5%
Honduras (2001)	349	13%
Capital política (Tegucigalpa)	171	8,2%
Capital económica (San Pedro Sula)	178	16,0%
Nicaragua (2002)	199	9,3%
Panamá (2002)	432	10,6%
Bolivia (La Paz, 1999–2001)	48	14,6%
Santa Cruz (2001–2002)	186	23,7%
Otras 3 ciudades (2002)	52	15,4%
Colombia (Bogotá, 2002)	660	19,7%
Ecuador (Quito, 1999–2001)	263	14,4%
Guayaquil (1999–2001)	227	27,8%
Otras 4 ciudades portuarias (2001–2002)	142	2,8%
Perú (Lima, 1999–2000)	7.041	13,7%
Provincias (rural, 1999–2000)	4	6,1%
<b>Trabajadoras del sexo</b>		
El Salvador (2002)	491	3,6%
Guatemala (2002)	536	4,5%
Honduras (2001)	535	n/a
Capitales (2001)	369	10,9%
Puertos (Puerto Cortés, San Lorenzo (2001)	163	8,2%
Nicaragua (2002)	463	n/a
Capital (Managua, 2002)	324	0,0%
Puertos (Corinto, Bluefields, 2002)	139	1,4%
Panamá (2002)	432	n/a
Capital (Panamá, 2002)	291	1,9%
Colón (2002)	141	2,1%
Bolivia (Santa Cruz, 2001)	195	0,5%
3 ciudades en la frontera con Argentina (2002)	77	0%
Colombia (Bogotá, 2001–2002)	514	0,8%
Ecuador (Quito, 2001–2002)	200	0,5%
Guayaquil (2001–2002)	1.047	2,1%
Perú (Lima, 1999–2000)	3.347	1,6%
Provincias (rural, 1999–2000)	4.930	0,6%
Venezuela (Isla Margarita, 2002)	652	0,0%

**Fuentes:** Montano, SM et al (2005). Prevalences, Genotypes, and Risk Factors for HIV Transmission in South America. Journal of Acquired Deficiency Syndrome. Vol 1. No. September 2005.

Central American Multi-site HIV/STI Prevalence and Behaviour Study (results published in 2003 and available, by country, at: [http://pasca.org/english/estudio\\_informes\\_eng.htm](http://pasca.org/english/estudio_informes_eng.htm)).

valencia de la infección por el VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres tan altas como 17,7% en El Salvador y 15% en México, aunque también son elevadas en el Área Andina (por ejemplo, en Lima, Perú, fue 21% en 2002). En Puerto Rico, 50% de todas las infecciones por el VIH estaban asociadas

con el uso de drogas inyectables en 2003. En Argentina, la tasa de prevalencia de la infección por el VIH entre los usuarios de drogas inyectables fue 7,8%, comparada con 0,3% entre las embarazadas en 2003. Un estudio multicéntrico reciente realizado en Centroamérica mostró que la prevalencia de la infección por el VIH entre las trabajadoras del sexo variaba de menos de 1% en Nicaragua a más de 10% en Honduras. En la República Dominicana, las tasas de prevalencia del VIH en las trabajadoras del sexo variaron entre 4,5% y 12,4% en 2000; en Jamaica, la prevalencia en este mismo grupo fue 10% en Kingston y 20% en Bahía Montego, en 2001. En Suriname, 21% de las trabajadoras del sexo estaban infectadas por el VIH en 2003, mientras en el país vecino, Guyana, la tasa de prevalencia en el mismo grupo fue 31% en 2000.

Otros grupos con altas tasas de prevalencia de infección por el VIH son los prisioneros, los trabajadores migratorios, los miembros de las fuerzas armadas, los camioneros y otros trabajadores de transporte, y los mineros y otros trabajadores en entornos aislados (145). La prevalencia de la infección por el VIH entre los prisioneros es muy alta en toda la Región. En el Caribe, una serie de encuestas realizadas en 2004–2005 mostraron que las tasas de prevalencia entre los prisioneros variaban entre 2% y 4%, mientras que en la Argentina y la República Dominicana eran 19% y 18,4%, respectivamente. De manera similar, la tasa de infección por el VIH en los trabajadores migratorios mexicanos que viajan a los Estados Unidos es 10 veces mayor que la tasa nacional en México. La seroprevalencia de VIH entre los trabajadores migrantes en Guyana fue 6% en 2001 (146).

Aunque una proporción importante de países todavía muestra epidemias concentradas, en la mayoría de los países de la Región, con pocas excepciones, la tendencia es al cambio hacia epidemias generalizadas (144). En 2005, 30% de los adultos con VIH en las Américas fueron mujeres, desde 25% en América del Norte hasta 31% y 51% en América Latina y el Caribe, respectivamente (144). La razón hombre:mujer en los casos notificados de sida está descendiendo rápidamente en la Región. A nivel regional, de todos los casos notificados de adultos (en los que se especifica el género), la proporción de mujeres ha aumentado de 6,1% antes de 1994 a 15,8% en 1999 y 16,5% en 2002. La razón hombre:mujer en el Brasil descendió de 24:1 en 1985 a 1,5:1 en 2004; en la Argentina, de 15:1 en 1985 a 2,5:1 en 2004; y en Trinidad y Tabago, de 6,25:1 en 1985 a 1,5:1 en 2002 (146). Los jóvenes están cada vez más afectados por la epidemia. El ONUSIDA calculó que en América Latina y el Caribe, el número de niños menores de 15 años con VIH aumentó de 130.000 en 2003 a 140.000 en 2005. Con respecto a la infección por el VIH en la población indígena, existen limitados datos recientes; sin embargo, Canadá informó que ese grupo es afectado desproporcionadamente por el VIH (146).

Hasta la fecha, la mayoría de las infecciones se deben a las relaciones sexuales sin protección; sin embargo, en varios países del Cono Sur, el uso de drogas inyectables es el principal factor determinante en la transmisión (144).

A pesar de la introducción de los antirretrovíricos (ARV), las muertes debidas al sida siguen aumentando en la Región (144).

El número estimado de defunciones debidas al sida en adultos y niños aumentó de 97.000 en 2003 a 104.000 en 2005. Sin embargo, en algunos países con introducción temprana de ARV (Bahamas, Brasil, Canadá y los Estados Unidos) se observó una disminución en la mortalidad notificada (146).

### **Coinfección de VIH y tuberculosis**

En 2005 casi todos los países de la Región informaron tasas de prevalencia de infección por el VIH en los pacientes con tuberculosis, las cuales varían de menos de 1% en algunos países con bajo nivel o con epidemias concentradas, a más de 30% en algunos países del Caribe de habla inglesa que ofrecen de manera rutinaria pruebas de detección del VIH a los enfermos de tuberculosis.

### **Infecciones de transmisión sexual**

Al mismo tiempo que responde a la amenaza planteada por la epidemia de infección por el VIH, la Región sigue enfrentándose al desafío de la propagación de las ITS. Se calcula que 50 millones de nuevos casos de ITS se presentan cada año en las Américas. Encuestas realizadas en algunos países del Caribe encontraron que la epidemia de infección por el VIH ha afectado seriamente a los pacientes con ITS. En varios casos, las tasas de prevalencia de VIH son de 2 a 6 veces mayores en los pacientes con ITS que en la población general. La magnitud de la epidemia de ITS en la Región es difícil de medir debido a los datos limitados, la subnotificación y los puntos débiles de los sistemas de vigilancia. Los datos de diferentes países obtenidos por diversos métodos pueden ilustrar el problema. En un centro centinela en Chile hubo 10.525 consultas por ITS entre 1999 y 2003, en las cuales 22% de los pacientes se diagnosticaron con condiloma, 10,4% con sífilis latente y 10,1% con gonorrea. Una situación similar con respecto a los casos de gonorrea y sífilis se observó entre los pacientes con ITS en Nicaragua durante el período 2000 a 2002. En una encuesta de base poblacional (147) realizada en 2004 en adultos de Barbados, se encontró que 14,3% de esa población estaba infectada por gonorrea o clamidiasis. En los Estados Unidos, los casos de sífilis primaria y secundaria descendieron entre 1990 y 2000; sin embargo, el número de casos anuales de sífilis aumentó durante el período 2000–2002 y siguió aumentando desde 2002 (6.862 casos) hasta el final de 2003 (7.177 casos) (148). Encuestas realizadas para determinar la prevalencia de sífilis entre diferentes poblaciones con mayor riesgo han demostrado que los grupos vulnerables en América Latina son afectados en gran medida por las ITS. Por ejemplo, en 2003 la prevalencia de sífilis en Paraguay fue 4,33% entre los donantes de sangre y 6% entre las embarazadas, en comparación con una tasa de prevalencia alta de 37,4% entre las trabajadoras del sexo. En 2004, una encuesta conducida por el Ministerio de Salud de Guyana encontró que 27% de las trabajadoras del sexo tenían sífilis. Durante 2003, 11 países latinoamericanos y del Caribe notificaron un número total de 15.570 casos de sífilis congénita; sin embargo, para ese mismo año la OPS estimó que se habrían presentado 110.000 casos, por el alto nivel de subnotificación de los casos de sífilis congénita. La

**CUADRO 16. Prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas y de sífilis congénita en países informantes de Latinoamérica y el Caribe, 2004.**

País	Año	Prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas (%)	Sífilis congénita (por 1.000 nacidos vivos)	Método
Bahamas	2004	2,4	1,3	Rutina
Belice	2004	1,5	0,13	Rutina
Bolivia	2004	4,9	12	Encuesta
Brasil	2004	1,6	4	Rutina
Costa Rica	2004	NA	1,3	Rutina
Cuba	2003	1,8	0	Rutina
Ecuador	2002	NA	1,11	Rutina
El Salvador	2003	6,2	0,9	Rutina
Haití	2004	4,2	NA	Encuesta
Honduras	2003	3,5	2,5	Rutina
Jamaica	2003	NA	0,7	Rutina
México	2004	0,62	0,06	Rutina
Nicaragua	2004	NA	0,06	Rutina
Panamá	2004	0,4	0,1	Rutina
Paraguay	2003	6,3	1,9	Rutina
Perú	2004	1	1,7	Rutina

**Fuentes:** Ministerios de Salud de los países y Consejo de Población de Bolivia.

prevalencia de sífilis entre las embarazadas y la incidencia de sífilis congénita se resumen en el cuadro 16. En los países donde los casos de sífilis congénita se notifican anualmente, se observa una tendencia al incremento. En Venezuela, el número de casos se incrementó de 50 en 2000 a 135 en 2002 y en Brasil, la tasa de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos aumentó de 1 en 2001 a 1,5 en 2003. La cobertura y el acceso a los servicios de tamizaje y tratamiento de sífilis siguen siendo temas importantes de salud pública en la Región, aun en los países que han ampliado sus servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH (por ejemplo, en 2003 solo 17,3% de las embarazadas diagnosticadas con sífilis recibieron tratamiento, aun cuando la tasa de cobertura de tamizaje de sífilis en el Brasil es de 56,5%).

### Factores determinantes socioeconómicos y factores multiplicadores para la transmisión del VIH

La marginación socioeconómica aumenta la vulnerabilidad a la infección por VIH; esta vulnerabilidad, combinada con inequidades de género y una tendencia a incurrir en comportamientos de riesgo, incluido el sexo sin protección y el uso de alcohol y drogas, vuelven a los menores de 25 años —que representan 30% de la población en la Región (146)— sumamente susceptibles al VIH y las ITS. En una encuesta llevada a cabo por la OPS/OMS en el Caribe en 2003, alrededor de un tercio de los jóvenes (edades entre 10–18) informó haber sido sexualmente activo. De estos,

casi la mitad dijo que su primera experiencia sexual había sido forzada y casi dos tercios mencionaron que tuvieron relaciones sexuales antes de los 13 años de edad. De los jóvenes sexualmente activos, solo un cuarto usó siempre un método de control de la natalidad. Muchos de los sexualmente activos mencionaron su preocupación acerca de contraer el sida, pero solo poco más de mitad usó condón durante su última relación (149). En América Latina y el Caribe, entre un cuarto y dos tercios de las mujeres jóvenes se casan durante la adolescencia (150). El matrimonio de las mujeres antes de los 18 años de edad las coloca en mayor riesgo de infección por el VIH que las solteras sexualmente activas (151). Muchos mensajes de prevención del sida, tanto nacionales como internacionales, promueven la abstinencia sexual hasta el matrimonio, lo que puede interpretarse como que este protege completamente contra el VIH (150); en ese sentido, para muchas adolescentes el matrimonio resulta una transición de la virginidad al sexo frecuente sin protección. Un examen reciente de los adolescentes a nivel mundial encontró que “hay motivos para pensar que los matrimonios de las mujeres jóvenes y los hombres mayores son menos equitativos” que otros matrimonios (152).

Los niños huérfanos por causa del VIH están en desventaja; aun los que no están infectados carecen del apoyo y aliento ofrecidos por un ambiente familiar estable, lo que puede aumentar su vulnerabilidad y la probabilidad de que incurran en comportamientos de alto riesgo. Para aquellos con VIH, las formulaciones pediátricas de antirretrovíricos siguen siendo sumamente inadecuadas. Solo algunos de los ARV en las directrices actuales de la OMS están disponibles en formas farmacéuticas asequibles, factibles o aceptables para su uso en los lactantes y los niños pequeños. El mercado mundial para los medicamentos pediátricos contra el sida no es atractivo para las compañías de originales o genéricos; en los países ricos están naciendo pocos niños con VIH, y en los países en desarrollo, donde están la mayoría de los niños infectados, las formulaciones pediátricas no se consideran una prioridad o un mercado lucrativo (153).

La inequidad de género sigue siendo un tema central con respecto al VIH en la Región. En 2005, más de un tercio de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo se presentaron en mujeres con parejas de mucho tiempo (144). En América Latina y el Caribe, un gran número de las mujeres con VIH han sido infectadas por sus esposos o parejas regulares; por ejemplo, en Colombia en 2005, tenían relaciones estables 72% de las mujeres que resultaron seropositivas al VIH en los proyectos para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo, y 90% se describieron como “amas de casa” (144). Las principales intervenciones que tienen una repercusión sobre la transmisión del VIH —como la abstinencia sexual, las relaciones sexuales con una sola pareja no infectada o el uso de condones masculinos— a menudo están fuera del control de las mujeres debido a una variedad de normas y condiciones sociales. En la mayoría de los países de la Región, los hombres tienen el poder en las relaciones sexuales y las mu-

jeros están en desventaja para protegerse del VIH (154). El uso del preservativo femenino es difícil sin el conocimiento y consentimiento del compañero sexual, y quizá muchas mujeres tienen que recurrir a la transacción o el trabajo sexual para la supervivencia económica. “Para muchas mujeres, los actuales métodos de prevención son inadecuados, ya que a menudo no tienen el poder social y económico para rehusar las relaciones sexuales o negociar el uso de condones” (155).

Una alta prevalencia de violencia y coacción sexual también pone a las mujeres en riesgo. Hay una conexión entre el VIH y la violencia de género (GBV, por su sigla en inglés) (156,157). Las mujeres y las adolescentes amenazadas por la violencia y la violación, incluidas las mujeres casadas, no pueden negociar el uso de condones. Un estudio en Haití entre mujeres casadas de 15–19 años de edad encontró que, en los últimos 12 meses, 25% habían sufrido violencia por parte de sus esposos, a menudo sexual (158). Se deben cambiar las normas sexuales que validan el sexo coercitivo, la aceptabilidad de GBV contra los trabajadores del sexo y la violencia de género masculina (159). La GBV también se realiza contra las poblaciones homosexuales, lesbianas, bisexuales y transgénero en la Región. La homofobia representa un riesgo al ignorar las necesidades de salud de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. También es perjudicial la idea de que “ser hombre” es tener relaciones sexuales con múltiples compañeras sexuales femeninas (160). La discriminación fuerza a los hombres que desean tener relaciones sexuales con otros hombres a la clandestinidad y a negar la existencia del comportamiento de riesgo; esto impide que los programas de prevención los incluyan y pone en riesgo a sus compañeras sexuales femeninas, que desconocen esa situación. En la Región, las normas de género predominantes dictan múltiples compañeras sexuales para los hombres como una manera de validar su masculinidad, aunque validan la ignorancia sexual y la sumisión para las jóvenes y las mujeres, lo que puede conducir a mayores tasas de VIH (161). Un estudio de 148 mujeres seropositivas al VIH en São Paulo, Brasil, encontró que más de la mitad (53%) no se percibieron en riesgo de infección por el VIH antes de conocer que eran positivas; 29% de las 148 mujeres seropositivas al VIH encuestadas solo se sometieron a la prueba después de que sus parejas se enfermaron (162). Las encuestas de demografía y salud en la Región revelaron que la probabilidad de revelar un mayor número de compañeros sexuales ocasionales en el año anterior fue 4 a 5 veces mayor en los hombres que en las mujeres.

La movilidad de las poblaciones desempeña un papel importante en la propagación del VIH. Las poblaciones móviles, incluidos los trabajadores migratorios, son vulnerables debido a las complicaciones de la pobreza, la falta de acceso a los servicios y la falta de información, así como la naturaleza transitoria de sus relaciones y los períodos largos lejos de las familias, lo que da lugar a mayor participación en el “sexo transaccional” o por intercambio. Los trabajadores migratorios que no tienen prueba legal de residencia en el país anfitrión pueden encontrar dificultades

para recibir servicios de atención de salud o pueden dudar en buscarlos por miedo a la deportación (146).

El uso de drogas inyectables desempeña un papel importante en la propagación de la epidemia, en particular en América del Norte y el Cono Sur (principalmente en el Brasil). En algunas ciudades del Brasil, la tasa de prevalencia de infección por el VIH entre los usuarios de drogas inyectables fue 60 veces mayor que en la población general en 2004. Aunque el uso de drogas inyectables se ha convertido en un factor significativo en la epidemia regional, con tasas de infección que alcanzan 60% en algunas ciudades, es limitado el apoyo político para la elaboración de programas que aborden este tema.

### La respuesta del sector salud: logros clave

Desde el comienzo de la epidemia, la Región de las Américas ha respondido velozmente a los retos de la infección por el VIH. El sector salud estableció y mantuvo programas nacionales contra el sida. En la mayoría de los países, también existen mecanismos para la colaboración intersectorial en la forma de comités o consejos nacionales del sida. En América Latina y el Caribe, al menos 15 países tienen redes nacionales y organizaciones sociales y comunitarias interesadas en la infección por el VIH/sida, con innumerables áreas de concentración, incluida la promoción de la causa, la promoción de la adherencia al tratamiento, la investigación operativa y perspectivas más integradas. Varios países de la Región están haciendo frente la epidemia de infección por el VIH mediante un enfoque integral que procura poner el mismo peso en los esfuerzos de prevención y tratamiento. La mayoría de los países han ejecutado con éxito las intervenciones de prevención, con un efecto positivo. En Haití, el porcentaje de embarazadas que tienen VIH descendió a la mitad de 1993 a 2003–2004 (144), a pesar de que Haití es uno de los países más pobres en la Región. Programas como el de orientación y pruebas voluntarias (OPV) y el de orientación y pruebas iniciadas por los proveedores de atención han sido eficaces en el cambio de comportamiento para reducir la transmisión del VIH. En una prueba aleatorizada de control en Kenya, Tanzania y Trinidad y Tabago se encontró que los individuos que recibieron OPV cambiaron significativamente sus comportamientos de riesgo, comparados con los que solo recibieron educación sanitaria. Por ejemplo, la proporción de personas que informaron haber tenido relaciones sexuales sin protección con parejas no primarias descendió 35% en los hombres y 39% en las mujeres que recibieron OPV, comparado con 13% (tanto en hombres como en mujeres) que solo recibieron educación sanitaria (163).

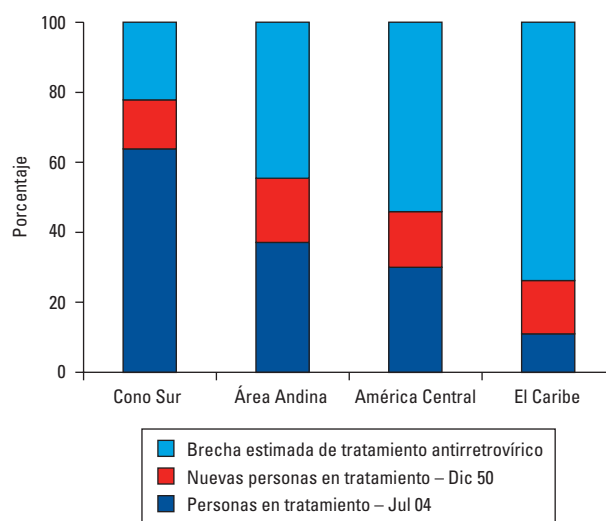
Los programas de salud que han aumentado el acceso a los condones y las campañas de los medios de comunicación que promueven su uso han dado lugar a una mayor utilización de condones. En el Brasil, en 2004, informaron que empleaban el condón de manera regular con parejas ocasionales 51,6% de los adultos de 15 a 54 años de edad, 58,4% de los adultos jóvenes de



15 a 24 años y 66,9% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; en los mismos grupos de edad y el mismo año, 76,0%, 74,1% y 80,7% informaron el uso de condón en la última relación con una pareja ocasional (164). La educación sobre sexualidad ha demostrado retrasar la iniciación de las relaciones sexuales y reducir el comportamiento de riesgo. La formación de aptitudes ha sido más eficaz que únicamente suministrar información. En 2005 se llevó a cabo una revisión de 83 evaluaciones de programas de estudios (incluidos 18 realizados en Brasil, Chile, Jamaica y México), con respecto a los esfuerzos para reducir los comportamientos de riesgo sexual de los adolescentes, que incluían la promoción de la abstinencia pero también la anticoncepción y el uso de condones. Los resultados de la revisión mostraron que muchos programas tuvieron efectos positivos sobre los conocimientos, los valores, las actitudes, las intenciones, la autoeficacia y la concientización acerca de los riesgos (165). Los estudios de evaluación encontraron un aumento significativo en el uso de condones y ninguno encontró un uso reducido; la mitad de los estudios descubrieron una reducción significativa de comportamientos sexuales riesgosos y ninguno encontró un aumento de dichos comportamientos (165). Sin embargo, no se ha demostrado que la educación exclusivamente sobre la abstinencia retarde el inicio de las relaciones sexuales (167,168). Un examen de la repercusión de los programas sobre comportamientos de riesgo basados en la abstinencia en países en desarrollo encontró pocos datos probatorios de la eficacia de este tipo de programas para cambiar el comportamiento individual (168). Las intervenciones para grupos vulnerables específicos han resultado eficaces. El Brasil ha mantenido con éxito la prevalencia del VIH a una tasa baja y estable de 6% entre los trabajadores del sexo, 74% de los cuales informaron en 2004 el uso constante de condones con clientes (164). Los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil han dado lugar a una reducción significativa del número de niños infectados por el VIH en algunos países de la Región (146).

El Informe “3 por 5” de la OPS/OMS (*Toward Universal Access to HIV Prevention, Care and Treatment: 3 by 5 Report for the Americas*) mostró que todos los países de la Región han logrado una aceleración sin precedentes en la provisión del tratamiento antirretrovírico, especialmente durante 2004 y 2005; asimismo, la meta de proporcionar tratamiento por lo menos a 600.000 personas que lo requieren en la Región se ha cumplido y hasta excedido. Desde enero de 2004, más de 100.000 nuevos tratamientos se han iniciado en América Latina y el Caribe solamente. Sin embargo, hay brechas importantes en la Región (figura 17). Por primera vez en la historia, la Región tiene acceso a los recursos necesarios para empezar a ajustar la magnitud de la necesidad de atención y el tratamiento. El Fondo Mundial ha proporcionado US\$ 480 millones a 28 países de la Región, así como a entidades subregionales como la Asociación Pan Caribeña contra el VIH/ SIDA (PANCAP, por su sigla en inglés). Es más, los precios bajos logrados mediante negociaciones entre los países y las compañías farmacéuticas han

**FIGURA 17. Porcentaje de personas con antirretrovíricos y brecha de tratamiento por subregión,<sup>a</sup> 2004–2005.**



<sup>a</sup>No incluye Brasil, Canadá, Estados Unidos y México.

Fuente: PAHO/WHO. *Toward Universal Access to HIV Prevention, Care and Treatment. 3 by 5 Report for the Americas.*

dado lugar a precios considerablemente reducidos para tratamiento antirretrovírico (TAR) de primera línea. En varios países de la Región donde se ha proporcionado TAR durante varios años por medio del sistema de salud, se han observado notables decrementos en las tasas de mortalidad; por ejemplo, en Bahamas, Brasil, Canadá, Costa Rica, Estados Unidos y Haití. Estos países reconocieron desde el principio que el tratamiento es clave para la prevención y el control, así como para su efecto directo y positivo en la vida de las personas con VIH. Desde la introducción del TAR en las Bahamas, para 2003 las defunciones por sida se habían reducido 56% en general y 89% entre los niños.

### Completar la agenda inconclusa: 2006 y más allá

La repercusión negativa de la epidemia de infección por el VIH sobre las tendencias demográficas en la Región ha estado bien documentada. Si las tendencias actuales continúan, para fines de 2010 la esperanza de vida se reducirá al menos 10 años debido al sida en los países muy afectados como las Bahamas, Guyana y Haití. Según las proyecciones de la OPS/OMS (146), para detener y revertir la propagación del VIH para 2015 (objetivo de desarrollo del milenio 6), las nuevas infecciones tendrán que reducirse 50% para 2010, y 50% adicional para 2015. Esto solo será posible al fortalecer la respuesta del sector salud, con el fin de ampliar las actividades de atención de la infección por VIH/sida en la Región. En la mayoría de los países, los servicios todavía se centralizan en los consultorios especializados ubicados en las ciudades grandes, y la integración de los servicios al nivel primario de atención es todavía muy limitada. La presta-

ción de servicios verticales en clínicas especializadas en VIH e infecciones de transmisión sexual es una barrera conocida para el acceso a la atención, dado que aísla aún más a las personas que padecen estas enfermedades y puede incluso perpetuar el estigma y la discriminación.

La demanda de orientación y pruebas voluntarias, esencial para la detección temprana de los individuos seropositivos al VIH, también se compromete debido a la limitada disponibilidad de servicios de calidad al nivel de la comunidad, apoyados por sistemas de referencia apropiados. Aunque la prevención es fundamental para el éxito de la lucha contra el VIH, los servicios de atención primaria de salud no están dotados para prestar servicios de prevención integrales a grupos vulnerables como los jóvenes, los usuarios de drogas inyectables, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los trabajadores del sexo. De manera análoga, la prevención y el tratamiento de las ITS, un factor de riesgo importante para la infección por el VIH, no han recibido atención adecuada en el sector salud en los últimos años. El incremento oportuno de la atención y el tratamiento integral requiere una variedad de servicios de apoyo esenciales que, hasta la fecha, son en gran parte inadecuados en la mayoría de los países de la Región. La adquisición de medicamentos y los sistemas de manejo no se han ampliado suficientemente rápido para apoyar eficazmente la prestación directa de atención al enfermo. El suministro de medicamentos antirretrovíricos y de medios de diagnóstico de laboratorio ha sido obstaculizado por las políticas de precios de los fabricantes en la Región; así, la obtención de reducciones adicionales de los precios, en particular en los medicamentos de segunda línea y los medios diagnósticos, es una prioridad para la Región.

La extensión y ampliación de los servicios para las personas con VIH está ocurriendo dentro de un contexto de recursos humanos capacitados limitados. Algunos proveedores de salud quizá no están preparados o motivados para prestar atención y tratamiento integral, a menudo carecen de la capacitación y especialización necesarias, y no pueden desplazarse a las áreas donde se necesitan los servicios. Hay una falta de planificación estratégica y de procesos gerenciales de recursos humanos para informar a los ministerios de salud sobre políticas, contratación de personal, costos y necesidades de acreditación; además, algunas de las políticas fiscales de los países imponen limitaciones en los ministerios de salud con respecto a la adquisición y retención del personal. Por otro lado, las prestaciones ofrecidas por el sector de salud pública no pueden competir en general con las que brinda el sector privado, o incluso con las de los proyectos del sector público financiados externamente.

La proliferación de servicios en los sectores con y sin fines de lucro ha contribuido a la expansión rápida de la atención relacionada con el VIH y ha afectado positivamente el acceso para personas o grupos de población que viven en zonas geográficas específicas. No obstante, estos servicios pueden plantear un desafío para el mejoramiento de los sistemas de salud pública, porque

pueden carecer de la autoridad para reglamentar los servicios privados, dando lugar a una falta de uniformidad en las directrices y protocolos de tratamiento, así como a sistemas de referencia mal definidos. El incremento de los servicios también plantea retos en las áreas de manejo, seguimiento y evaluación. La mayoría de los países no tienen sistemas adecuados de información sanitaria, y existen dificultades en cuanto a recopilación de datos sobre VIH, la confidencialidad y la integración a los sistemas existentes. La falta o la disponibilidad limitada de datos oportunos y de calidad se han reconocido como un obstáculo mayor para fundamentar los esfuerzos nacionales y regionales.

La mayor inversión en la respuesta a la infección por el VIH/sida, mediante varias iniciativas desarrollo, claramente ha beneficiado a los países de América Latina y el Caribe; sin embargo, también conduce a la fragmentación de las respuestas locales y pone considerable presión sobre los limitados recursos humanos y financieros de los países. Hay un amplio reconocimiento de la importancia de los principios para la coordinación de las respuestas nacionales contra el sida, conocidos como los “tres unos”; no obstante, los socios para el desarrollo siguen resaltando sus propios programas, incluidos otros mecanismos de seguimiento y evaluación. Para hacer frente a estas presiones, los programas nacionales se ven obligados a elegir alternativas estratégicas para aprovechar el mayor apoyo; por ello, enfrentan el reto de racionalizar los esfuerzos para evitar procesos paralelos y asegurar la inversión equilibrada en múltiples sectores de la sociedad.

Para apoyar el fortalecimiento de la respuesta del sector salud en las Américas, la OPS lanzó el “Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006–2015” en noviembre de 2005 (recuadro 2). El Plan “es un paso adicional para promover la prevención y el cuidado eficaces” y guiará el trabajo de la OPS en los años venideros.

## ENFERMEDADES CRÓNICAS TRANSMISIBLES

### Tuberculosis

La tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas de la humanidad, cuyo tratamiento eficaz fue descubierto a mediados del siglo pasado. Sin embargo, aún dista mucho de ser erradicada como problema de salud pública en la Región de las Américas. A pesar de que el control de la tuberculosis tuvo avances en la década de los noventa en la Región, esta enfermedad prevenible, tratable y curable tiene una prevalencia de más de 466.000 casos y ocasiona más de 50.000 defunciones anualmente (168). Aunque la tuberculosis puede afectar a todas las personas, independientemente de su condición social, los grupos de población más pobres y vulnerables (entre ellos los migrantes, los habitantes de zonas marginadas urbanas, los individuos privados de su libertad, las personas con VIH/sida y las poblaciones indígenas) llevan una mayor carga de enfermedad.

En las Américas, existen grandes diferencias entre los países respecto a la carga de tuberculosis. En aquellos con economías de

## RECUADRO 2. Líneas críticas de acción del Plan regional de VIH/ITS para el sector salud

1. Fortalecer el liderazgo y la rectoría del sector salud, y promover la participación de la sociedad civil.
2. Diseñar e implementar programas efectivos y sostenibles de VIH/sida e ITS y desarrollar la capacidad de los recursos humanos.
3. Fortalecer, expandir y reorientar los servicios de salud.
4. Mejorar el acceso a los medicamentos, diagnósticos y otros productos.
5. Mejorar la gestión de la información y los conocimientos, incluidas las actividades de vigilancia, el seguimiento y evaluación, y la difusión.

mercado establecidas, como Canadá, los Estados Unidos y algunos países del Caribe de habla inglesa, la incidencia de tuberculosis se estima en 5 casos por 100.000 habitantes. En los países con menores recursos, la tasa de incidencia es mucho más alta que en Canadá y los Estados Unidos; por ejemplo, se estima que es 61 veces más en Haití, 43 en Bolivia y 35 en Perú (cuadro 17). Las diferencias en la incidencia también se observan al interior de los países; aquellos a los que se ha dado prioridad para el control de la tuberculosis incluyen Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Haití, Honduras, Guatemala, Guyana, México, Nicaragua, Perú y República Dominicana, los que juntos aportan 80% de los casos notificados de la Región.

En el período 1994–2004, la tendencia de la tasa de incidencia notificada de tuberculosis de todas las formas ha sido ligeramente descendente (figura 18), de 32 casos por 100.000 al comienzo del período a 27 por 100.000 en 2004, descenso más pronunciado desde 1998. Si se considera en el análisis exclusivamente a Latinoamérica y el Caribe, la disminución sigue una pendiente similar, pero con tasas de incidencia más elevadas: de 46 a 38 casos por 100.000 habitantes al inicio y final del período.

La tuberculosis puede presentarse en todas las etapas del ciclo de vida, aunque los niños y los adultos mayores tienen mayor riesgo. Sin embargo, cerca de 40% de los casos con baciloscopia positiva corresponden a hombres de 15 a 44 años de edad. La alta morbilidad por tuberculosis en los niños es particularmente relevante en salud pública, puesto que indica el alto grado de transmisión del *Mycobacterium tuberculosis* en la comunidad.

En la Región, la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS,<sup>12</sup> por su sigla en inglés) ha contribuido a me-

jorar el control de la tuberculosis desde que se puso en marcha de manera sistemática a partir de 1996. Un total de 35 países aplicaban esta estrategia en 2004 y, a finales de ese mismo año, su cobertura alcanzó 82% de la población general de esos países. Los programas DOTS notificaron un total de 175.100 casos nuevos y recaídas en 2004, de los cuales más de 95.000 eran bacilíferos. Estos últimos representan 59% de la incidencia estimada de la Región y están aún lejos de la meta de 70% marcada por la OMS para este indicador en 2005. La tasa media de éxito del tratamiento en los pacientes bajo DOTS en 2003 fue 82%, muy cerca de la meta de 85% propuesta para ese indicador en 2005 (cuadro 17 y figura 19).

La aparición de nuevos obstáculos para el control de la tuberculosis —como la epidemia de VIH/sida, la tuberculosis multidrogorresistente (MDR),<sup>13</sup> los procesos de reforma del sector salud, el debilitamiento del sistema sanitario y la crisis de recursos humanos en salud— propició que la OMS lanzara la nueva estrategia Detener la TB (STOP TB, en inglés) (169). Esta estrategia se construyó sobre la experiencia adquirida en los países con la aplicación de DOTS y agrega un abordaje integral al control de la tuberculosis. La nueva estrategia ha proporcionado las bases del Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006–2015, de la Alianza Alto a la Tuberculosis (170), que establece de manera detallada los pasos para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) respecto a la tuberculosis<sup>14</sup> y constituye un llamado a movilizar recursos que permitan a largo plazo eliminarla como problema de salud pública.

El Plan Regional de Tuberculosis 2006–2015 es coherente con el Plan Mundial; su visión es una Región libre de tuberculosis y

<sup>12</sup>DOTS es la estrategia reconocida internacionalmente para el control de la tuberculosis. De manera clásica, consta de cinco componentes: 1) compromiso político con un financiamiento en aumento y sostenible; 2) detección de casos por medio de bacteriología con control de calidad; 3) tratamiento estandarizado, con supervisión y apoyo al paciente; 4) un sistema efectivo de gestión de medicamentos, y 5) un sistema de monitoreo y evaluación con medición del impacto.

<sup>13</sup>La MDR se define como la aparición de resistencia a isoniacida y rifampicina, acompañada o no de resistencia a otros tuberculostáticos.

<sup>14</sup>El ODM número seis, en su meta ocho, establece “Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la incidencia de paludismo y otras enfermedades graves”. En lo que respecta a tuberculosis, el ODM 6 define indicadores de impacto e implementación.

**CUADRO 17. Principales indicadores epidemiológicos y operacionales para el control de la tuberculosis, Región de las Américas, 2004.**

	Incidencia estimada todas las formas <sup>a</sup>		Casos nuevos y recaídas notificados, todas las formas <sup>b</sup>		Casos nuevos baciloscoopia positiva (BK +) <sup>c</sup>		Cobertura DOTS <sup>d</sup> %	Detección BK+ bajo DOTS <sup>e</sup> %	Éxito bajo DOTS <sup>f</sup> %
	No. de casos	Tasa	No. de casos	Tasa	No. de casos	Tasa			
Anguila	3	25	0	0	0	0	0	ND	ND
Antigua y Barbuda	5	7	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Antillas Neerlandesas	16		11	6	8	4	0	ND	ND
Argentina	16.537	43	10.619	28	4.760	12	100	64	66
Bahamas	124	39	53	17	37	12	100	68	62
Barbados	31	11	19	7	19	7	100	139	100
Belize	128	49	83	31	34	13	100	60	89
Bermuda	3	4	6	9	0	0	0	ND	ND
Bolivia	19.568	217	9.801	109	6.213	69	60	71	81
Brasil	109.672	60	86.881	47	42.881	23	52	46	83
Canadá	1.662	5	1.517	5	428	1	100	58	35
Chile	2.567	16	2.664	17	1.297	8	95	114	85
Colombia	22.357	50	11.242	25	7.640	17	25	17	83
Costa Rica	612	14	712	17	419	10	100	153	94
Cuba	1.119	10	782	7	454	4	100	90	93
Dominica	12	15	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Ecuador	17.101	131	6.122	47	4.340	33	64	42	84
El Salvador	3.624	54	1.406	21	926	14	100	57	88
Estados Unidos de América	13.877	5	14.517	5	5.219	2	100	85	70
Granada	5	5	2	2	2	2	0	ND	ND
Guatemala	9.469	77	3.313	27	2.339	19	100	55	91
Guyana	1.050	140	603	80	164	22	42	27	57
Haití	25.707	306	14.533	173	7.044	84	55	49	78

*(Continúa)*

**CUADRO 17. (Continuación).**

	Incidencia estimada todas las formas <sup>a</sup>		Casos nuevos y recaídas notificadas, todas las formas <sup>b</sup>		Casos nuevos baciloscopia positiva (BK +) <sup>c</sup>		Cobertura DOTS <sup>d</sup> %	Detección BK+ bajo DOTS <sup>e</sup> %	Éxito bajo DOTS <sup>f</sup> %
	No. de casos	Tasa	No. de casos	Tasa	No. de casos	Tasa			
Honduras	5.451	77	3.282	47	2.012	29	ND	83	87
Islas Caimán	2	4	1	2	1	2	100	115	ND
Islas Turcas y Caicos	5	20	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Islas Vírgenes (EUA)	12	11	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Islas Vírgenes (RU)	3	15	2	9	2	9	100	0	ND
Jamaica	197	7	116	4	69	3	100	79	53
México	33.529	32	15.101	14	11.214	11	92	71	83
Montserrat	0.4	9	0	0	0	0	100	0	ND
Nicaragua	3.390	63	2.220	41	1.327	25	100	87	84
Panamá	1.443	45	1.691	53	882	28	92	133	74
Paraguay	4.269	71	2.300	38	1.201	20	27	21	85
Perú	49.174	178	33.082	120	18.289	66	100	83	89
Puerto Rico	191	5	123	3	65	2	100	76	66
República Dominicana	7.946	91	4.549	52	2.720	31	79	71	81
Saint Kitts y Nevis	5	11	2	5	0	0	100	0	ND
Santa Lucía	26	16	15	9	11	7	100	93	89
San Vicente y las Granadinas	34	28	8	7	5	4	100	33	ND
Suriname	290	65	94	21	38	9	0	ND	ND
Trinidad y Tabago	116	9	177	14	81	6	ND	0	ND
Uruguay	967	28	727	21	373	11	100	86	ND
Venezuela	10.946	42	6.808	26	3.776	14	98	77	82
<b>Región</b>	<b>363.245</b>	<b>41</b>	<b>235.184</b>	<b>27</b>	<b>126.290</b>	<b>14</b>	<b>82</b>	<b>59</b>	<b>82</b>

ND: información no disponible.

<sup>a</sup>Incidencia estimada por la OMS, todas las formas de tuberculosis. Para metodología del cálculo, consultar la fuente citada.

<sup>b</sup>Número total de casos notificados a la OMS, los cuales incluyen los casos nuevos y recaídas. Caso nuevo es aquel que anteriormente nunca fue tratado por tuberculosis. Recaída se define como aquel caso que tras curación de tuberculosis con baciloscopia negativa, presenta de nuevo la enfermedad con baciloscopia positiva. Tasa por 100.000 habitantes.

<sup>c</sup>Número total de casos que presentan baciloscopia positiva de esputo. Tasa por 100.000 habitantes.

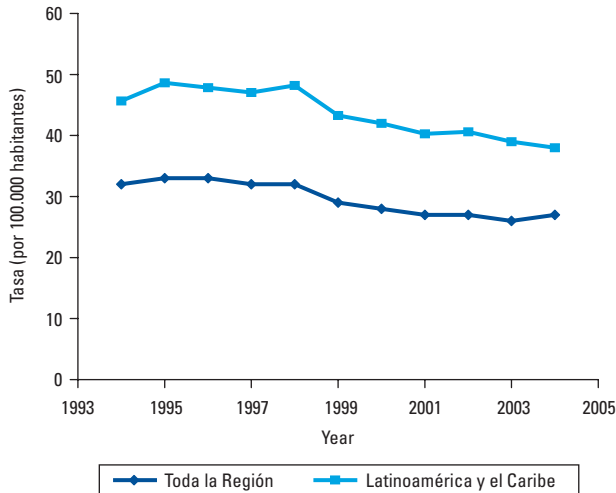
<sup>d</sup>Porcentaje de la población que vive en un área geográfica cuyos establecimientos de salud aplican la estrategia DOTS.

<sup>e</sup>Porcentaje de detección de casos BK+ por los programas DOTS. La metodología de cálculo de este porcentaje se encuentra en la fuente citada.

<sup>f</sup>Porcentaje de éxito de tratamiento de los casos BK (+) bajo DOTS. La metodología de cálculo se encuentra en la fuente citada.

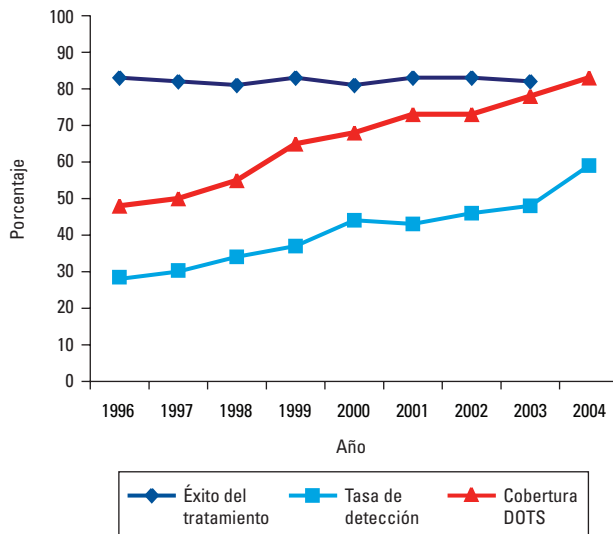
**Fuente:** Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing. WHO report 2005. Ginebra, Suiza, 2006. (WHO/HTM/TB/2006.362).

**FIGURA 18. Tendencia de la incidencia notificada de tuberculosis, todas las formas, Región de las Américas, 1994–2004.**



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing. WHO report 2005. Ginebra, Suiza, 2006. (WHO/HTM/TB/2006.362).

**FIGURA 19. Principales indicadores del control de la tuberculosis, Región de las Américas, 1996–2004.**



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing. WHO report 2005. Ginebra, Suiza, 2006. (WHO/HTM/TB/2006.362).

su misión es asegurar que cada paciente con tuberculosis tenga pleno acceso a diagnóstico y tratamiento de calidad, para disminuir la carga social, económica y de inequidad que impone esta enfermedad (171). En el recuadro 3 se presentan las seis líneas estratégicas de trabajo del Plan.

### Respuesta de la Región en el marco de la nueva estrategia Detener la TB

#### Coinfección TB/VIH

La epidemia de infección por VIH tiene repercusiones negativas sobre la epidemia de tuberculosis. En primer lugar, porque genera un aumento del número de casos de tuberculosis, en gran parte debido a que la tuberculosis latente progresa a enfermedad; en segundo lugar, la letalidad de la tuberculosis es más elevada en pacientes con infección por VIH o sida. Ambas situaciones ponen en riesgo los logros de los programas de control de la tuberculosis.

La OMS ha calculado que 10% de los enfermos de tuberculosis de la Región están también infectados por el VIH. Esta situación complica no solo el tratamiento clínico de los pacientes, dado el creciente acceso a los antirretrovirales y las posibles interacciones entre estos y los tuberculostáticos, sino también la aplicación de medidas eficaces de prevención de la tuberculosis entre las personas con VIH.

Un número mayor de países está respondiendo al problema de la coinfección por tuberculosis y VIH poniendo en práctica progresivamente las actividades establecidas por la OMS para abordar ambas enfermedades (172). Por ejemplo, con respecto a la vigilancia epidemiológica de la coinfección, en 2005 casi todos los países de la Región disponían de cálculos de la prevalencia de la infección por VIH entre las personas con tuberculosis; esta prevalencia va desde menos de 1% en países con epidemias incipientes o concentradas de VIH, hasta más de 30% en algunos países del Caribe de habla inglesa, que ofrecen la prueba VIH de manera rutinaria a los pacientes con tuberculosis.

#### Resistencia a los fármacos antituberculosos

La tuberculosis multidrogorresistente también pone en riesgo el éxito de muchos programas de control de la tuberculosis, por lo complejo y costoso de su diagnóstico y tratamiento. La prevalencia estimada de este tipo de tuberculosis es mayor en aquellas poblaciones que no tienen acceso a la estrategia DOTS, y entre los grupos vulnerables de población. En América se estima que hay más de 11.000 casos de tuberculosis MDR, aunque la carga de casos varía de país a país. La prevalencia media de resistencia primaria a cualquier medicamento antituberculoso es de 11% (oscila entre 3,2% y 41%) y la de MDR, de 1,2% (entre 0,3% y 6,6%). La prevalencia media de MDR secundaria es de 26% (varía de 3% a 31%) (cuadro 18).

Todos los países de la Región hacen esfuerzos para afrontar el problema de la drogorresistencia y en 12 (Belice, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana) hay proyectos de atención a la tuberculosis MDR aprobados por el Comité Luz Verde. Dicho Comité controla el acceso a medicamentos de segunda línea, de calidad y a menor costo, así como su uso racional; provee asistencia técnica, y favorece la adopción de políticas aceptadas internacionalmente para la atención de la multirresistencia

**RECUADRO 3. Líneas Estratégicas del Plan Regional de Tuberculosis, 2006–2015.**

**Línea Estratégica 1.** Expansión y fortalecimiento de la estrategia DOTS, con calidad.

**Línea Estratégica 2.** Implementación y/o fortalecimiento de:

- Actividades de colaboración interprogramáticas TB y VIH/sida
- Actividades de prevención y control de la tuberculosis multidrogorresistente
- Estrategias comunitarias para poblaciones desatendidas (indígenas, personas privadas de su libertad, poblaciones periurbanas marginadas y otras).

**Línea Estratégica 3.** Fortalecimiento del sistema sanitario, con énfasis en la atención primaria, el abordaje integral de enfermedades respiratorias, la red de laboratorios, y el desarrollo de políticas de recursos humanos en tuberculosis.

**Línea Estratégica 4.** Mejoramiento del acceso de la población al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, por medio de la incorporación de todos los proveedores de salud, tanto públicos como privados.

**Línea Estratégica 5.** Facilitación del empoderamiento de los afectados y la comunidad con la implementación de estrategias de promoción, comunicación y movilización social en acciones de control de la TB.

**Línea Estratégica 6.** Inclusión de la investigación operativa, clínica y epidemiológica dentro los planes de los Programas Nacionales de Control de la TB.

**CUADRO 18. Prevalencia de resistencia inicial y secundaria a medicamentos antituberculosos en países seleccionados, Región de las Américas, 1994–2005.**

País	Año	Global <sup>a</sup>	Resistencia		
			Inicial MDR <sup>b</sup>	Secundaria MDR <sup>b</sup>	Combinada MDR <sup>b</sup>
Argentina	1999	10,2	1,8	9,4	3,1
Bolivia	1996	23,9	1,2	4,7	2,1
Brasil	1995	8,6	0,9	5,4	1,3
Canadá	2000	8,5	0,7	3,4	0,9
Chile	2001	11,7	0,7	4,8	1,4
Colombia	2005	11,78	2,38	31,4	8,8
Cuba	2000	5	0,3	2,6	0,5
Ecuador	2002	20	4,9	24,3	7,2
El Salvador	2001	5,7	0,3	7	0,8
Estados Unidos de América	2001	12,7	1,1	5,2	1,4
Guatemala	2002	34,9	3	26,5	7,4
Honduras	2002	17,2	1,8	6,9	2,0
México <sup>c</sup>	1997	14,1	2,4	22,4	7,3
Nicaragua	1997	15,6	1,2	—	—
Paraguay	2002	11,1	2,1	4	—
Perú	1999	18	3	12,3	4,3
Puerto Rico	2001	12	2	—	—
República Dominicana	1994	40,6	6,6	19,7	8,6
Uruguay	1999	3,2	0,3	—	—
Venezuela	1998	7,5	0,5	13,5	1,7

<sup>a</sup>Resistencia global: porcentaje de cepas de tuberculosis resistentes a cualquier tuberculostático.

<sup>b</sup>MDR: Multidrogorresistencia, definida como la aparición de resistencia a isoniacida y rifampicina, acompañada o no de resistencia a otros tuberculostáticos.

<sup>c</sup>Estudio realizado en tres estados.

**Fuente:** Resultados de encuestas nacionales de MDR, publicados en: "Antituberculosis Drug Resistance in the World. First Global Report, WHO/TB/97.229; "Antituberculosis Drug Resistance in the World. Second Global Report, WHO/CDS/TB/2000.279; "Antituberculosis Drug Resistance in the World. First Third Global Report, WHO/HTM/TB/2004.343.

en los países de ingresos medianos y bajos. Los datos mundiales preliminares indican que se logra una tasa de curación de los casos de tuberculosis MDR que va de 61% a 82%, y se ha demostrado su costo-efectividad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad, en cuatro países: Estonia, Filipinas, Perú y Rusia (173).

La utilización inadecuada de los medicamentos de segunda línea genera resistencia a los mismos; este problema se denomina tuberculosis con extrema drogoresistencia (TB- XDR) y actualmente existe una alerta mundial.

#### Fortalecimiento de los sistemas de salud

La iniciativa Abordaje Práctico de Salud Pulmonar tiene por objeto mejorar la calidad de la atención de pacientes con síntomas respiratorios; fortalecer los servicios de atención primaria de la salud e, indirectamente, contribuir a la sostenibilidad de los programas de control de la tuberculosis en países de baja prevalencia (174). Actualmente 20 países en el mundo, cuatro de ellos en las Américas (Bolivia, Chile, El Salvador y Perú), están llevando a cabo actividades relacionadas con esta iniciativa. En el estudio de factibilidad de esta iniciativa en Bolivia (2005), se demostró que 23% de los pacientes que acuden a los servicios de salud lo hacen por síntomas respiratorios; de ellos, 90% tienen infecciones respiratorias agudas y 0,4%, tuberculosis. Con el enfoque propuesto por esta iniciativa disminuyeron 35% las referencias al hospital y 16% el uso de antibióticos. El costo total de la medicación prescrita se redujo en un 32% y el de antibióticos, en un 37%. Estos resultados se asemejan a los obtenidos en otros países (175).

#### Lepra

El Plan Estratégico de Eliminación de la Lepra 2000–2005, cuya meta era lograr una prevalencia inferior a 1 caso por 10.000 habitantes para finales de 2005, logró aumentar la cobertura de las actividades de control en todos los países de la Región; de

hecho, todos alcanzaron la meta de eliminación antes de 2002, con la excepción de Brasil. Dicho Plan evolucionó en la Estrategia Global 2006–2010 para Aliviar la Carga de la Lepra y Sostener las Actividades de Control de la Enfermedad (176), la cual está respaldada por los socios que apoyan los programas de control de la lepra a nivel mundial; tiene el objetivo de reducir aún más la carga de morbilidad generada por la enfermedad, brindando atención integral con equidad y justicia en todos los casos.

Durante 2005, en la Región se registró una tasa de prevalencia de 0,39 por 10.000 habitantes y una tasa de detección de 4,98 por 100.000 habitantes. Al analizar el perfil de los casos nuevos registrados en 2005 en los países que notificaron más de 100 casos (cuadro 19), se observa gran variedad en la proporción de casos multibacilares, que va desde 36% en Bolivia a 83% en Cuba. La variación observada en la proporción de menores de 15 años de edad afectados por la enfermedad va de 1% en Argentina a 16% en la República Dominicana; este indicador merece especial atención, ya que la proporción de discapacidad grado II es un indicador de la precocidad de la detección. Actualmente, se observa una gran variación de esta proporción, que va desde la más baja, registrada en Argentina (1,6%) a la más alta, en México (11,7%). La proporción de casos nuevos con discapacidad grado II y la de niños menores son dos indicadores que permiten caracterizar la endemia.

En la Región de las Américas se han observado importantes logros en el control de la lepra. Además de haberse alcanzado en casi todos los países la meta de eliminación antes de 2002, la Estrategia de Eliminación de la Lepra en las Américas ha logrado:

- El compromiso político de los países con alta carga de la enfermedad.
- El diagnóstico de más de 200.000 casos, que ya finalizaron su tratamiento, en el período 2000–2005.
- Una política de integración de las acciones de control de la lepra en los servicios generales de salud, que se está aplicando en 75% de los países de la Región

**CUADRO 19. Perfil de los casos nuevos de lepra registrados, países que notificaron más de 100 casos, Región de las Américas, 2005.**

País <sup>a</sup>	Número de casos notificados	% casos multibacilares	% casos femeninos	% niños	% discapacidad grado II
Argentina	484	79,1	40,9	1,3	1,6
Brasil	38 410	50	46,3	8,4	4,9
Bolivia	114	35,9	41,2	9,6	1,7
Colombia	585	68,7	—	3,2	9,7
Cuba	208	83,1	44,7	3,8	3,3
Ecuador	116	62,9	35,3	0	0
México	289	75,4	37,3	2,7	11,7
Paraguay	480	77,7	38,5	3,9	7,9
República Dominicana	155	63,8	50,3	16,1	3,2
Venezuela	768	64,5	33,9	7,2	6,1

<sup>a</sup>Países que notificaron más de 100 casos en 2005.

Fuente: Informe anual de Lepra de los países, 2005.



#### RECUADRO 4. Objetivos principales de la Estrategia Mundial para Aliviar la Carga de la Lepra y Sostener las Actividades de Control

- Prestar servicios de calidad a todas las personas afectadas por la lepra.
- Mejorar la eficacia en función de los costos al integrar y descentralizar las actividades de control de la lepra a los servicios de atención primaria.
- Mantener el compromiso político y aumentar las actividades de control en colaboración con todos los socios a nivel mundial, regional y nacional.
- Fortalecer los componentes de vigilancia, monitoreo y supervisión.
- Fortalecer la capacidad de los trabajadores de salud en un entorno integrado.
- Mejorar las actividades de promoción de la iniciativa encaminada a reducir el estigma y la discriminación de las personas y las familias afectadas por la lepra.

- La reducción de casos registrados en menores de 15 años, de 10% en 2000 a 8% en 2005.
- La disminución de casos nuevos con discapacidad grado II en 30% entre 2000 y 2005.
- Una mayor participación de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en las actividades de control.

Los continuados esfuerzos para controlar la enfermedad serán fortalecidos con la implementación de la Estrategia Global para Aliviar la Carga de la Lepra y Sostener las Actividades de Control (recuadro 4). En el ámbito regional, con las autoridades de salud de algunos países endémicos (Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay) se inició el proceso de socialización de la Estrategia Global de la Enfermedad (Plan 2006–2010) y la elaboración de un plan de implementación de acuerdo con la situación epidemiológica de cada país.

#### ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Las enfermedades cardiovasculares y las crónicas obstructivas de las vías respiratorias, el cáncer y la diabetes mellitus son enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) de alto interés para la salud pública de Latinoamérica y el Caribe (177,178). En ambas subregiones, las ECNT causan dos de cada tres muertes en la población general (177) y cerca de la mitad de las muertes de los menores de 70 años de edad (179). Este grupo de afecciones constituye la principal causa de mortalidad de hombres y mujeres, la cual sigue aumentando en forma muy rápida tanto en el mundo como en América Latina y el Caribe (177). En 2000, de las 3.537.000 muertes registradas en Latinoamérica y el Caribe, 67% fueron causadas por estos padecimientos crónicos. La enfermedad isquémica del corazón y el cáncer fueron causa de la mayoría de las muertes entre las edades de 20 y 50 años. Las ECNT contribuyeron a la carga global de enfermedad con 76% de los años AVAD.

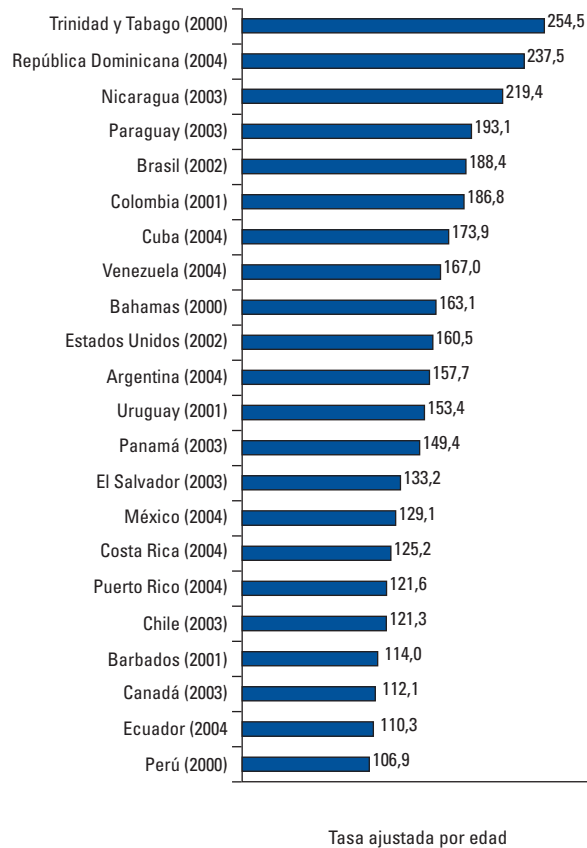
Las ECNT, además de provocar una mortalidad precoz, causan complicaciones, secuelas e invalidez, que afectan la capacidad funcional y limitan la productividad. Asimismo, requieren tratamientos onerosos, lo que conlleva enormes costos financieros y sociales que socavan los recursos de los sistemas de salud y de seguridad social. Por ejemplo, el costo de la diabetes en América Latina y el Caribe en 2000 se estimó en US\$ 65.216 millones, de los cuales US\$ 10.721 millones fueron costos directos y US\$ 54.496, indirectos (180). Los costos directos e indirectos de la diabetes en los Estados Unidos fueron estimados en US\$ 132.000 millones en 2002 y el cuidado de las enfermedades crónicas representó 75% del costo total en salud del país (181). En México, se calcula que en 2006 el costo estimado de los servicios de hospitalización por hipertensión arterial y diabetes mellitus, exclusivamente, será más alto que el costo de los servicios hospitalarios y ambulatorios de la mayor parte de las enfermedades infecciosas (182). Mediante un estudio realizado en Jamaica, los costos asociados con la diabetes y la hipertensión se estimaron en US\$ 33,1 millones y US\$ 25,6 millones, respectivamente, en 2002 (183).

La prevención primaria de las enfermedades crónicas podría revertir su costo para los sistemas de salud y las personas. Se estima que si solo 10% de los adultos estadounidenses incrementaran su actividad física, como por ejemplo caminar con regularidad, podrían ahorrarse US\$ 5.600 millones de costos relacionados con las enfermedades del corazón (184).

#### Enfermedades cardiovasculares

Estas enfermedades (que incluyen las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas e insuficiencia cardíaca) representaron 31% de la carga de mortalidad y 10% del total de la carga mundial de enfermedad en 2000 (177). La tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares ajustada por edad y por sexo (figura 20) fue más alta en Nicaragua, la República Dominicana y Trinidad y Ta-

**FIGURA 20. Tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares,<sup>a</sup> ajustada por edad y sexo, países seleccionados, Región de las Américas, último año disponible.**



<sup>a</sup>Incluye códigos CIE-10 I20 a I25, I60 a I69, I10 a I15, I50. Tasa por 100.000 habitantes.  
Fuente: PAHO, Health Analysis and Information Systems, Regional Mortality Database, 2006.

bago, donde sobrepasó 200 por 100.000 habitantes. La misma tasa en Barbados, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Perú y Puerto Rico estuvo por debajo de 150 por 100.000 habitantes.

Los últimos datos disponibles (2000–2004) muestran que las tasas de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio fueron más altas entre los hombres (223,9 por 100.000 habitantes) que entre las mujeres (179,3 por 100.000); asimismo, hubo grandes diferencias entre las subregiones, y la variación fue de 35 a 50 por 100.000 habitantes en México y Centroamérica, respectivamente, a 170 por 100.000 en Norteamérica (185).

En un estudio se comparó la tendencia de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en 10 países de América Latina entre 1970 y 2000; se encontró que la mortalidad por enfermedad coronaria y cerebrovascular descendió de manera sólida y constante en Canadá y los Estados Unidos, mientras que, para el

mismo período, en los países de América Latina solo se notificaron descensos de la mortalidad por enfermedad isquémica en Argentina y por enfermedades cerebrovasculares en Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica y Puerto Rico. En el mismo estudio también se informaron descensos menos marcados en la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en Brasil, Chile, Cuba y Puerto Rico, aunque la mortalidad por esa causa aumentó en Costa Rica, Ecuador, México y Venezuela. Esto podría ser resultado de cambios desfavorables que están sucediendo en general en la mayoría de los países de América Latina con respecto a los factores de riesgo, como la dieta inadecuada, la obesidad, la falta de actividad física y el tabaquismo, además de un control menos eficaz de la hipertensión arterial y del manejo de estas enfermedades (186).

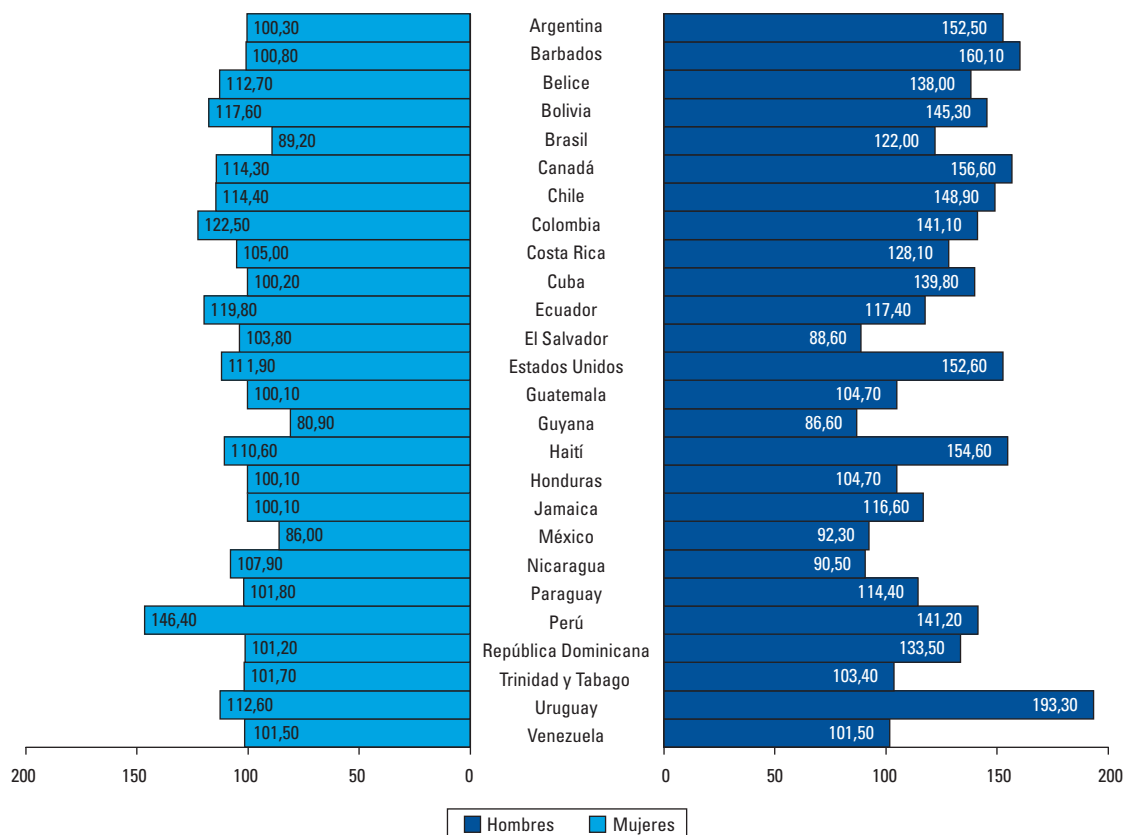
Un estudio sobre el riesgo atribuible para infarto agudo de miocardio, realizado en cuatro países de América Latina, encontró que el colesterol sérico elevado, el tabaquismo, la hipertensión, el índice de masa corporal y los antecedentes familiares de enfermedad coronaria, en su conjunto, fueron responsables de 81% de todos los casos de infarto agudo de miocardio en Cuba, 79% en Argentina, 76% en Venezuela y 70% en México (187).

Con respecto al accidente cerebrovascular, en 2002 hubo 271,865 muertes por esa causa en 27 países de la Región (187). La carga del accidente cerebrovascular estuvo entre 5 y 14 años de vida perdidos por discapacidad por 1.000 habitantes; esta cifra fue más alta en los países de las Américas que en la mayoría de los países del mundo desarrollado. El accidente cerebrovascular fue la principal causa de muerte en el Brasil en 2003; en Centroamérica y México se encontraron las tasas de mortalidad más bajas por esa enfermedad. En casi todas las subregiones de las Américas las tasas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular fueron más elevadas en las mujeres que en los hombres. Entre 1970 y 2000 se informó una tendencia descendente de las tasas de mortalidad por esta causa en la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe, con una disminución entre 10% y 49% en el último año comparado con el primero; la excepción fueron México y Venezuela, donde la mortalidad por esta causa no varió. Por otra parte, en Canadá y en Estados Unidos hubo un descenso de la tasa más marcado, alrededor de 60%, entre 1970 y 2000. La mortalidad por enfermedad cerebrovascular fue entre 2 y 4 veces mayor en Latinoamérica y el Caribe que en Estados Unidos en 2000 (186). Las causas de estas diferencias no se conocen bien, aunque podría sospecharse que hay importantes variaciones en la incidencia del evento cerebrovascular, el acceso a los servicios, la calidad de la atención del accidente cerebrovascular y el control de los factores de riesgo.

### Neoplasias malignas

En 2005, se estimaron 7,6 millones de muertes en el mundo producidas por el cáncer; es decir, 13% de todas las muertes y 21,6% de las muertes por enfermedades crónicas. El cáncer es

**FIGURA 21. Tasas de mortalidad por cáncer (por 100.000 habitantes), según sexo, Región de las Américas, 2002.**



Fuente: GLOBOCAN 2002 database, International Agency for Research on Cancer.

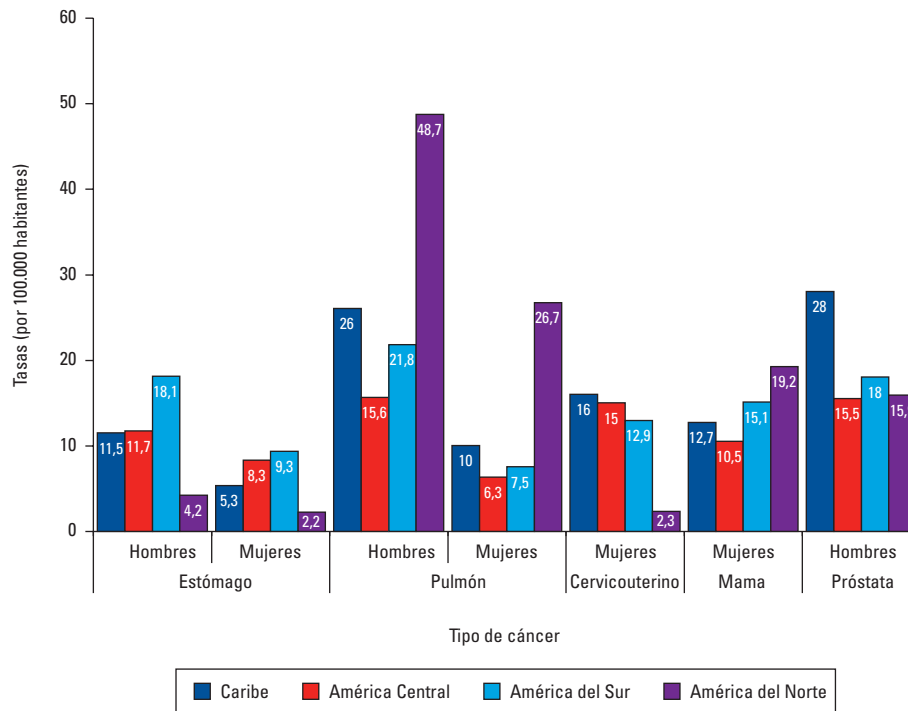
responsable de 5% de la carga mundial de enfermedad. La mortalidad por cáncer de pulmón y de mama en las mujeres aumentó en la mayoría de los países de América Latina entre 1970 y 2000. Por ejemplo, entre 1970 y 1994, la tasa de mortalidad por cáncer de mama en Costa Rica subió de 6,97 por 100.000 mujeres a 13,42 por 100.000; en Cuba, de 12,33 a 15,82 por 100.000 mujeres; en México, de 4,99 a 9,04, y en Argentina, de 18,64 a 20,99. Por el contrario, en América del Norte, la mortalidad por cáncer de mama ha descendido entre 1985 y 2000.

En 2002, la tasa de mortalidad más alta por todos los tumores malignos en los hombres se dio en el Uruguay, con una tasa ajustada por edad de 193,3 por 100.000 (más alta que las de Canadá y los Estados Unidos, que presentaron tasas de 156,6 y 152,6 por 100.000 respectivamente, similares a la de Argentina). Entre las mujeres, Perú y Colombia presentaron las tasas de mortalidad ajustadas por edad más altas de América Latina, con 146,4 y 122,5 por 100.000, respectivamente. Las tasas de mortalidad general por cáncer más bajas entre los hombres se presentaron en El Salvador, México y Nicaragua; entre las mujeres, se presenta-

ron en Brasil y México (figuras 21 y 22). En Argentina y Chile, las tasas de mortalidad por cáncer en los hombres tendieron a bajar entre 1970 y 2000, mientras que aumentaron en Colombia y Cuba (188).

#### Cáncer de bronquios y pulmón

En 2002, los hombres de Uruguay y Cuba presentaron las tasas de mortalidad ajustadas por edad más altas de América Latina, 48,1 y 38 por 100.000 habitantes, respectivamente; las tasas más bajas se registraron en El Salvador y Guyana (5,7 y 7,2 por 100.000, respectivamente). Entre las mujeres, la mortalidad por cáncer de pulmón aumentó entre 1970 y 2000. Estas tendencias coinciden con los patrones de tabaquismo observados en los hombres y las mujeres en América Latina (188–189). Por otra parte, la tasa de mortalidad por cáncer del pulmón entre las mujeres fue significativamente menor en América Latina y el Caribe (10 por 100.000) que en América del Norte (26,7 por 100.000). En Argentina, la mortalidad por cáncer de pulmón subió de 5,8 por 100.000 mujeres en 1970 a 6,43 por 100.000 en 1994. En Chile,

**FIGURA 22. Tasas de mortalidad por cáncer según tipo de cáncer y sexo, Región de las Américas, 2002.**

Fuente: GLOBOCAN 2002 database, International Agency for Research on Cancer.

durante el mismo período, las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón subieron de 5,48 a 6,37 por 100.000 y en México, de 3,93 a 5,92 por 100.000.

### Cáncer de estómago

La mortalidad por cáncer de estómago entre los hombres fue muy alta en la mayoría de los países de América Latina en 2002, con tasas por encima de 11 por 100.000 en el Caribe y América Central, y más de 18 por 100.000 habitantes en América del Sur.

Entre los países con tasas de mortalidad más alta figuran varios del Área Andina, como Colombia (15,7 por 100.000 mujeres, 27,8 por 100.000 hombres), Ecuador (22,1 por 100.000 mujeres y 31 por 100.000 hombres) y Perú (24,1 por 100.000 mujeres, 29,5 por 100.000 hombres). Además, Chile tiene tasas altas (32,5 por 100.000 hombres y 13,2 para las mujeres), parecidas a las tasas de Costa Rica (30,1 por 100.000 hombres y 17,0 por 100.000 mujeres). Aún cuando las tasas de países como Cuba y México eran menores de 10 por 100.000 habitantes, fueron más altas que las observadas en los Estados Unidos (4,2 por 100.000 hombres y 2,2 por 100.000 mujeres). Las tasas de mortalidad por cáncer de estómago en la mayoría de los países de América Latina descendieron en forma constante entre 1970 y 2000, probablemente debido a cambios en la alimentación, la mejoría en la conservación y refrigeración de los alimentos y la disminución en la prevalencia de

la infección por *Helicobacter pylori*, así como a una posible reducción del tabaquismo en los hombres (188,190).

### Cáncer de cuello uterino y de mama

El cáncer de cuello uterino continúa siendo una de las principales causas de muerte de las mujeres en muchas partes del mundo, a pesar de la introducción de programas de detección temprana hace más de 30 años. En América Latina y el Caribe, en 2002 se registraron 71.862 nuevos casos y 32.639 muertes por esta causa (189), cifras que se encuentran entre las más altas del mundo. En la Región, las tasas de mortalidad ajustadas por edad en 2002 estuvieron cerca de 15 por 100.000 mujeres en el Caribe y Centroamérica, cerca de 13 por 100.000 en América del Sur, y mucho más altas que las tasas para mujeres en América del Norte de 2,3 por 100.000. Es alarmante que una enfermedad que se puede detectar de manera temprana tenga tasas de mortalidad tan altas como las de Bolivia (30,4 por 100.000 mujeres), Haití (48,1), Nicaragua (22,3) y Paraguay (24,6).

En las mujeres, el cáncer de mama tiene una alta mortalidad en países del Caribe y América del Sur. En 2002, las más altas tasas de mortalidad por cáncer de mama, ajustadas por edad, se encontraron en Barbados (25,5 por 100.000 mujeres), Uruguay (24,1) y Argentina (21,8); las tasas registradas en América del Norte fueron de alrededor de 19,2 por 100.000. Durante los últi-

mos años, las tasas de mortalidad por cáncer de mama por 100.000 mujeres aumentaron en la mayoría de países de América Latina y el Caribe, especialmente en aquellos que presentaban las tasas más bajas como Colombia (de 5,2 en 1969 a 9,1 en 1994); Costa Rica (7,0 en 1970 a 12,7 en 1995) y México (4,9 en 1970 a 9,5 en 1994). En Chile y Cuba las tendencias fueron estables. En América del Norte, las tasas de mortalidad por cáncer de mama han disminuido, pasando de 23,8 por 100.000 en 1970 a 22 por 100.000 en 1994 en Canadá, y de 22,5 por 100.000 en 1970 a 20,7 por 100.000 en 1994 en los Estados Unidos (189,190). Entre 1963 y 1982, nueve estudios en Europa y Canadá han demostrado que la mamografía, como método de detección del cáncer de mama en las mujeres de 50 a 69 años de edad, ha sido eficaz para reducir la mortalidad en un 23% (191). En algunos países como los Estados Unidos, Australia y algunos europeos, se recomienda que los médicos valoren cada caso en forma individual para determinar la conveniencia de realizar una mamografía de detección a las mujeres entre 40 y 49 años de edad (189). Las razones relativamente elevadas entre mortalidad e incidencia en muchos países de América Latina y el Caribe indican que los casos de cáncer de mama no están siendo tratados apropiadamente, por lo que es necesario proporcionar un amplio acceso a los servicios diagnósticos y terapéuticos adecuados (191).

### Cáncer de próstata

Las regiones del Caribe y América del Sur presentaron tasas de mortalidad ajustadas por edad por cáncer de próstata muy elevadas, de 28 y 18 por 100.000 respectivamente; en Canadá la misma tasa fue de 16,6 y en Estados Unidos, 15,8 por 100.000. En 2002, las mayores tasas de mortalidad por este tipo de cáncer se dieron en Barbados (55,3 por 100.000), Belice (35,2) y la República Dominicana (42,2), seguidos por Costa Rica, Guyana, Perú y Uruguay, con tasas cercanas a 20 por 100.000. Las tasas de mortalidad más bajas se encontraron en El Salvador y México, comparables con las de América del Norte, alrededor de 15 por 100.000. Las tendencias entre los años 1970 y 2000 mostraron un incremento en las tasas de mortalidad por esta causa en todos los países de América Latina, especialmente en Costa Rica y México.

### Diabetes

En América Latina y el Caribe la diabetes mellitus ocupó el cuarto lugar como causa de muerte en el año 2001, lo que representó 5% del total de muertes (185). En México fue la primera causa de muerte en la población total en 2002, con 12,8% de las defunciones (primera causa en el sexo femenino, con 15,7% y segunda en el masculino, con 10,5%). Las tasas de mortalidad por diabetes más elevadas en las Américas (alrededor de 2002) se presentaron en México y en el Caribe no Latino (60 y 75 por 100.000, respectivamente) (179).

El número estimado de personas con diabetes en América Latina fue de 13,3 millones en 2000; se ha proyectado que para 2030 habrá 32,9 millones, o sea que el número de casos aumentará

más del doble, solo como consecuencia del envejecimiento de la población y de la urbanización (192). Debido al aumento en la prevalencia de obesidad que se ha observado en muchos países del mundo y a su importancia como factor de riesgo para la diabetes, el número de casos en 2030 podría ser mucho más alto (192); sin embargo, las estimaciones indican que, aunque la prevalencia actual de obesidad se mantuviera hasta 2030, la epidemia de diabetes continuará. En los Estados Unidos, el aumento de la prevalencia de diabetes se ha explicado por un incremento similar en la proporción de personas obesas y no por el aumento del riesgo absoluto de presentar diabetes (193). Según la Asociación Estadounidense de Diabetes, las personas cuya glicemia en ayunas es entre 100 mg/dl y 126 mg/dl son clasificadas con glicemia alterada o prediabetes, término que indica un mayor riesgo de presentar la enfermedad clínicamente. La prediabetes también está relacionada con el síndrome metabólico, que además incluye la obesidad o acumulación abdominal de grasa, trastornos de los lípidos e hipertensión (194).

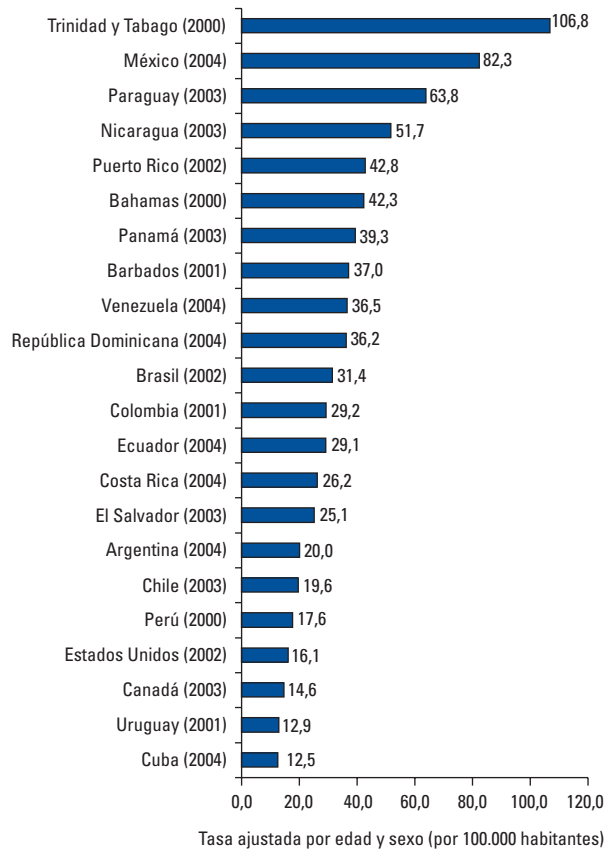
Durante la década de los noventa ha habido un incremento de la prevalencia de diabetes y prediabetes en niños y adolescentes de los Estados Unidos. Esto se ha atribuido a un aumento de la obesidad, debido a cambios en la dieta y a una disminución considerable de la actividad física de los jóvenes (195). En los países de América Latina y el Caribe se están produciendo cambios similares, aunque la prevalencia de obesidad en niños y adolescentes aún no llega a la magnitud informada en los Estados Unidos. Sin embargo, en algunas localidades del norte de México, se han registrado tasas de obesidad cercanas a las observadas en Estados Unidos (196).

El subregistro de la mortalidad por diabetes es conocido (180,197). Esto se debe a que cuando fallecen las personas que tienen diabetes, se registra como causa directa de muerte una de sus complicaciones crónicas, por ejemplo, enfermedad cardiovascular o nefropatía. Los últimos datos disponibles indican que las tasas de mortalidad por diabetes mellitus ajustadas por edad más elevadas se observaron en México y Trinidad y Tabago; las tasas más bajas se encontraron en Cuba, Canadá, Estados Unidos y Uruguay (figura 23).

En un estudio que se realizó en personas de 60 y más años de edad en siete ciudades de América Latina y el Caribe, se encontró una prevalencia de diabetes autoinformada de 15,7%; la más alta correspondió a las mujeres de Bridgetown, Barbados (21,3%) y la más baja, a los hombres de Buenos Aires, Argentina (12,0%). Además se encontró una fuerte asociación de la prevalencia de diabetes con el índice de masa corporal y el bajo nivel educativo (198).

El cuadro 20 muestra la prevalencia cruda y estandarizada de diabetes, hipertensión y sobrepeso en poblaciones adultas, según estudios realizados en Barbados (199), Belice (200), Canadá (201), Chile (202), Costa Rica (203), El Salvador (204), Estados Unidos (205–207), Guatemala (208), Haití (209), Honduras (210), México (211–213) y Nicaragua (214). Según los estudios que fueron realizados en personas de 20 y más años (cuadro 20), la prevalencia ajustada de diabetes fue mayor en Belice (15,3%), Nica-

**FIGURA 23. Tasa de mortalidad por diabetes mellitus ajustada por edad y sexo,<sup>a</sup> en países seleccionados, Región de las Américas, últimos años disponibles.**



<sup>a</sup>Incluye códigos CIE-10: E10 a E14.

Fuente: PAHO, Health Analysis and Information Systems, Regional Mortality Database, 2006.

ragua (11,9%) y Costa Rica (10,7%); El Salvador (9,8%), Estados Unidos (9,3%) y Honduras (8,0%) presentaron una prevalencia mayor de 7% y menor de 10%, mientras que la de Chile y Haití fue de 7%. En el estudio de Barbados (199), que fue realizado en personas de 40 y más años y usó la hemoglobina glicosilada (A1c) como prueba diagnóstica, se encontró una prevalencia cruda de diabetes de 19,4% (estandarizada, 18,6%). La prevalencia aumentó con la edad en ambos sexos y fue mayor en las mujeres que en los hombres. Por otra parte, en un estudio realizado en los estados fronterizos de Estados Unidos y México, se encontró que 15,7% de los encuestados padecía diabetes (215).

### Enfermedades crónicas de vías respiratorias

En América Latina y el Caribe estas enfermedades fueron causa de 3% de todas las defunciones. Los últimos datos disponibles en la Región (alrededor del año 2000), indican que las tasas de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respi-

ratorias se encuentran entre 16 y 25 por 100.000; en la mayoría de los países, las tasas de mortalidad por estas causas fueron más elevadas entre los hombres que entre las mujeres. En los Estados Unidos, la tasa cruda de mortalidad fue de 42,9 por 100.000 en 2002, igual en ambos sexos. Este grupo de enfermedades causó 2,5% de la carga mundial de enfermedad en 2001, 3,5% de la carga en los países de altos ingresos y 2,4% en los de ingresos bajos y medianos (177).

Las tasas de mortalidad ajustadas por edad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema y bronquitis crónica) fueron más altas en Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos, México, Nicaragua, Panamá y Uruguay, con tasas entre 30 y 20 por 100.000 habitantes, según los últimos datos disponibles (alrededor de 2000). Argentina, Belice, Canadá, Chile, El Salvador, Puerto Rico, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago y Venezuela tuvieron tasas intermedias, entre 20 y 10 por 100.000. Las tasas más bajas se encontraron en Bahamas, Barbados, Ecuador, Paraguay y Perú, con menos de 10 por 100.000 habitantes.

### Hipertensión

La hipertensión es un factor de riesgo mayor para enfermedades del corazón y cerebrovasculares. Las tasas de mortalidad por enfermedad hipertensiva ajustadas por edad (figura 24) en países seleccionados de la Región muestra la tasa más elevada en Bahamas (44,8 por 100.000 habitantes) y las más bajas en Canadá, El Salvador, Panamá y Uruguay.

Los datos de varios estudios poblacionales en la Región (cuadro 20) muestran que la prevalencia de hipertensión estandarizada por edad y sexo entre la población de 20 y más años de edad fue más alta en Haití (41,3%) y Chile (38,3%); Belice, Costa Rica, Estados Unidos, México y Nicaragua presentaron prevalencias entre 25% y 34%, mientras que en El Salvador, Guatemala y Honduras la prevalencia fue menor de 25%. En una encuesta y seguimiento poblacional realizados en Barbados en personas de 40 y más años de edad, se encontró una prevalencia de hipertensión de 54%; la frecuencia fue más alta entre las mujeres y se incrementaba en forma marcada con la edad (216). En México, la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas y la Encuesta Nacional de Salud mostraron que la hipertensión se incrementó de 26% a 30% entre 1998 y 2000 (217,218). En Cienfuegos, Cuba, se informó una prevalencia de hipertensión se en adultos de 19,9% y fue más frecuente en hombres que en mujeres (219).

El control deficiente de la tensión arterial en las personas hipertensas puede aumentar el riesgo de mortalidad prematura. Tanto el estudio de Barbados (216) como el de México (220) mostraron una alta proporción de personas que desconocían que padecían hipertensión, al igual que personas con cifras de tensión elevadas entre las que estaban bajo tratamiento. En estos estudios también se encontró mayor mortalidad general por todas las causas entre las personas que tenían hipertensión que entre la población general comparable.

**CUADRO 20. Prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión y sobrepeso en poblaciones adultas según sexo, países seleccionados de las Américas, últimos años disponibles.**

País	Año	Edad (años)	Cruda			Estandarizada <sup>a</sup>		
			Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
<b>Diabetes mellitus</b>								
Barbados	2002 <sup>b</sup>	≥ 40	16,5	21,5	19,40	16,21	20,93	18,57
Belice	2006	≥ 20	8,56	16,29	12,41	10,57	20,24	15,34
Chile	2003	≥ 20	6,10	6,50	6,30	7,30	6,70	7,00
Costa Rica	2005	≥ 20	8,30	7,60	7,90	11,52	9,97	10,67
El Salvador	2004	≥ 20	7,68	7,09	7,37	10,79	9,05	9,85
Estados Unidos	2001–02	≥ 20	10,20	8,50	9,30	10,60	8,20	9,30
Guatemala	2003	≥ 20	8,84	7,72	8,23	11,30	10,05	10,65
Haití	2002	≥ 20	4,72	8,83	7,30			7,00
Honduras	2004	≥ 20	6,41	5,88	6,12	8,79	7,35	8,00
México	2000	20–69			10,70			14,50
Nicaragua	2004	≥ 20	8,93	9,02	8,98	11,63	12,03	11,91
<b>Hipertensión</b>								
Barbados	2002 <sup>b</sup>	≥ 40	49,8	59,6	55,4	50,55	58,74	54,64
Belice	2006	≥ 20	27,11	30,73	28,91	31,76	38,33	33,54
Chile	2003	≥ 20	36,70	30,80	33,70	41,50	36,60	38,30
Costa Rica	2005	≥ 20	26,13	25,04	25,57	28,57	28,05	28,30
El Salvador	2004	≥ 20	21,20	21,17	21,18	24,61	24,44	24,52
EUA	1999–02	≥ 20	25,10	25,70	25,50	25,20	25,80	25,50
Guatemala	2003	≥ 20	11,97	13,92	12,96	17,99	21,86	19,96
Haití	2003	≥ 20	48,52	45,68	46,74			41,30
Honduras	2004	≥ 20	23,62	21,56	22,48	25,29	24,23	24,70
México	2000	20–69	34,2	26,3	30,05	30,90	36,90	33,90
Nicaragua	2004	≥ 20	24,02	25,09	24,59	30,62	33,51	32,18
<b>Sobrepeso (índice de masa corporal ≥ 25)</b>								
Belice	2006	≥ 20	58,64	74,56	66,57	59,93	76,15	67,99
Canadá <sup>c</sup>	2000	≥ 12	51,80	37,80	44,80	56,62	40,49	48,56
Chile	2003	≥ 20	43,20	32,70	37,80	62,95	66,09	64,52
Costa Rica	2005	≥ 20	62,00	55,80	58,80	67,16	58,69	62,66
El Salvador	2004	≥ 20	69,56	63,09	66,17	70,93	65,12	67,89
EUA	2000–01	≥ 20	70,80	61,80	66,30	69,90	60,60	65,30
Guatemala	2003	≥ 20	54,77	63,94	59,73	55,07	66,49	61,21
Honduras	2004	≥ 20	51,94	59,95	56,36	52,69	61,48	57,57
México	2000	20–69	60,7	65,3	62,0			
Nicaragua	2004	≥ 20	59,04	71,40	65,61	63,08	74,40	69,19

**Notas:**

Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua: estudios realizados en poblaciones urbanas de las capitales. Belice: estudio nacional.

*Criterios diagnósticos para diabetes.* Barbados: HbA1c >10% o diagnóstico previo de diabetes; Chile, El Salvador, Estados Unidos, México: glucosa en ayunas ≥ 126 mm/L o diagnóstico previo de diabetes; Belice, Costa Rica, Guatemala, Haití, Nicaragua: Prueba de Tolerancia a la Glucosa de 2 horas ≥ 200 mm/L o Glucosa de Ayunas ≥ 126 mm/L, o diagnóstico previo de diabetes.

*Criterios diagnósticos para hipertensión.* Presión arterial sistólica ≥ 140 mm/Hg, o presión arterial diastólica ≥ 90 mm/Hg o diagnóstico previo de hipertensión.

<sup>a</sup>Por edad y sexo usando la población de Segi como estándar (Segi M, Kurihara M. Trends in cancer mortality for selected sites in 24 countries, 1950–1959. Senday, Japan: Tohoku University School of Medicine, Department of Public Health; 1963).

<sup>b</sup>Año de publicación.

<sup>c</sup>Tasas estandarizadas truncadas para 40 y más años.

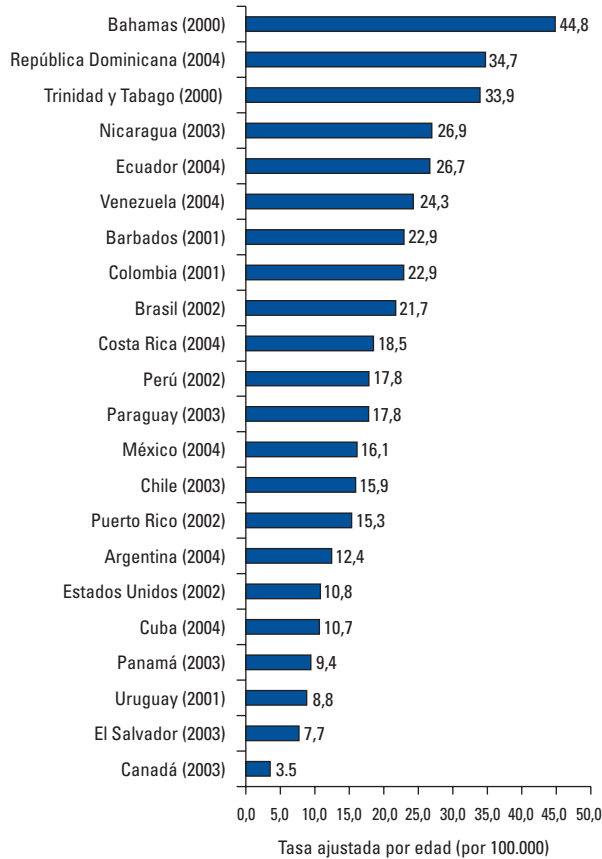
**Fuente:** Barbados,<sup>199</sup> Belice,<sup>200</sup> Canadá,<sup>201</sup> Chile,<sup>202</sup> Costa Rica,<sup>203</sup> El Salvador,<sup>204</sup> Estados Unidos,<sup>205–207</sup> Guatemala,<sup>208</sup> Haití,<sup>209</sup> Honduras,<sup>210</sup> México,<sup>211–213</sup> y Nicaragua.<sup>214</sup>

### Factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles

Varios de los factores de riesgo comunes a la mayoría de las ECNT (entre ellas la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y varias formas de cáncer) se pueden modificar; los más impor-

tantes son una dieta poco saludable, la falta de actividad física, el tabaquismo y el abuso del alcohol (221). A su vez, esos factores se expresan a través de otros de riesgo intermedio, como hipertensión, hiperglicemia (diabetes y prediabetes), hipercolesterolemia (en especial lipoproteínas de baja densidad), sobrepeso y obesi-

**FIGURA 24. Tasa de mortalidad ajustada por edad y sexo por enfermedad hipertensiva<sup>a</sup> en países seleccionados de las Américas, últimos años disponibles.**



<sup>a</sup>Incluye códigos CIE-10: I10 a I15.

Fuente: PAHO, Health Analysis and Information Systems, Regional Mortality Database, 2006.

dad. Los factores de riesgo sujetos a modificación, junto con los factores de riesgo que no se pueden modificar, como la edad y la herencia, explican la mayoría de las enfermedades crónicas. Todos estos factores están determinados por condiciones demográficas, sociales, culturales, políticas y económicas, como la pobreza, la urbanización, la globalización, y la estructura y dinámica de la población (222), y las posibilidades de éxito de las acciones preventivas aumentan considerablemente cuando se orientan hacia esos factores (180, 201, 223–225).

### Tabaquismo

El hábito de fumar está relacionado con varias enfermedades, entre las más conocidas están el cáncer de pulmón y otros tipos de cáncer, las enfermedades del corazón y las cerebrovasculares, el enfisema, la enfermedad vascular periférica y otras (226, 227). Además repercute negativamente en el embarazo.

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que la mitad de los fumadores actuales (650 millones de personas) morirán

entre los 35 y los 69 años de edad. Se estima que el tabaco produjo 100 millones de muertes en el siglo XX y se ha proyectado que llegará a 1.000 millones de muertes en el siglo XXI (226). En los Estados Unidos, el cigarrillo es responsable de más de 440.000 muertes por año, o 1 de cada 5 defunciones; de estas, cerca de 10% son resultado de la exposición pasiva al humo. Todos los casos de cáncer causados por tabaquismo podrían prevenirse. Al menos 30% de todas las muertes por cáncer en los Estados Unidos son debidas a tabaquismo; asimismo, se estima que ese hábito causa 8 de cada 10 casos de cáncer de pulmón. Alrededor de 8,6 millones de personas tienen al menos una enfermedad grave causada por el cigarrillo. En el mismo país, los costos directos e indirectos de las enfermedades relacionadas con el cigarrillo suman más de US\$ 157 mil millones anualmente (227). Fumar también constituye una seria amenaza para la salud de los adultos y niños no fumadores que están expuestos al humo del cigarrillo, ya que solo en los Estados Unidos produce la muerte por cáncer de pulmón de aproximadamente 3.000 no fumadores por año (226). Entre los adultos, los países con mayor proporción de hombres fumadores en la Región de las Américas son Cuba (48%), Ecuador (45,5%), Trinidad y Tabago (42,1%) y Perú (41,5%). Entre las mujeres adultas, la prevalencia de uso de tabaco es mayor en Venezuela (39,2%), Argentina (34%), Brasil (29,3%) y Cuba (26,3%). Entre los adolescentes (13 a 15 años), la prevalencia de tabaquismo en el sexo masculino es mayor en Chile (34%), Bolivia (31%) y Perú (22%), mientras que en el sexo femenino las prevalencias mayores se reportaron en Chile (43%) Argentina (30%) y Uruguay (24%). En todos los países la prevalencia es mayor en el sexo masculino que en el femenino, tanto en adultos como en adolescentes (228).

Según el sistema de vigilancia de factores de riesgo del comportamiento de los Estados Unidos, en 2002, 23% de los adultos en ese país (25% de los hombres y 20% de las mujeres) informaron ser fumadores actuales (definido como haber fumado al menos 100 cigarrillos en toda la vida y fumar actualmente todos los días o algunos días). En 2001, 28,5% de los estudiantes de educación secundaria que participaron en una encuesta informaron haber fumado cigarrillos uno o más días en los 30 días anteriores a la encuesta; también se observó que la edad promedio al empezar a fumar había sido de 15,4 años (227). En 2000, 21,5% de los canadienses de 12 y más años de edad eran fumadores cotidianos actuales (201).

### Dieta y falta de actividad física

Más de la mitad de la población de la Región de las Américas es sedentaria, pues no practica la recomendación mínima de realizar 30 minutos diarios de actividad moderadamente intensa, por lo menos cinco días a la semana. En varios países, la proporción de la población cuya salud está en riesgo debido a la falta de actividad física se aproxima a 60%.

Se estimó que en Brasil, Chile, México y Perú, más de dos terceras partes de la población no realizan actividad física de acuerdo con los niveles recomendados para obtener beneficios de salud. La participación en actividades físicas es menor en las mu-



eres que en los hombres; mayor en las personas con más ingresos, y disminuye a medida que avanza la edad, en ambos sexos (229).

En los Estados Unidos, 25% de los adultos (28% de las mujeres y 22% de los hombres) informaron en 2002 que no realizaban actividad física durante su tiempo libre. Esta frecuencia fue 37% en la población hispana, 33% en la afroamericana y 22% en la población blanca. Más de tres cuartas partes de los adultos (80% de los hombres y 71% de las mujeres) informaron que no consumían la cantidad diaria recomendada de frutas y verduras (227). El 48% de los estudiantes de educación secundaria indicaron que no participaban en clases de educación física (44% de los hombres y 52% de las mujeres) (227) y 79% (77% de los hombres y 80% de las mujeres) consumían menos de cinco porciones de frutas y vegetales por día. En ese país se considera que al menos 300.000 muertes al año están asociadas con una dieta inadecuada y falta de actividad física (227). En Canadá, según la Encuesta de Salud Comunitaria Canadiense, 53,5% de las personas de 12 y más años de edad eran físicamente sedentarias; la falta de actividad física fue mayor en las mujeres (57%) que en los hombres (49,6%) (201). La falta de actividad física no es problema exclusivo de los países desarrollados. En el municipio Villanueva de Ciudad de Guatemala (208), en una encuesta poblacional de adultos se observó que solo 25% de los encuestados eran físicamente activos (150 minutos o más por semana de actividad física moderada).

Estos factores de riesgo tienen lugar en un contexto social, cultural, político y económico que puede agravar la salud de la población, a menos que se tomen las medidas para crear un entorno que promueva la salud. Sin embargo, en muchos países en desarrollo, las políticas alimentarias continúan focalizadas solo en la desnutrición y no han sido aún orientadas hacia la prevención de las enfermedades crónicas (230).

### **Sobrepeso y obesidad**

La personas con obesidad, definida como un índice de masa corporal (IMC)  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades del corazón, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer de mama, cáncer de colon, litiasis vesicular y artritis (227). En 2005, más de 1.000 millones de personas en el mundo tenían sobrepeso, de las cuales 805 millones eran mujeres, y más de 300 millones eran personas obesas. De mantenerse las tendencias actuales, se estima que más de 1.500 millones de personas tendrán sobrepeso en 2015 y que el IMC aumentará en casi todos los países del mundo. Cada año al menos 2,6 millones de personas mueren a causa de sobrepeso u obesidad (231).

En 2005, se estimó que la prevalencia de sobrepeso en mujeres de 30 y más años de edad sobrepasaba 50% en todos los países de la Región; en algunos, como Estados Unidos, Jamaica, México, Nicaragua y otros países del Caribe, la prevalencia fue mayor de 75% (231). En los Estados Unidos, la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas, al duplicarse su prevalencia en las últimas dos décadas. En 2000, los costos directos e indirectos atribuidos a la obesidad en los Estados Unidos fueron de US\$ 117 mil millones.

En el mismo país, en 2001, 11% de los estudiantes de educación secundaria tenían sobrepeso (14% de los hombres y 7% de las mujeres); además, 14% estaba en riesgo de adquirir sobrepeso (227). En 2000, 44,8% de los canadienses de 12 y más años de edad tenían sobrepeso (51,8% de los hombres y 37,8% de las mujeres), siendo este un problema en todas las edades, pero que principalmente afecta a las personas entre 35 y 64 años. Adicionalmente, 19% presentaban simultáneamente sobrepeso y sedentarismo, y el porcentaje de los que tenían sobrepeso, sedentarismo y tabaquismo al mismo tiempo era de 5,3% (201).

La prevalencia del sobrepeso (IMC  $\geq 25$ ) estandarizada por edad y sexo para las personas de 20 años y más de edad fue más alta en Nicaragua, El Salvador y Estados Unidos (65% a 70%), mientras que Chile, Costa Rica y Guatemala presentaban una prevalencia ajustada que iba de 60% a menos de 65%. En Honduras esta prevalencia fue de 57,6% y Canadá presentó la prevalencia ajustada más baja (48,5%), aunque los datos de ese país incluyen a personas de 12 y más años de edad (cuadro 20).

### **Hipercolesterolemia**

La hipercolesterolemia es uno de los mayores factores de riesgo independientes para enfermedades del corazón y enfermedades cerebrovasculares. Se considera que los niveles de colesterol total en la sangre constituyen un factor de riesgo cuando llegan a  $\geq 200$  mg/dl. Una disminución de 10% en los niveles de colesterol total puede reducir la incidencia de enfermedad coronaria en 30%. Se ha calculado que en 2001, 105 millones de estadounidenses (30,9% de la población total; 32,2% de los hombres y 29,8% de las mujeres) tenían un nivel de colesterol total por encima de los valores normales, y que 80% de estas personas no estaban en tratamiento (227). En México, la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2001 y 2002 encontró una prevalencia global de hipercolesterolemia de 43,3% (232).

En la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en Argentina en 2005, 27,8% de los encuestados que se habían hecho medir el colesterol informaron tenerlo elevado (233). En Chile, la Encuesta de Salud realizada en 2003 encontró una prevalencia de colesterol total elevado de 25% (234). La Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI, por su sigla en inglés) realizó en el período 2003–2004 una encuesta multinacional sobre diabetes mellitus, hipertensión arterial y sus factores de riesgo, en la que la prevalencia general de hipercolesterolemia fue de 19,7% en Managua, Nicaragua (214), 45,7% en San José, Costa Rica (203) y 35,5% en Villa Nueva, Guatemala (208).

### **Abuso del alcohol**

El abuso del alcohol se considera un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares tales como hipertensión, accidentes cerebrovasculares y diabetes. En un estudio nacional realizado en Canadá (2000), se encontró una prevalencia de este factor de riesgo de 7,8% entre los hombres y 4,3% entre las mujeres (201). En Argentina (2005), se encontró 9,6% de consumo regular de al-

cohol (definido como más de una copa promedio por día en mujeres o dos copas promedio por día en hombres) y 10,1% para el consumo episódico excesivo de alcohol (definido como consumo de cinco o más copas en una sola oportunidad en al menos un día, en los 30 días previos a la entrevista) (233). En un estudio poblacional realizado en 2004 en Managua, Nicaragua, se encontró que 18% (36% de los hombres y 7,9% de las mujeres) informaron que habían consumido cinco o más bebidas alcohólicas al menos una vez en las cuatro semanas que precedieron la entrevista (214).

### **Nivel educativo y económico**

El bajo nivel de escolaridad se ha usado como indicador de inequidad en nuestra Región. Varios estudios han mostrado que las personas con poca educación formal tienen mayor riesgo de presentar ECNT (198,233–235). La diabetes se ha relacionado con bajo nivel de escolaridad en múltiples estudios poblacionales en adultos (234,235) y adultos mayores (198). La Encuesta Nacional de Salud de Chile (2003) mostró también que la prevalencia de hipertensión arterial, obesidad, sedentarismo y enfermedades crónicas de las vías respiratorias fue significativamente más alta entre las personas de bajo nivel educativo.

Las personas de bajos ingresos están más expuestas a presentar ENT y a sufrir sus consecuencias. En Argentina, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, la proporción de personas con hipertensión o con mal control de la presión arterial (presión arterial >140/90 con tratamiento) fue mayor en las personas de menores ingresos y en aquellos sin cobertura de seguridad social (233). De igual modo, estudios realizados en adultos de varias ciudades del Perú pusieron en evidencia que un nivel más alto de educación y de información sobre la salud confiere protección contra el sobrepeso en las mujeres; también encontraron que al disminuir el nivel socioeconómico aumenta la prevalencia de varios factores de riesgo (como el colesterol elevado, la diabetes, el sobrepeso y la obesidad) para las enfermedades crónicas. El riesgo relativo de presentar enfermedad cardiovascular en el nivel socioeconómico más bajo fue cuatro veces mayor que el de los estratos socioeconómicos más altos (236,237). Otros estudios realizados en Brasil, Chile y Perú demostraron que las personas de bajos ingresos eran las que menos practicaban actividad física (229).

La incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino también se relacionó con la pobreza, el acceso limitado a los servicios, la vida en zonas rurales y los bajos niveles de escolaridad, así como con aspectos culturales y psicosociales. Por ejemplo, un análisis realizado en 2004 encontró en el Ecuador tasas de incidencia y mortalidad por cáncer del cuello del útero más altas en las mujeres más pobres, especialmente en aquellas de las zonas rurales. En Bolivia, las amplias variaciones de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello del útero dentro del país se relacionaron con el acceso a los servicios, el grado de escolaridad y la pobreza (238).

### **Respuesta del sistema de salud**

La información disponible, aunque es escasa, indica que las enfermedades crónicas constituyen un problema de salud enorme y creciente para América Latina y el Caribe. Las estrategias costo-efectivas para prevenir y controlar las ECNT son conocidas y están documentadas. La respuesta integrada a las ECNT estaría conformada por la combinación de una estrategia poblacional (políticas públicas saludables, campañas de comunicación, uso de mercado social y reorientación de los servicios de salud) y una estrategia individual (manejo de los factores de riesgo y de las enfermedades crónicas no transmisibles), así como por un sistema de vigilancia epidemiológica.

Si bien ha habido algunos avances en la prevención y control de las enfermedades crónicas en América Latina, esto no se refleja aún en la situación de salud. Las estrategias multisectoriales y la reorientación de los modelos de atención hacia la prevención, el control de riesgos y el tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas todavía no están presentes en todos los países de la Región. En 2001 y 2005, la OMS realizó encuestas para evaluar la capacidad nacional para dar respuesta a las enfermedades no transmisibles (239); los resultados indican que se ha experimentado un progreso en las actividades de prevención y control de las ENT en Latinoamérica y el Caribe. Del total de 25 países de esta región que respondieron a la encuesta de 2005, 81% tenían un departamento de enfermedades crónicas en el ministerio de salud, en comparación con 59% en la encuesta de 2001. La proporción de países que informó contar con un presupuesto específico para enfermedades crónicas aumentó de 23% en 2000 a 59% en 2005. De igual modo, la proporción de países que incluía ENT en el informe anual de salud aumentó de 72% en 2000 a 96% en 2005, y los que contaban con sistemas de vigilancia de ENT aumentaron de 50% en 2000 a 63% en 2005. Aunque un número considerable de los países de América Latina parece tener sistemas de vigilancia para enfermedades crónicas, hay escasez de datos publicados para evaluar el estado actual de las ENT en estos países. Solo se encontraron publicaciones de Argentina, Barbados, Brasil, Chile y México, con datos nacionales que muestran la prevalencia de ENT o sus factores de riesgo.

Más de 80% de los países informaron que tenían protocolos para diabetes, hipertensión y cáncer; 68% de los países refirieron tener políticas para las enfermedades crónicas, la mayoría relacionadas con el sistema de salud o el sistema de información. El Convenio Marco para el Control del Tabaco y la Estrategia de Dieta, Actividad Física y Salud prestan atención a políticas intersectoriales relacionadas con la salud de la población y la prevención de los riesgos para las ECNT. La encuesta de la OMS sobre capacidad nacional mostró que solo 16% del total de países tenían planes para implementar la estrategia mencionada. En América Latina, 27 países (hasta agosto de 2006) habían firmado el Convenio Marco para el Control de Tabaco, y a pesar de que más de 80% de los países habían firmado el Convenio, es muy pronto para ver su impacto en la mortalidad.

## PROMOCIÓN DE LA SALUD

### SALUD MENTAL

La salud mental es un área de la salud pública compuesta de múltiples dominios. En el ámbito de la salud, incluye la promoción y prevención primaria y, desde el punto de vista de la enfermedad, la recuperación de la salud mental y la disminución de las discapacidades que genera el trastorno. Dado que la mayoría de los países dedican sus esfuerzos al cuidado de los trastornos psiquiátricos, este informe se refiere, en gran medida, a este último aspecto.

### Carga y magnitud de los trastornos mentales

Los estudios epidemiológicos realizados en la década de los noventa hacen patente un llamado a la acción. En 1990 se estimó que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban 8,8% de las años de vida ajustados en función de la discapacidad en América Latina y el Caribe; en 2002 esa carga había ascendido a más del doble, 22,2% (240,241).

A pesar de la magnitud de la carga de los trastornos mentales, la respuesta de los países es por lo general limitada o inadecuada. La resultante es una paradójica situación de una gran carga y una respuesta insuficiente, que se hace evidente en las actuales brechas de tratamiento de los trastornos mentales y las deficiencias de los modelos de servicios en salud mental (241).

En una revisión de los estudios epidemiológicos más relevantes realizados en la Región sobre los trastornos mentales, la prevalencia media estimada en el año precedente fue de 1% para las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia), 4,9% para la depresión mayor y 5,7% para el abuso o dependencia del alcohol. Sin embargo, no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno (ya sea en un servicio especializado o en uno de tipo general) más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de la

ansiedad y cerca de las tres cuartas partes de las que dependían o abusaban del alcohol (241).

Estudios realizados en algunos países expresan claramente estas brechas en términos del porcentaje de personas que requerían tratamiento y no lo recibieron. Por ejemplo, en las psicosis no afectivas se notificó una brecha de 58% en Brasil (mes precedente a la encuesta) (242) y 44,4% en Chile (6 meses precedentes) (243) (cuadro 21); en Belice, la brecha para la esquizofrenia se estimó en 63% (244).

En conclusión, solo una minoría de las personas que requieren atención relacionada con la salud mental la reciben, no obstante el sufrimiento que los trastornos producen, la discapacidad que generan y el impacto emocional y económico que tienen en la familia y la comunidad. A esta situación debe agregarse el hecho de que los trastornos mentales afectan en mayor grado a los estratos socioeconómicos más bajos, para los cuales los servicios son más escasos.

### Desastres y salud mental

Muchos países de la Región han estado y están expuestos a desastres naturales y conflictos armados internos. Estos dejan en su curso heridas y cicatrices psicosociales que elevan las tasas de morbilidad psiquiátrica y de otros problemas emocionales. En un estudio realizado en Honduras después del huracán Mitch, se encontraron tasas elevadas de síntomas compatibles con manifestaciones de estrés postraumático, depresión mayor y abuso del alcohol. Estas tasas en los residentes de barrios de bajo nivel económico llegaron dentro en el primer trimestre después del desastre a 15,7%, 25,9% y 8,0%, respectivamente (245).

### La respuesta

Hay diversos indicadores sobre la respuesta de los países a sus necesidades de salud mental. Casi 73% de los países de la Región

**CUADRO 21. Brecha en el tratamiento<sup>a</sup> de las enfermedades mentales, Brasil, Chile y México.**

Trastorno	São Paulo, Brasil (1 mes precedente a la encuesta)	Chile (6 meses precedentes a la encuesta)	México, Distrito Federal (toda la vida)
Psicosis no afectivas	58,0	44,4	—
Depresión mayor	49,4	46,2	43,4
Distimia	43,8	32,4	78,5
Trastorno bipolar	46,0	50,2	74,1
Ansiedad generalizada	41,1	44,2	72,2
Trastornos de pánico	47,8	22,7	70,0
Trastorno obsesivo-compulsivo	—	27,6	92,1
Abuso o dependencia del alcohol	53,3	84,8	—

<sup>a</sup>Brecha expresada en términos del porcentaje de personas que necesitaban tratamiento y no lo recibieron.

**Fuente:** Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B: Los trastornos mentales en América latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Pública 2005; 18 (4/5): 229–240, 2005.

cuentan con políticas explícitas de salud mental; sin embargo el gran reto en la actualidad es la aplicación de esas políticas y planes nacionales. Asimismo, 75% cuentan con legislación específica, si bien no en todos los países está actualizada. El 78,1% de los países cuenta con asignación presupuestaria específicamente dedicada a salud mental, aunque en algunos la proporción del presupuesto asignada a este rubro es alrededor del 1% del presupuesto total en salud. Por ejemplo, El Salvador, Guatemala y Nicaragua fueron objeto de una exploración exhaustiva del estado del sistema de salud mental, en la que se encontró que se dedica a la salud mental 1% o menos del presupuesto general de salud y de este, aproximadamente 90% se invierte en los hospitales psiquiátricos (246). Este esquema de gastos limita el avance de los modelos alternativos de salud mental comunitarios.

El control de los trastornos psiquiátricos requiere, entre otras modalidades terapéuticas, de intervenciones farmacológicas y psicosociales que pueden ofrecerse por medio de la atención primaria de la salud. Sin embargo, en el estudio centroamericano antes mencionado, se mostró que en muchas ocasiones la red de servicios ambulatorios no dispone de psicofármacos esenciales.

Otra forma de medir la respuesta es evaluando el número de profesionales especializados disponibles. En las Américas hay 2 psiquiatras por 100.000 habitantes, lo que corresponde a una fracción de los que hay en Europa (9,8 psiquiatras por 100.000 habitantes). La comparación entre Europa y América es más favorable en relación con los profesionales de psicología, ya que son 3,1 y 2,8 por 100.000 habitantes, respectivamente (247).

### Perspectivas de cambio

Desde 1990, cuando se adoptó la Declaración de Caracas, los países de América Latina y el Caribe han hecho de la reestructuración de la atención psiquiátrica un eje clave de sus estrategias, con el fin de superar la asistencia proporcionada en manicomios y en su lugar promover la transferencia de la atención a la comunidad.

Esta estrategia de transformación fue ratificada en Brasilia en noviembre de 2005 durante la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas, donde se evaluó el progreso de ese proceso, con la participación de casi todos los países de la Región. No obstante, todavía en 4 de 5 países la mayor proporción de camas psiquiátricas está ubicada en los hospitales psiquiátricos —en lugar de los hospitales generales— y a un cuarto de los países aún le falta desarrollar la atención psiquiátrica en la comunidad. Sin embargo, se han dado transformaciones importantes que permiten suponer que el movimiento de reforma se extenderá (248).

La declaración final de la Conferencia de Brasilia advierte que los servicios de salud mental deben afrontar nuevos desafíos técnicos y culturales que se han hecho más evidentes en estos últimos 15 años. Algunos desafíos son la vulnerabilidad psicosocial, que incluye la problemática de las poblaciones indígenas y las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis; el aumento de la morbilidad y la proble-

*“América Latina se encuentra en una transición: aún no ha asumido las características de las sociedades tecnológicamente avanzadas, a la vez que las enfermedades predominantes son de tipo agudo o crónico y están determinadas por factores ambientales susceptibles de prevención.”*

Abraham Horwitz, 1964

mática psicosocial de la niñez; el aumento de la demanda, por parte de la sociedad, de servicios que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso de alcohol; y el aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental, en especial con referencia a la atención de las víctimas.

Es indudable que la salud mental ha venido escalando su posición en la agenda de las sociedades y los países, de lo cual algunos ejemplos son la Resolución de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud en materia de salud mental de 2001, la existencia de experiencias locales y nacionales exitosas, la emergencia de nuevas asociaciones de usuarios y familiares y el incremento de la promoción de la causa. Se abren posibilidades cada vez mayores de intervenciones costoeficientes (249), lo que permite suponer que la respuesta, todavía limitada, será más satisfactoria con el transcurso del tiempo.

### SALUD ORAL

La salud oral continúa siendo un aspecto crítico de las condiciones generales de salud en la Región de las Américas, por su contribución a la morbilidad total, los altos costos de tratamiento y el aumento de la inequidad en salud oral; a ello contribuyen los servicios de salud oral de baja calidad, la limitada cobertura, el aumento de los costos de tratamiento y la baja inversión en programas de salud pública odontológica. Desde 1995, se han conducido 40 encuestas nacionales de salud oral en las Américas, cuyos resultados indican una disminución de entre 35% y 85% en la prevalencia de caries dental (250); sin embargo, la morbilidad oral sigue siendo alta en comparación con otras regiones del mundo (251). En respuesta, se han diseñado estrategias para disminuir la morbilidad oral y promover un acceso más equitativo a los servicios odontológicos, fundamentadas en los exitosos modelos de los programas de fluoruración en las últimas décadas, la promoción de tecnologías simples y costoefectivas y el establecimiento de sistemas de salud integrados que combinen servicios de salud oral y general (252).

### Caries dental

Una de las metas que se propuso la OPS en 1999 fue reducir la prevalencia de la caries dental en 50% en toda la Región (253).

Para tal efecto, se trabaja en cooperación con cada país para realizar la vigilancia epidemiológica de la caries dental, por medio de estudios clínicos transversales en grupos específicos (cohortes) siguiendo los protocolos establecidos por la OMS (254).

En 2000, la OMS estableció como meta de salud bucodental un índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) menor que 3 para la edad de 12 años. Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curazao, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guyana, Haití, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, México, Nicaragua, Perú, Saint Kitts y Nevis, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela y algunos estados del Brasil lograron un CPOD promedio de 3. Bolivia y la República Dominicana, así como algunas regiones de Chile, todavía tienen un CPOD promedio superior a 4 (255). Si se clasifican los países de la Región con base en el porcentaje de niños libres de caries, se observan dos patrones geográficos. El primero, constituido por países como Belice, Guyana, las Islas Caimán, Jamaica y los Estados Unidos, en donde 40% o más de los niños de 12 años de edad no presentan caries. El segundo lo conforman Bolivia, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay y la República Dominicana, en donde entre 10% y 25% de los niños de 12 años tienen un CPOD igual a cero (255).

Aunque desde la década de 1980 hasta la actualidad existe gran variabilidad en los porcentajes de reducción de caries dental (de 2,5% en Bahamas hasta 89,5% en Belice), como se ve en el cuadro 22, cabe destacar que todos los países muestran una disminución del CPOD promedio a los 12 años de edad (255). En países que realizaron encuestas de salud oral entre 2002 y 2004, como Guatemala, Suriname y Trinidad y Tabago, se observan porcentajes de reducción de caries dental de 35,8%, 71,2% y 87,8%, respectivamente, cuando se comparan los datos con encuestas realizadas en la década de 1980 (figura 25). Si la tendencia observada continúa, es de esperar que la mayor parte de los países de la Región logre disminuir la prevalencia de caries dental para el año 2015 a un CPOD promedio  $<1,5$  a los 12 años de edad. Se espera una reducción constante en las subregiones Andina, del Caribe y Cono Sur, y una más marcada en Centroamérica (figura 26). Estas proyecciones son aproximaciones del porcentaje de reducción de caries dental, calculadas con base en datos de países que tienen estudios epidemiológicos conducidos con intervalos mínimos de 10 años.

A pesar de la disminución del CPOD, principalmente en el componente de cariados, existe todavía una gran disparidad entre países cuando se analiza la contribución al CPOD de los componentes de obturados y perdidos. Existe un gran contraste entre países como Costa Rica, las Islas Caimán y los Estados Unidos de América que tienen porcentajes elevados (49%–71%) de dientes obturados, y otros países como Bolivia, Ecuador, Honduras, Panamá, Paraguay y la República Dominicana, donde más de 80% del CPOD corresponde a la presencia de dientes sin tratar (255).

La OPS ha desarrollado una tipología para indicar el perfil de salud oral con base en el CPOD a los 12 años de edad y poder

hacer comparaciones entre países (250). La tipología se divide en tres estadios de gravedad de la enfermedad: 1) *Emergente*, definido como un CPOD-12  $>5$  y ausencia de un programa nacional de fluoruración; 2) *Crecimiento*, representado por un CPOD-12 de 3–5 y ausencia de un programa nacional de fluoruración, y 3) *Consolidación*, definido por un CPOD-12  $<3$  y presencia de un programa nacional de fluoruración. El progreso en la reducción de la caries dental se ve reflejado en el cambio significativo del perfil epidemiológico a través de la Región. De 1996 a 2005, hubo un incremento de 51,3% con respecto a países que pasaron del *crecimiento* a la *consolidación*, mientras que cerca de 22% de los países pasaron del estadio *emergente* al de *crecimiento* o directamente a la *consolidación*, como en el caso de Belice, El Salvador, Haití, Nicaragua y Perú (cuadro 23).

### Fluoruración en las Américas

La incorporación de fluoruros sistémicos al agua y la sal para consumo humano ha probado tener efectos beneficiosos para prevenir la caries en varios países de América y Europa (256–258). La fluoruración del agua para beber ha sido un factor significativo en la reducción de la prevalencia de caries en Norteamérica (259); igualmente, se han reportado efectos benéficos del consumo de sal fluorurada (260–262).

Desde 1994, la OPS puso en marcha un plan multianual para prevenir la caries en la Región, basado en la fluoruración de la sal y del agua. El plan se guía por tres principios operativos: 1) prevención de la caries, 2) formación de la capacidad técnica y 3) sostenimiento de los programas. La distribución de los programas de fluoruración varía en la Región de acuerdo al tipo de sistema utilizado (agua o sal), cobertura y estatus. En la actualidad, 16 países cuentan con sistemas operativos de agua o sal, o ambos (Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Jamaica, México, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela); seis países han iniciado el desarrollo de algún sistema (Belice, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Paraguay) y tres países tienen planeada la importación de sal fluorurada (Granada, Guyana y Suriname). Según el tipo de sistema, solo seis países cuentan con sistemas de fluoruración de agua a nivel nacional (Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos y Panamá); la cobertura es de 65% en São Paulo, Brasil, y de 67% en los Estados Unidos (255).

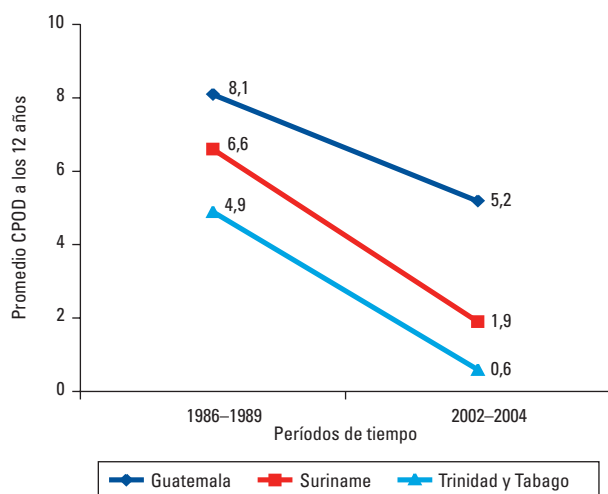
Costa Rica, Jamaica y México son los casos más exitosos de fluoruración de sal. Los dos primeros introdujeron los programas de fluoruración en 1987, mientras que México lo hizo en 1991. Datos epidemiológicos de la segunda mitad de la década de 1980 hasta la mitad de la de 1990 muestran porcentajes de reducción anualizados de caries dental en dentición permanente de niños de 12 años de edad entre 6,6% (México) y 15,2% (Jamaica) (255). Se espera que este panorama se replique en otros países de la Región como Ecuador, Perú y Uruguay, que iniciaron programas de fluoruración de la sal en la mitad de la década de 1990. Otros vehículos de suministro de fluoruro han sido utiliza-

**CUADRO 22. Índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) y porcentaje de reducción en niños de 12 años de edad, países seleccionados, Región de las Américas, 1980–2004.**

País	Año/ Período	CPOD	Año/ Período	CPOD	Reducción (%)	Reducción anualizada (%)
<b>América del Norte</b>						
Canadá	1982	3,2	1990	1,8	43,8	6,9
Estados Unidos	1986–1987	1,8	1988–1991	1,4	21,8	7,9
México	1988	4,4	1997–1998	3,1	29,6	3,5
	1987	4,6	2001	2,0	45,7	6,5
<b>Centroamérica y Panamá</b>						
Guatemala	1987	8,1	2002	5,2		
Belice	1989	6,0	1999	0,6	89,5	20,2
El Salvador	1989	5,1	2000	1,4	74,5	11,7
Honduras	1987	7,7	1997	4,0	48,4	6,4
Nicaragua	1983	6,9	1997	2,8	60,0 (1983–1997)	6,3
	1988	5,9				
Costa Rica	1988	8,4	1992	4,9	42,2 (1988–1992)	12,8
			1999	2,5	72,5 (1988–1999)	10,6
Panamá	1989	4,2	1997	3,6	13,3	1,8
<b>Área Andina</b>						
Venezuela	1987	3,7	1997	2,1	42,2	4,1
Colombia	1977					
	1980	4,8	1998	2,3	52,1	3,7
Ecuador	1988	5,0	1996	2,9	40,5	5,9
Perú	1988	4,8	1990	3,1	N/D	
Bolivia	1981	7,6	1995	4,6	39,3	3,5
Chile	1987	6,0	1992	4,7	47,8 (1987–1999)	7,0
			1996	4,1		
			1996	3,4	12,8 (1992–1996)	3,4
<b>Cono Sur y Noroeste de América del Sur</b>						
Argentina	1987	3,4				
Uruguay	1983–1987	8,5	1992	4,2		
			1999	2,5	40,6 (1992–1999)	7,2
Paraguay	1983	5,9	1999	3,8	35,1	2,7
Brasil	1986	6,6	1996	3,1	54,0 (1986–1996)	7,5
Suriname					1992	2,7
					2002	1,9
Guyana	1983	2,7	1995	1,3	51,9	5,9
<b>Caribe</b>						
Anguila	1986	7,5	1991	2,5	66,7	19,7
Bahamas	1981	1,6	2000	1,3	2,5	0,1
Islas Caimán	1989–		1995	1,1		
	1990	4,6	1999	0,9	63,0	16,6
Jamaica	1984	6,7	1995	1,1	83,9	15,2
República Dominicana	1986	6,0	1997	4,4	26,0	2,0
Saint Kitts y Nevis	1979–1980	5,5	1998	2,6	53,4	3,8

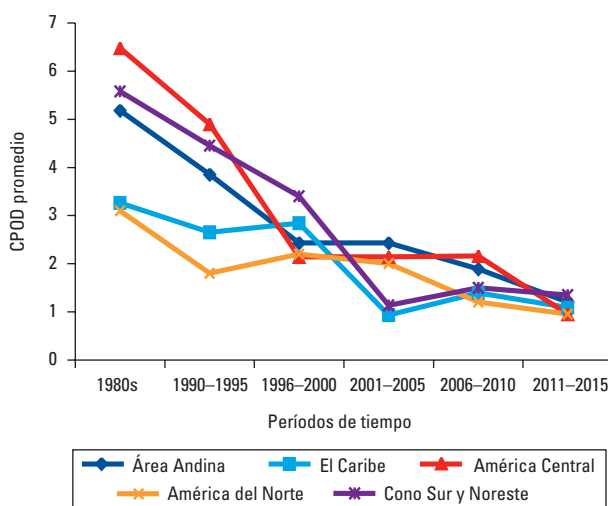
**Fuente:** Estupiñán-Day, S. "Promoting Oral Health: The Use of Salt Fluoridation to Prevent Dental Caries," Pan American Health Organization, Scientific and Technical Publication No. 615, Washington, D.C., PAHO, 2005.

**FIGURA 25. Reducción del número de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) a los 12 años de edad, Guatemala, Suriname y Trinidad y Tabago, década de 1980 y 2002–2004.**



**Fuente:** Estupiñán-Day, S. (2005). "Promoting Oral Health: The Use of Salt Fluoridation to Prevent Dental Caries." Pan American Health Organization, (PAHO/WHO), Washington, D.C. Scientific and Technical Publication No. 615, Reviewed by John J. Warren, DDS, MS. Journal of Public Health Dentistry, 2006.

**FIGURA 26. Número promedio de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) a los 12 años de edad, por subregiones, Región de las Américas, 1980–2015.**



**Fuente:** Tellez, M. Progress Report No. 1 (Development Stage of Chapter Oral Health). Pan American Health Organization, July 2006.

dos con éxito en la Región, como lo demostró el esquema de fluoruración de la leche en Codigua, Chile, entre 1994 y 1999 (263). Se espera que para 2010, cerca de 400 millones de personas en Latinoamérica y el Caribe tengan acceso a algún tipo sistémico de fluoruración (sal o agua) (255).

### Fluorosis dental

La fluorosis dental no es considerada una enfermedad, como la caries, sino una alteración de la mineralización del esmalte dental que resulta de la alta exposición a flúor en los estadios de formación y maduración en el desarrollo de los dientes. En todos los programas preventivos en los que se administre fluoruro sistémico a niños menores de 8 años de edad, se puede esperar un incremento de 10% a 15% en la prevalencia de las formas más leves de fluorosis. Por tal motivo, es una de las afecciones que se recomienda incluir en los programas de vigilancia epidemiológica oral de la Región.

Estudios epidemiológicos conducidos en la segunda mitad de la década de 1990 demostraron una prevalencia de fluorosis entre 2,3% (Honduras) y 25,6% (Chile). La alta prevalencia de fluorosis no se debe únicamente al consumo de agua o sal fluorurada, sino también a uso de pasta dental con flúor, a los programas preventivos de suplementos de flúor, como en el caso de las Bahamas (donde la prevalencia de fluorosis es de 24%) y a los altos contenidos naturales de flúor en el agua (>1,5mg/L) encontrados en Belice, Bolivia, Costa Rica, Paraguay y República Dominicana. Estudios transversales más recientes conducidos en Colombia (264), Estados Unidos (265) y México (266,267) informaron sobre un incremento en la prevalencia de fluorosis dental, particularmente en niños de edad escolar y población adulta joven.

Una revisión de lo publicado sobre el tema dio como resultado que la prevalencia de fluorosis (leve a grave) en México varía de 30% a 100% en zonas con agua fluorurada naturalmente, y de 52% a 82% donde se utiliza sal fluorurada (266, 267). En Colombia, 1.061 estudiantes de escuela primaria fueron examinados en la región central de Caldas; de ellos, 63% tenían fluorosis de algún grado (56% leve y muy leve, 7% moderado o grave) (264).

### Práctica de restauración atraumática

En Latinoamérica, el tratamiento restaurativo tradicional para la caries dental es la amalgama, técnica que es costosa y no muy accesible, particularmente para la gente de escasos recursos económicos. La práctica de restauración atraumática (PRAT), ampliamente utilizada en otras partes del mundo (268–270), es un tratamiento exitoso con gran potencial en la Región. La técnica consiste en remover el tejido cariado únicamente con instrumentos manuales, y restaurar la cavidad preparada con un material de obturación adhesivo, como el ionómero de vidrio, lo que apoya el concepto restaurativo de intervención mínima (271). El propósito de la técnica es quitar tejido dentinal externo desmineralizado, que no requiere anestesia, con lo que se reduce significativamente el dolor y el miedo del paciente (268,269). Sin embargo, la falta de información acerca de la relación costo-efectividad de esta técnica en comparación con el tratamiento convencional de amalgama, y de su éxito cuando personal no tradicional (auxiliares dentales) realiza las restauraciones, impulsaron a realizar un ensayo clínico prospectivo por parte de la OPS y el Banco Interamericano de Desarrollo (272).

**CUADRO 23. Cambios en los estadios de la tipología en salud oral,<sup>a</sup> Región de las Américas, alrededor de 1996 y 2005.**

	1996			2005		
	Emergente	Crecimiento	Consolidación	Emergente	Crecimiento	Consolidación
Anguila						✓
Argentina		✓			✓	
Aruba						✓
Bahamas			✓			✓
Barbados						✓
Belice	✓					✓
Bermuda			✓			✓
Bolivia		✓			✓	
Brasil		✓				✓
Canadá			✓			✓
Chile		✓			✓	
Colombia		✓				✓
Costa Rica		✓				✓
Cuba			✓			✓
Curazao						✓
Dominica			✓			✓
Ecuador		✓				✓
El Salvador	✓					✓
Estados Unidos			✓			✓
Granada						✓
Guatemala	✓			✓		
Guyana			✓			✓
Haití	✓					✓
Honduras	✓				✓	
Islas Caimán						✓
Islas Tucas y Caicos						✓
Jamaica			✓			✓
México		✓				✓
Nicaragua	✓					✓
Panamá		✓			✓	
Paraguay	✓				✓	
Perú	✓					✓
Puerto Rico		✓				
República Dominicana	✓			✓		
Santa Lucía				✓		
Suriname		✓				
Trinidad y Tabago		✓				✓
Uruguay		✓				✓
Venezuela		✓				✓

<sup>a</sup>Estadio emergente: CPOD > 5; estadio de crecimiento: CPOD 3-5; estadio de consolidación < 3.

**Fuente:** Estupiñán-Day, S. "Promoting Oral Health: The Use of Salt Fluoridation to Prevent Dental Caries," Pan American Health Organization, Scientific and Technical Publication No. 615, Washington, D.C., PAHO, 2005.

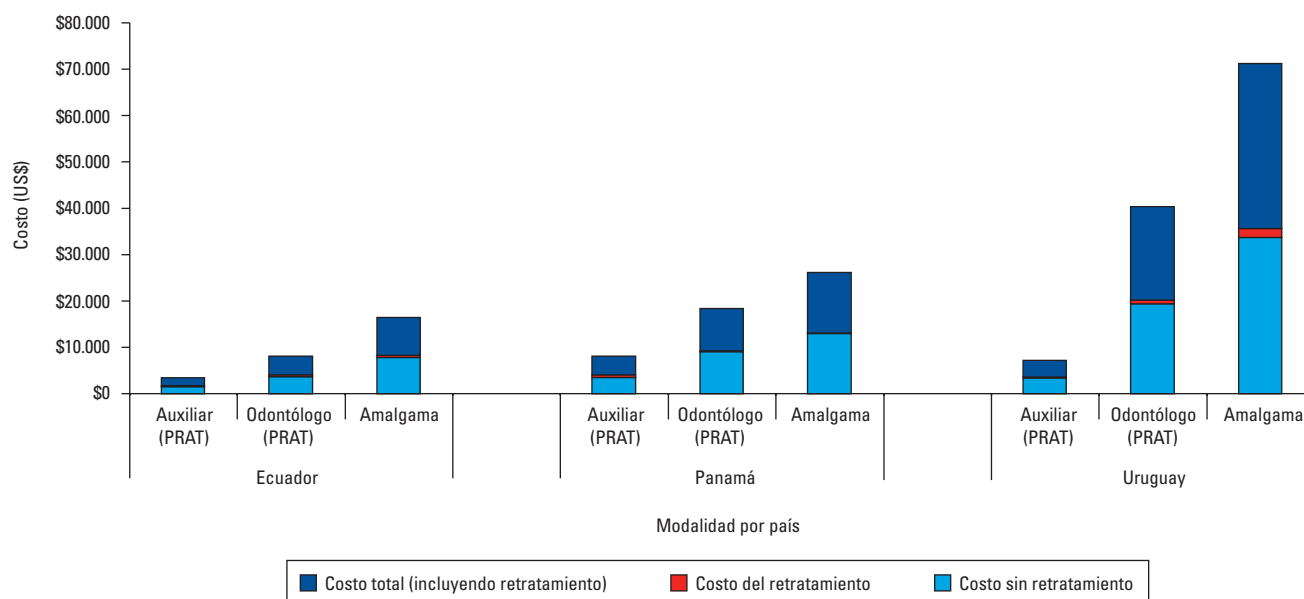
El estudio se llevó a cabo en Ecuador, Panamá y Uruguay, teniendo en cuenta las diferencias geográficas, epidemiológicas y económicas de los tres países. Participaron en el estudio cerca de 1.630 niños entre 6 y 9 años de edad que presentaban lesiones de caries a nivel de esmalte o dentina, o ambos, en los primeros molares permanentes. Los niños fueron asignados aleatoriamente a un grupo de tratamiento (PRAT o amalgama) y se reexaminaron después de 12 y 24 meses (y se van a examinar a los 36 meses) para evaluar las restauraciones (siguiendo los criterios para restauraciones PRAT y del Servicio de Salud Pública de los Estados

Unidos de América) y la aparición de nuevas lesiones. Con el propósito de comparar posibles diferencias en las tasas de falla de las restauraciones y en los costos de acuerdo al proveedor del servicio, tanto odontólogos como auxiliares dentales aplicaron la técnica PRAT. Durante el proceso se registró la información sobre los materiales utilizados para cada técnica y los tiempos requeridos para su aplicación; también se hizo una estimación de la relación costo-efectividad (272).

Los resultados preliminares del estudio demuestran claramente la superioridad de la técnica PRAT en términos de relación



**FIGURA 27. Costo-efectividad<sup>a</sup> de la práctica de restauración atraumática (PRAT) y de la técnica de amalgama, según proveedor del servicio, Ecuador, Panamá y Uruguay, 2006.**



<sup>a</sup> A un año, considerando principalmente los tratamientos prevenidos (cifras en US\$).

**Nota:** Los costos totales incluyendo re-tratamientos se calcularon con base en el siguiente número de restauraciones fallidas en un período de un año: Ecuador—Auxiliar PRAT: 159; Odontólogo PRAT: 105; Odontólogo Amalgama: 57. Panamá—Auxiliar PRAT: 157; Odontólogo PRAT: 19; Odontólogo Amalgama: 9. Uruguay—Auxiliar PRAT: 58; Odontólogo PRAT: 40; Odontólogo Amalgama: 58.

**Fuente:** Estupiñán-Day S., Milner T., Tellez M. (2006). "Oral Health of Low Income Children: Procedures for Atraumatic Restorative Treatment (PRAT). Final Report. Pan American Health Organization, (PAHO/WHO) and Inter-American Development Bank (IADB). Washington, D.C. ATN/JF-7025-RG-Project No. 091024.

costo-efectividad cuando se la compara con la amalgama. A pesar de que la probabilidad de falla de la restauración fue mayor cuando los auxiliares aplicaron la técnica PRAT que cuando los odontólogos aplicaron la técnica de amalgama en Ecuador y Panamá, la reducción de costos puede ser significativa. Si se consideran los equipos y materiales, el personal por procedimiento y los reemplazos de restauraciones fallidas, el costo total de tratar y reemplazar las restauraciones mediante auxiliares durante un año es la mitad del costo de tener un odontólogo usando PRAT, y menos de un tercio del costo de un odontólogo obturando con amalgama (figura 27) (272). La implementación del PRAT como nuevo modelo de servicios de salud oral a gran escala, integrado a los sistemas de atención primaria y con la participación de personal con diferentes niveles de formación académica (odontólogos, auxiliares), podría reducir las inequidades en el acceso a los servicios de salud (272).

### Enfermedad periodontal y su relación con enfermedades sistémicas

La enfermedad periodontal es una de las dos principales afecciones orales de la población mundial, con una prevalencia y gravedad muy altas (273). Actualmente, los indicadores clínicos de la enfermedad con mayor validez son la pérdida de inserción clínica

y la pérdida ósea. Sin embargo, muy pocos estudios representativos en la Región han empleado estos indicadores (274). El indicador de uso más común es el índice periodontal comunitario (IPC), recomendado por la OMS para generar perfiles poblacionales de enfermedad periodontal en los países y llevar a cabo comparaciones internacionales (254). A pesar de ser un indicador práctico para estudios epidemiológicos, su validez ha sido cuestionada en múltiples ocasiones por no ser lo suficientemente sensible para evaluar la extensión y la gravedad de la enfermedad (274).

En la Región, la gingivitis se presenta casi de manera generalizada y con mayor frecuencia en población de niveles socioeconómicos bajos; asimismo, afecta más a los hombres que a las mujeres (274). Por otra parte, la prevalencia total de enfermedad periodontal grave varía entre 4% y 19% (274). En la Región estas variaciones son debidas, en parte, a diferencias metodológicas más que a variaciones geográficas. La enfermedad periodontal tiene factores de riesgo comunes para trastornos o afecciones no transmisibles, tales como tabaquismo, malnutrición, consumo excesivo de alcohol, estrés, diabetes mellitus y otros trastornos sistémicos (273). El enfoque de factores de riesgo relacionados con el comportamiento y ambientales puede ser de suma importancia para elaborar estrategias efectivas de prevención de la enfermedad.

La cavidad oral alberga microorganismos e infecciones oportunistas que pueden afectar remotamente otros órganos del

cuerpo. Algunos factores de riesgo de enfermedades sistémicas frecuentemente coexisten con las enfermedades orales, y estas se han asociado con enfermedad cardiovascular, diabetes e infarto (275). Las infecciones que afectan a la mujer durante el embarazo pueden producir alteraciones en el sistema hormonal que regula la gestación, lo cual puede resultar en desenlaces negativos como parto prematuro, ruptura prematura de membranas y bajo peso al nacer (276,277). Se ha demostrado la asociación entre el parto prematuro o el bajo peso al nacer y la enfermedad periodontal, ya que esta puede tener mecanismos patógenos similares a otras infecciones maternas, como se ha encontrado en ensayos clínicos controlados en la población chilena (278,279).

## SALUD OCULAR

### Ceguera y pérdida de la visión

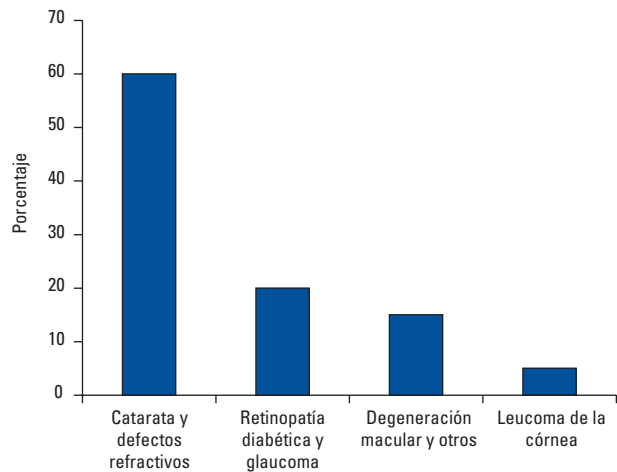
La Clasificación Internacional de Enfermedades, en su Décima Revisión, catalogó la agudeza visual inferior a 20/70 (6/18) como deficiencia visual, y la de menos de 20/400 (3/60) en el ojo con mejor visión, como ceguera. La carga de la deficiencia visual no está distribuida de manera uniforme. En muchos países de América Latina y el Caribe se calcula que, por cada millón de habitantes, 5.000 son ciegos y 20.000 tienen trastornos visuales; por lo menos dos tercios son atribuibles a condiciones que se pueden tratar, como las cataratas, los defectos de refracción, la retinopatía diabética y el glaucoma, tal cual se muestra en la figura 28. Cerca de 85% de los casos de ceguera se presentan en personas de 50 y más años de edad (280–282).

Entre 1999 y 2005, la Organización Panamericana de la Salud y la Christoffel Blindenmission (CBM) fomentaron y apoyaron, en un plano nacional, las evaluaciones rápidas de ceguera evitable y los servicios quirúrgicos de catarata en Cuba, Paraguay y Venezuela. Por otra parte, se llevaron a cabo estudios similares en zonas urbanas de Buenos Aires, Argentina, Campinas, Brasil, y Guadalajara, México. Se desarrollaron evaluaciones rurales rápidas en Piura y Tumbes, en el Perú, así como en Chimaltenango, Guatemala (283).

La prevalencia de ceguera en individuos de 50 años y más varió de 2,3% a 3% en las encuestas nacionales (283); la prevalencia en las zonas urbanas de Campinas, Brasil, y Buenos Aires, Argentina, fue de 1,4% (284) y en las zonas rurales de Guatemala y Perú, de cerca de 4% (285).

La proporción de casos de ceguera debida a catarata en personas de 50 años y más varió en un rango de 39% en las zonas urbanas de Brasil y Argentina (284), a cerca de 65% en las zonas rurales de Guatemala y Perú (285). Las evaluaciones nacionales indicaron que cerca de 60% de los casos de ceguera se deben a cataratas (283). En Latinoamérica, la cobertura de la atención médica ocular para personas cuya agudeza visual es inferior a 20/200 es de aproximadamente 80% en las áreas urbanas con un buen desarrollo, y de 10% en las áreas rurales y remotas (283).

**FIGURA 28. Causas de ceguera en América Latina y el Caribe, 2007.**



**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud. Estimaciones propias.

La calidad de los procedimientos quirúrgicos es sumamente variable; en las zonas rurales, 30% de los ojos sometidos a cirugía de catarata con lentes intraoculares pueden tener una agudeza visual inferior a 20/200, a diferencia de 8% de las personas operadas con esta técnica en zonas urbanas bien desarrolladas (283).

En los Estudios de Oftalmología de Barbados se encontró, en personas de 40 a 84 años de edad, una prevalencia de 42% con opacidad del cristalino; 7% con glaucoma de ángulo abierto y menos de 1% con degeneración macular relacionada con la edad (286). La prevalencia de glaucoma de ángulo abierto varió de acuerdo con los distintos grupos étnicos, de tal manera que en los blancos fue de 0,8%, en los mestizos de 3,3% y en los afrodescendientes de 7% (286).

En Latinoamérica, la retinopatía diabética constituye una de las principales causas de ceguera, después de la catarata y el glaucoma (282). Los resultados de una encuesta sobre diabetes y ceguera realizada en la República Dominicana indicaron que 5% de la ceguera se debía a la retinopatía por diabetes (287). En los Estudios de Barbados se encontró que entre los individuos de origen africano, uno de cada 17 sujetos padecía retinopatía por diabetes; por otra parte, 29% de las personas con diabetes tenían retinopatía (288).

Los defectos de refracción no corregidos son la causa más común de deficiencia visual bilateral en todas las décadas de la vida (289). Por otro lado, 22% de la población caribeña de 40 a 84 años de edad tiene miopía, en tanto que 47% tiene hipermetropía (290). En un estudio realizado en 6.998 escolares de Santiago de Chile, se encontró que más de 7% podría beneficiarse de anteojos adecuados, pero que 70% de ese grupo no había recibido corrección óptica al llevar a cabo el examen ocular (291).

En América Latina, la oncocercosis se agrupa en 13 focos en seis países: Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Ve-

nezuela. Este padecimiento afecta a cerca de medio millón de personas, aunque no es una causa importante de ceguera o de deficiencia visual. Actualmente, el Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas brinda apoyo técnico y financiero. En las comunidades endémicas se administra el tratamiento con Mectizán® dos veces al año y 12 de los 13 focos tienen ya la cobertura esperada de 85% (292).

En general, en los países de América Latina y del Caribe la deficiencia de vitamina A es subclínica. En los años ochenta se notificó como un problema de salud pública en Bolivia, Haití, Honduras y Nicaragua (293,294). Las intervenciones están integradas a los sistemas de nutrición, inmunización y atención primaria a la salud, a fin de eliminar la carencia de esta vitamina.

El tracoma —ocasionado por la infección por *Chlamydia trachomatis*— no constituye una causa importante de ceguera en Latinoamérica. Se han identificado algunos focos en Brasil, Guatemala y México (295). El Brasil cuenta con un programa de control del tracoma, a nivel federal, mediante el cual se aplicó una encuesta nacional sobre este padecimiento en las escuelas de 11 estados del país; se encontró una prevalencia de la enfermedad activa en 5,2% de los niños de 1 a 9 años de edad. En este programa se proporciona tratamiento antibiótico y no hay datos sobre la operación quirúrgica de la triquiasis (296). En Guatemala, el tracoma afecta a 92 comunidades; una organización no gubernamental lleva a cabo el tamizaje en individuos de 1 a 40 años de edad y proporciona antibióticos y tratamiento de la triquiasis. En el estado de Chiapas, en México, se puso en marcha el Programa de Prevención y Control del Tracoma mediante la estrategia SAFE (por su sigla en inglés), que comprende la corrección quirúrgica de la triquiasis, el uso de antibióticos, la higiene facial y mejoras ambientales (296); este programa está a punto de lograr la eliminación del padecimiento en ese estado (ningún otro estado de México ha notificado casos activos de tracoma).

La prevalencia de ceguera infantil en América Latina es de 4 a 6 por cada 10.000 niños (297); de 34% a 44% de los casos de ceguera infantil son prevenibles o tratables. Las causas prevenibles más comunes son la rubéola, la toxoplasmosis y la oftalmía del neonato, en tanto que las enfermedades tratables que se presentan con mayor frecuencia son la catarata y el glaucoma congénitos, así como la retinopatía por prematuridad (ROP) (297). En diferentes estudios se encontró que la ROP es la etiología más común en la Región, en particular en aquellos países donde se han introducido servicios de cuidados intensivos neonatales para los bebés con bajo peso al nacer (297,298).

### Costo de la ceguera

La pérdida anual en el producto interno bruto (PIB) debida a la ceguera se está calculando por medio de los costos directos e indirectos vinculados con la discapacidad visual, tales como los costos médicos directos, la pérdida de ingresos, el costo para las personas que brindan atención a los ciegos, incluso la pérdida de

salario, ayudas, equipo, modificaciones en el hogar y sufrimiento, entre otros (299). En el año 2000, se calculó que la pérdida anual en el PIB debida a la ceguera y a la disminución de la agudeza visual en América Latina y el Caribe fue de US\$ 3.209 millones. Los programas de prevención de la ceguera dan lugar a considerables ahorros en las economías nacionales. Se estima que para el año 2020, la pérdida anual de PIB en América Latina y el Caribe por ceguera y disminución de la agudeza visual podría ser de US\$ 9.983 millones, en contraste con US\$ 3.702 millones si se ponen en marcha programas de prevención de la ceguera en todos los países de la Región (299, 300).

### Logros en el control de la enfermedad

En América Latina y el Caribe, la tasa de cirugía de cataratas (TCC: número anual de cirugías de cataratas por millón de habitantes) varía según el desarrollo social y económico alcanzado en cada país. Con los años, esta tasa ha ido en aumento en la mayoría de los países; en 1999, solo 17% tenían una TCC de más de 1.500 (301); en 2006, casi la mitad ha alcanzado esa misma TCC. En 1995, únicamente 25% de los países contaban con un servicio de atención especializada para la baja visión, donde se proporcionan ayudas ópticas especiales a aquellas personas cuya visión no puede mejorar mediante el uso de anteojos, o bien con tratamiento médico o cirugía; actualmente, la mayoría de los países disponen de, al menos, un servicio de este tipo. En el año 2000, apenas unos cuantos países contaban con un programa de retinopatía por prematuridad (302); actualmente, en 18 naciones están en marcha programas de ROP en distintos niveles de desarrollo. Por otra parte, se han organizado diversos programas de atención de los defectos refractivos para niños en edad escolar, con la producción autosostenible de anteojos de bajo costo. Se han implementado y evaluado programas de comunicación exitosos para la detección de glaucoma en grupos de alto riesgo en el Caribe (303) y la producción de gotas oftálmicas de bajo costo aumentó la posibilidad de acceder a los medicamentos para el glaucoma en esa misma subregión. Se han iniciado diversos programas piloto para la retinopatía diabética, a fin de crear modelos de tamizaje y tratamiento, valorando la factibilidad y la costoefectividad. Durante 2006 y 2007, mediante el Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas, se han realizado evaluaciones oftalmológicas en diversos focos, a fin de valorar la eliminación de la morbilidad ocular relacionada con esa enfermedad.

### Alianzas

La OPS tiene una asociación a largo plazo con Sight Savers, así como con el Caribbean Council for the Blind (CCB), la Christoffel Blindenmission (CBM), la Fundación ONCE para América Latina (FOAL) y otros organismos. En 1999, la Organización Mundial de la Salud y la Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera lanzaron Visión 2020: El Derecho a la Visión, una iniciativa

destinada a brindar apoyo técnico y recursos a los Países Miembros. Otras organizaciones (Los Leones, Los Rotarios) y países (Cuba y Venezuela mediante la Operación Milagro) también aportan apoyo técnico y financiero a los países latinoamericanos y caribeños en sus esfuerzos para reducir la ceguera prevenible.

### El futuro

Es necesario seguir adelante con las medidas para incrementar la cobertura de la cirugía de catarata, a fin de controlar la principal causa de la ceguera; en la ejecución se debe dar prioridad a los grupos desatendidos (étnicos, minorías, rurales y pobres). También, se deben ampliar los programas vinculados con la baja visión, la ceguera infantil y los defectos de refracción, así como desarrollar programas modelo para la retinopatía diabética y fomentar la investigación en materia de detección y tratamiento del glaucoma.

### SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

A pesar de los avances logrados en los años posteriores a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994 (304), y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995 (305), el impacto de las acciones para mejorar la salud sexual y reproductiva (SSR) es muy débil. Esto se debe a que no se ha resuelto cómo disminuir la brecha de inequidad, ni cómo dar apoyo a los países, a sus líderes y a la comunidad para cambiar las disparidades en información y servicios, con el fin de obtener mejores resultados en la distribución de bienes de salud. Al considerar la salud sexual y reproductiva, la Conferencia Internacional (304) se ha pronunciado sobre varios aspectos clave. Primero, todos los individuos tienen derecho a un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones o procesos. La salud reproductiva, por lo tanto, implica que las personas puedan disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura y responsable, así como la capacidad para reproducirse y la libertad de decidir si se reproducen, cuándo y con qué frecuencia. Lo anterior conlleva el derecho de hombres y mujeres a la información y al acceso a métodos anticonceptivos seguros, efectivos, aceptables y asequibles financieramente; el derecho a servicios de salud de calidad para la atención del embarazo, el parto y el recién nacido; el derecho a servicios de atención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/sida, y a la prevención del cáncer del sistema reproductivo, de discapacidades generadas en el climaterio, y de la violencia sexual.

Si bien hay avances en la definición de políticas y programas que han producido mejoras en algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva en la Región, aún no se ha logrado diseñar una estrategia regional cuya ejecución sostenida logre el efecto deseado en los países y en la Región como un todo.

El foco de la acción debe darse en el ámbito político, social y gerencial, donde es necesario elaborar planes estratégicos eficientes; desarrollar la capacidad de definir las prioridades en el campo de la salud sexual y reproductiva; eliminar las limitantes legales y políticas; movilizar la voluntad política, y aumentar la visibilidad del problema y la responsabilidad de los diferentes actores. Las acciones también deben centrarse en la promoción y los servicios de salud sexual y reproductiva, donde habrá que mejorar la utilización de los recursos humanos, fomentar la adopción de buenas prácticas a nivel nacional y regional, y controlar o eliminar las barreras que impiden o limitan la utilización de los servicios por el individuo, la familia y la comunidad.

### Situación de la salud sexual y reproductiva en los países de la Región

La población total de la Región estimada en 2005 fue de 892 millones de habitantes, de los cuales 561 millones (63%) habitan América Latina y el Caribe. Cada año nacen en la Región un poco más de 16,2 millones de niños, 11,7 de ellos en América Latina. Si bien la población continúa creciendo (306), las tasas de natalidad y fecundidad presentan un franco descenso que, asociado a la disminución de las tasas de mortalidad, ha conducido a que 10 países de la Región hayan completado su transición demográfica o estén cerca de ella. Por ejemplo, la tasa global de fecundidad estimada en Cuba es de 1,6 hijos por mujer. No obstante, en el otro extremo se encuentra Guatemala, con una tasa de fecundidad de 4,3 hijos por mujer.

Este descenso en la natalidad, junto con los cambios observados en la mortalidad, se traduce en una disminución del crecimiento vegetativo de la Región, pero también en un crecimiento importante de la población de adolescentes y jóvenes por inercia demográfica, al igual que una tendencia franca al envejecimiento de la población en la mayoría de los países. Esta situación —aunada al aumento del número absoluto de gente pobre en América Latina y el Caribe (actualmente estimada más de 150 millones de personas), la feminización de la pobreza y un gran aumento del desempleo en la mayoría de los países— conlleva un aumento en las brechas de inequidad para grandes grupos de población, un aumento de la transmisión de la pobreza de generación en generación, y un traslado cada vez mayor de importantes núcleos de población a la periferia de las ciudades y a otros países, vecinos o distantes. Las condiciones descritas imponen cargas adicionales a los sistemas de salud en general y afectan la situación de la salud sexual y reproductiva, en particular.

La SSR representa aproximadamente 20% de la carga total de enfermedad en la mujer y 14% en el hombre, haciendo manifiesta la brecha entre géneros. Los países y la Región en su conjunto han registrado avances en algunos aspectos vinculados a la salud sexual y reproductiva, pero existe un contraste muy marcado entre los indicadores de salud de los países más desarrollados de la Región (Canadá y Estados Unidos) y el resto de los países de Lati-

noamérica y el Caribe. Parte de esta disparidad podría ser explicada por el fuerte ajuste económico que afectó a estos países y que produjo un aumento de la brecha de inequidad ya existente entre un país y otro y al interior de cada país.

En la Región, el uso de métodos anticonceptivos ha superado 60%, aunque aún se observan avances limitados en por lo menos ocho países (Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, México, Paraguay, República Dominicana y Venezuela) (306). La anticoncepción de emergencia y el uso del condón con el fin de dar doble protección (prevenir las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados) son prácticas apenas emergentes entre los usuarios y en los servicios de salud de la Región.

### Salud de la mujer y salud materna

La salud materna puede ser considerada como una medida resumen de la salud reproductiva y utilizarse como indicador, a falta de otro más preciso, del estado de avance de la misma. Las estimaciones publicadas en el anuario mundial de estadísticas de salud (307), señalan para la Región un total de 22.680 muertes maternas (alrededor de 2003) y 16,2 millones de nacimientos en el mismo año, con lo cual la razón de mortalidad materna es de alrededor de 140 por 100.000 nacidos vivos. Sin embargo los Indicadores Básicos de la OPS informados por los ministerios de salud de los países de la Región para el mismo año muestran que la razón de mortalidad materna fue de 71,9 por 100.000 nacidos vivos (11.652 defunciones por causas maternas).

Si se compara el riesgo de muerte materna en América Latina y el Caribe con el de Canadá, el primero es en promedio 21 veces mayor que el segundo. Por otra parte, cuando se examinan los promedios nacionales de la razón de mortalidad materna, se observa una gran dispersión con diferencias que oscilan entre 523 por 100.000 nacidos vivos en Haití y 13,4 por 100.000 nacidos vivos en Chile (306). Otra forma de analizar esas diferencias es por el rezago temporal del indicador, que se puede medir comparando la razón actual de un país contra una serie histórica de otro. Por ejemplo, si se compara la razón actual de mortalidad materna en Haití con una serie histórica de la misma razón en los Estados Unidos, la primera corresponde a la de 1930 de los Estados Unidos, es decir, un rezago de más de 75 años. Si se compara la razón actual de Haití con la serie histórica de Chile, la primera corresponde a la razón de 1980 del segundo, o sea, un rezago de más de 25 años.

El análisis de los indicadores de varios países de las Américas (con aproximadamente 98% de la población total) según su razón de mortalidad materna (menos de 20; de 20 a 49; de 50 a 100 y más de 100 por 100.000 nacidos vivos) y sus coberturas de atención prenatal, del parto y la prevalencia de uso de anticoncepción (cuadro 24), muestra que las causas básicas de defunción son casi las mismas en los cuatro grupos, si bien su orden de importancia es diferente (308).

Este tipo de análisis permite plantear intervenciones más específicas. Por ejemplo, para el grupo A una recomendación sería fortalecer la atención en la etapa pregestacional en las poblacio-

**CUADRO 24. Principales causas de mortalidad materna, según la magnitud de la tasa de mortalidad y la oferta de servicios, grupos de países seleccionados, Región de las Américas, 2004.**

Cobertura de servicios	Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos			
	<20	20-49	50-100	>100
Anticoncepción 70%-75% Prenatal 100% Parto 100%	<b>Grupo A</b>			
	1. Indirectas			
	2. Preeclampsia			
	3. Infecciones			
Anticoncepción 45%-69% Prenatal 90%-100% Parto 90%-100%	<b>Grupo B</b>			
	1. Aborto			
	2. Preeclampsia			
	3. Hemorragia			
Anticoncepción 45%-66% Prenatal 45%-96% Parto 83%-97%	<b>Grupo C</b>			
	1. Preeclampsia y eclampsia			
	2. Hemorragia			
	3. Aborto			
Anticoncepción 28-58% Prenatal 53%-86% Parto 24%-86%	<b>Grupo D</b>			
	1. Hemorragia			
	2. Preeclampsia y eclampsia			
	3. Parto obstruido			

**Nota:** Países en: A) Canadá, EUA, P. Rico; B) Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Uruguay; C) Colombia, Ecuador, Panamá, Nicaragua, Venezuela, y D) Bolivia, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, Paraguay, Perú.

**Fuente:** Elaborado con base en: Schwarcz R, Fescina R. Maternal mortality in Latin América and the Caribbean. Lancet 2000; 356 suppl. S11:3245-67. (Cifras actualizadas al 2004).

nes más vulnerables; en el grupo B, la recomendación estaría dirigida a profundizar los programas de educación sexual y planificación familiar, incluida la anticoncepción de emergencia; en el grupo C, correspondería aumentar la cobertura del control prenatal, y en el D, garantizar el acceso a la atención mediante la eliminación de barreras económicas y culturales, la creación de hogares maternos de espera cercanos a los servicios de salud y el mejoramiento de la calidad de los servicios.

La atención prenatal de al menos una consulta fue mayor de 85% en promedio; no obstante, si se analiza por quintiles de ingreso, se observa que en ocho países (Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, Haití, Nicaragua, Paraguay y Perú) tuvieron control prenatal 90% o más de las embarazadas en el quintil de mayores ingresos, en comparación con solo 35%–68% en el quintil de menores ingresos (309). Es importante hacer notar que este indicador no refleja la situación real del control prenatal, ya que, como medida de salud pública, debe constar de un mínimo de 4 a 5 consultas debidamente programadas, con captación precoz y con un contenido definido. Por lo tanto, al aplicar estos criterios de exigencia las cifras reales de cobertura serían extremadamente bajas.

Con respecto a la atención del parto por personal capacitado, se observó un aumento de 11% entre 1990 y 2002, con lo cual este indicador supera en promedio 88% en América Latina (309). No obstante, aún hay nueve países que están por debajo del promedio, con una cobertura entre 24% (Haití) y 84% (Guatemala). Cuando se analiza la atención calificada del parto por quintiles de ingreso, se observa que supera 90% entre la población más rica en países como el Brasil, Bolivia, Colombia, Guatemala, Haití, Nicaragua, Paraguay, Perú y la República Dominicana; sin embargo, en los quintiles de menores ingresos solo es de 20% en Bolivia, Guatemala, Haití y Perú; entre 30% y 40% en Nicaragua y Paraguay, y de 60% a 85% en Brasil, Colombia y la República Dominicana (309).

La incidencia de cesáreas es un indicador de la calidad de la atención materna perinatal. En una investigación reciente realizada por la OMS en diferentes regiones, se encontró una tasa general de cesáreas de 35% en América Latina. Datos del anuario mundial de estadísticas de salud de 2006 (307) muestran amplias variaciones en la tasa de cesáreas entre países, que van desde 2% en Haití y 8% en Belice, hasta 36% en Brasil y 37% en Chile. La OMS ha señalado que la tasa óptima de cesáreas está entre 15 y 20%.

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos alcanzó en América Latina y el Caribe un promedio de 65%, con un recorrido de 28% en Haití a 84% en Uruguay.

Uno de los graves problemas de salud pública es el aborto peligroso, ya que en todos los países (salvo en Canadá y los Estados Unidos) se ubica entre las tres primeras causas de muerte materna. Se estima que cada año en América Latina se realizan más de 4 millones de abortos, de los cuales 2,2 millones corresponden a tres países (Brasil, 1,2 millones; Argentina, 500.000 y México, 500.000) (310). Asimismo, 25% de las muertes maternas en Chile

fueron el resultado de un aborto, y en Argentina, Jamaica y Trinidad y Tobago esta proporción supera 30%.

La tasa de incidencia de infección por el VIH de la embarazada y el recién nacido ha aumentado en los últimos años. La tasa de seroprevalencia del VIH en mujeres embarazadas, que es una medida aproximada del grado de infección en la población en general, muestra cifras de hasta 13% en Haití como un todo y 10% entre los adultos de zonas urbanas y 4% en las rurales (311). En algunas regiones de la República Dominicana, estaba infectada 1 de cada 12 mujeres que recibieron atención prenatal, proporción que fue de 7,1% en Guyana, 3,6% en Bahamas, 2,5% en Belice, 1,5% en Jamaica y 1,4% en Honduras (311).

### Salud perinatal

Para evaluar de forma integral la salud perinatal existen algunos indicadores, tales como las tasas de mortalidad fetal, neonatal y perinatal. Sin embargo, en parte debido al subregistro importante y a que los países continúan manejando diferentes puntos de corte para estos indicadores, la magnitud de la mortalidad fetal y perinatal es poco conocida en nuestra Región. A pesar de las dificultades relacionadas con la información, en 2006 la OMS estimó un total de 280.000 muertes perinatales (tasa de 17,3 por mil) en América, de las que alrededor de 45% fueron muertes fetales tardías y 55% (152.000) muertes neonatales precoces (312). El riesgo de muerte perinatal en América Latina y el Caribe es en promedio tres veces más que el de Canadá y los Estados Unidos (312).

Por otra parte, 85% de todas las muertes neonatales están asociadas al bajo peso al nacer (<2.500 gramos); las causas más comunes son los nacimientos pretérmino y la restricción en el crecimiento fetal. En la Región, la proporción de niños con bajo peso al nacer oscila entre 5,7% en Canadá y 12% en Guatemala. El componente neonatal representa la mayor fracción de la mortalidad infantil (61%) en América Latina y el Caribe. En promedio, la tasa de mortalidad infantil en América Latina y el Caribe alrededor de 2003 fue de 24,8 por 1000 nacidos vivos, o aproximadamente un total de 290.000 muertes infantiles, 177.000 de ellas asociadas con el período perinatal (306).

### Salud sexual y reproductiva de los adolescentes

Anualmente se registran alrededor de 54.000 nacimientos de madres menores de 15 años de edad y 2 millones de madres de 15 a 19 años. La tasa de natalidad específica entre madres adolescentes de 15 a 19 años de edad oscila entre 23,4 por 1.000 nacidos vivos en Chile y 136 por 1.000 en Honduras. En el grupo de 10 a 14 años de edad esta tasa oscila entre aproximadamente 1% en Uruguay y Cuba, y 4% en Brasil y Haití (307,313). En este último grupo, la razón de mortalidad materna es dos veces mayor que la del grupo de 15–19 años (cuadro 25).

**CUADRO 25. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos en países seleccionados según la edad de las adolescentes, Región de las Américas, alrededor de 2003.**

País	10–14 años	15–19 años
México	131	37
Argentina	190	23
Chile	42	20
Brasil	65	38

**Fuente:** Estadísticas de países:

México: Secretaría de Salud. <http://www.salud.gob.mx/>.

Argentina: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos <http://www.indec.mecon.gov.ar/>.

Chile: Instituto Nacional de Estadística <http://www.ine.cl/ine/canales/chileestadistico/home.php>.

Brasil: Ministério da Saúde. Datasus <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. [Internet] [Acceso 6 de noviembre de 2006].

Los adolescentes tienen una tendencia a ser sexualmente activos a edades tempranas en la Región, donde la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales para ambos sexos es de 16 años, con un mínimo de 14 años en el Caribe y 17 en Paraguay. En los Estados Unidos, 77% de las mujeres adolescentes ha tenido su primera relación sexual, pero solamente 17% quedan embarazadas; en cambio, en América Latina y el Caribe 56% se han iniciado sexualmente, pero 34% han tenido un hijo antes de los 19 años. Esta situación podría explicarse por la diferencia en la educación, especialmente en lo referente a la salud sexual y reproductiva y el menor acceso a métodos anticonceptivos entre ambas subregiones (304). Además de las repercusiones de un embarazo en las propias adolescentes, la mortalidad neonatal y la infantil se duplican en madres de ese grupo de edad en comparación con las de 20–24 años. La mortalidad fetal no varía sustancialmente.

La salud sexual y reproductiva en la Región requiere proteger los logros alcanzados, y abordar los temas aún no resueltos (agenda inconclusa), y los que se presenten como nuevos desafíos. El marco de la cooperación técnica para hacer frente al porvenir se presenta en la figura 29.

## PREVENCIÓN DE RIESGOS

### ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN PARA UNA VIDA SANA

En la Región, los AVAD perdidos por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) relacionadas con la nutrición, como la hipertensión, los padecimientos cardiovasculares y la diabetes tipo II, ascienden a 12,5 millones, a los que se suman los 4,6 millones perdidos por desnutrición materna y en niños de corta edad (314). Junto con la desnutrición infantil, la carga de las ECNT afecta a las poblaciones pobres mucho más que a las ricas, tanto en términos relativos como absolutos (314). Sin embargo, mientras que los problemas de desnutrición infantil se presentan en diversos países en la Región de manera diferencial, depen-

diendo de su nivel de pobreza y de la equidad de ingresos relativa, las ECNT representan un problema en todos los países. Por otra parte, las carencias de micronutrientes también son muy comunes; algunas, como la del yodo y la vitamina A, se traslapan considerablemente con la desnutrición infantil. Otras como la del hierro, el cinc y la de folato tienen una elevada prevalencia en los lactantes, los niños pequeños y las mujeres en edad reproductiva, en todos los grupos de ingresos.

La calidad de los alimentos que se consumen constituye un problema más grande que la cantidad consumida. La mala calidad en la alimentación, aunada a la diarrea y a las infecciones respiratorias agudas en lactantes y niños pequeños, ocasiona graves problemas en el crecimiento durante la niñez temprana, así como deficiencias de micronutrientes durante todo el ciclo de la vida; asimismo, junto con estilos de vida sedentarios, la mala alimentación ha dado lugar hoy en día a una epidemia de ECNT en los adultos. Como resultado, padres obesos o con sobrepeso conviven en el mismo hogar con niños anémicos y con retraso en su crecimiento, en zonas tanto rurales como urbanas.

### Patrones de crecimiento de lactantes y niños pequeños

El retraso en el crecimiento lineal es la forma más prevalente de falta de crecimiento en el mundo entero; comienza al nacimiento y prosigue a lo largo de los dos primeros años de vida (315). El deterioro de peso también se presenta desde el nacimiento, pero es menos pronunciado en comparación con la talla y se prolonga por un período más corto. Una vez que cesa el retraso en el crecimiento, los niños ganan peso y talla similares a la norma de referencia, pero el déficit en talla es permanente. Como resultado de una mayor pérdida en el crecimiento lineal en comparación con la ganancia de peso, la mayoría de los niños tienden a tener relaciones de peso para la talla por encima de la mediana de la norma de referencia, lo cual indica una tendencia al sobrepeso, que pone a los niños en riesgo futuro de padecer enfermedades crónicas. Los patrones de riesgo específicos por edad con respecto al retraso en el crecimiento son similares en todos los países de la Región, sin importar los muy variados niveles de retraso, lo cual confirma que los primeros dos años de vida representan una ventana de oportunidad crítica para mejorar la nutrición.

En la Región, la prevalencia del retraso en el crecimiento lineal es superior a la del bajo peso en cerca de tres a cuatro veces, o más. El hecho de que los niños tengan muchas más probabilidades de ganar peso de manera adecuada en comparación con el aumento de la talla, ilustra claramente que la calidad de la alimentación es un problema mucho mayor que la suficiencia energética. Es sabido que las deficiencias de micronutrientes, sobre todo de hierro, cinc y calcio, son muy comunes en los regímenes alimentarios complementarios de los niños pequeños (316). La elevada prevalencia de diarrea en la niñez temprana también ocasiona retraso en el crecimiento lineal.

**FIGURA 29. Marco conceptual de la cooperación técnica en salud sexual y reproductiva.**

<sup>a</sup>Tasa estimada: 190 por 100.000 (UNICEF–UNFPA–OMS, 2002) y 140 por 100.000 (World Health Statistics, 2006).

<sup>b</sup>Entre paréntesis se proporcionan los últimos valores disponibles.

En aquellos países que cuentan con información acerca de las tendencias, se puede observar que la prevalencia del retraso en el crecimiento está descendiendo (cuadro 26); no obstante, más de 1 de cada 4 niños padecen retraso en el crecimiento en Bolivia, Ecuador, Honduras y Perú, y 1 de cada 2 en Guatemala. Por otro lado, las cifras nacionales ocultan cada vez más las amplias disparidades entre países con base en el ingreso, la residencia en zonas urbanas o rurales, y el grupo étnico.

### Lactancia materna

A pesar de que en América Latina la mayoría de las mujeres amamantan a sus hijos y de que lo hacen por un lapso relativamente prolongado, esta práctica está lejos de ser óptima (cuadro 27). La duración de la lactancia materna exclusiva —que constituye la práctica más frecuentemente asociada a la morbilidad y la mortalidad infantil reducida— es muy inferior a los seis meses recomendados por la OMS (317). Los programas nacionales de apoyo de la lactancia materna han tenido buenos resultados y la Iniciativa Hospital Amigo del Niño de la OMS y el UNICEF se ha puesto en marcha en toda la Región. En algunos países aún no se ha establecido una legislación para apoyar al

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Tan solo Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay han puesto en vigor una legislación que abarca todas, o prácticamente todas, las disposiciones del Código. Por su parte, Colombia, México, y Nicaragua cuentan ya con una legislación donde se han incluido muchas de las estipulaciones del Código. La mayoría de los demás países ha adoptado un código voluntario de política en salud que comprende todas o casi todas las disposiciones del Código, pero sin contar con un mecanismo de reforzamiento.

### Alimentación infantil y VIH

La transmisión materno-infantil del VIH representa un problema creciente en América Latina y el Caribe, y es la principal causa de VIH pediátrico. Al reconocer que la lactancia es una forma importante y prevenible de transmisión del VIH, en 2003 el ONUSIDA, la OMS y el UNICEF emitieron nuevos lineamientos sobre el VIH y la alimentación del infante (318). En los mismos se ha establecido que, con el objeto de reducir el riesgo de transmisión del VIH a los lactantes, así como de limitar al mínimo el



**CUADRO 26. Prevalencia nacional de talla baja para la edad, peso bajo para la edad y talla baja para la edad en países seleccionados, Región de las Américas.**

País	Año	Talla/edad (%) < -2 DEa	Peso/edad (%) < -2 DEa	Peso/talla (%) < -2 DEa	Fuente de información
Argentina	1996	13,0	5,4	2,9	MS, 1999
Bolivia	1989	38,3	13,3	1,6	EDS, 1989
	1993–1994	28,3	15,7	4,4	EDS, 1994
	1998	26,8	9,4	1,8	EDS, 1998
	2003	26,5	8,0	1,3	EDS, 2003
Brasil	1986	27,7	13,2	1,0	EDS, 1986
	1996	10,5	5,7	2,3	EDS, 1997
Chile	2003	ND	0,9	0,4	MS, 2003
Colombia	1986	22,7	11,9	1,0	EDS, 1986
	1995	15,0	8,4	1,4	EDS, 1995
	2000	13,5	6,7	0,8	EDS, 2000
	2005	12,0	7,0	1,3	EDS, 2005
Costa Rica	1996	6,1	5,1	2,3	Encuesta Nacional de Nutrición, MS
Ecuador	1986	34,0	16,5	1,7	Freire et al., 1988
	1998	26,4	14,3	2,4	LSMS, 1998
El Salvador	1993	22,8	11,2	1,3	CDC, 1994
	1998	23,3	11,1	1,1	CDC, 1998
	2002–2003	18,9	10,3	1,4	CDC, 2004
Guatemala	1987	69,7 (12–23 meses)	41,5(12–23 meses)	21,8 (12–23 meses)	EDS, 1996
		68,7 (24–35 meses)	41,5(24–35 meses)	10,0 (24–35 meses)	
	1995	49,7	26,6	3,3	EDS, 1996
	1998–1999	46,4	24,2	2,5	EDS, 1995
	2002	49,3	22,7	1,6	EDS, 2003
Honduras	1987	43,8	24,1	1,9	CDC, 1987
	1991	42,4	21,4	1,8	CDC, 1991
	1996	37,8	24,3	1,4	CDC, 1996
	2001	29,2	16,6	1,0	CDC, 2002
Haití	1978	39,6	37,4	8,9	EDS, 1995
	1990	33,9	26,8	4,7	EDS, 1994/5
	1994–1995	31,9	27,5	7,8	EDS, 1994/5
	2000	22,7	17,3	4,5	EDS, 2000
México	1988	22,8	14,2	6,0	Sepúlveda, 2000
	1999	17,7	7,5	2,0	Rivera et al., 2001
Nicaragua	1998	24,9	12,2	2,2	EDS, 1999
	2001	20,0	9,6	2,0	EDS, 2002
Paraguay	1990	16,6	3,7	0,1	EDS, 1990
	1995–1996	ND	ND	ND	CDC, 1995/96
	1998	ND	ND	ND	CDC, 1999
Perú	1991–1992	36,5	10,8	1,4	EDS, 1991/2
	1996	25,8	7,8	1,1	EDS, 1996
	2000	25,4	7,1	0,9	EDS, 2000
República Dominicana	1991	19,4	10,4	1,1	EDS, 1991
	1996	10,7	5,9	1,2	EDS, 1996
	2002	8,9	5,3	1,8	EDS, 2002
Uruguay	2002	10,6	4,9	1,8	MS, 2002

**Notas:**

ND = no disponible; MS = Ministerio de Salud.

<sup>a</sup>< -2 desviaciones estándar de la referencia de crecimiento de la OMS y el Centro Nacional de Estadísticas de la Salud de los Estados Unidos (NCHS).

**Fuentes:**

Argentina: Encuesta antropométrica en menores de 6 años bajo Programa Materno Infantil, Ministerio de Salud, 1999. Nótese que estos son los únicos datos incluidos en el cuadro que no son representativos a nivel nacional, sino que más bien lo son de la Provincia de Buenos Aires, donde reside entre un tercio y la mitad de la población total.

Chile: Ministerio de Salud, 2003.

Costa Rica: Ministerio de Salud, 1996.

Ecuador: Freire W, Dirren H, Mora JO, Arenales P, Granda E, Breih J, Campaña A, Páez R, Darquea L, Molina E. Diagnóstico de la situación alimentaria, nutricional y de salud de la población ecuatoriana menor de cinco años (DANS). Quito: CONADE, Ministerio de Salud Pública, 1988; Life Standards Measurement Survey (LSMS0, World Bank, 1998.

México: Sepúlveda-Amor J, Lezana MA, Tapia-Conyer R, Valdespino JL, Madrigal H, Kumate J. Estado nutricional de preescolares y mujeres en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. Gac Med Mex 1990;126:207-244; Rivera Dommarco J, Shamah Levy T, Villapando Hernández S, González de Cossío T, Hernández Prado B, Sepúlveda J. Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado nutricional de niños y mujeres en México. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2001.

Uruguay: Niños asistidos en los servicios de salud, 2002.

Los datos del resto de las naciones proceden de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) realizadas por Macro International o por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

**CUADRO 27. Prevalencia de inicio de la lactancia materna y mediana de la duración de la lactancia materna, tanto exclusiva como de cualquier tipo, países seleccionados, Región de las Américas.**

País	Año	Inicio de la lactancia materna (%)	Mediana de la duración (meses)	
			Lactancia materna exclusiva	Cualquier tipo de lactancia materna
Bolivia	2003	97,1	4,0	19,6
Brasil	1996	92,5	1,1	7,0
Colombia	2005	97,1	3,7	16,3
Ecuador	1999	97,0	2,2	15,5
El Salvador	2002/03	94,4	1,4	19,2
Guatemala	2002	96,1	3,5	20,5
Haití	2000	97,4	0,4	18,5
Honduras	2001	96,6	2,3	17,6
México	1999	92,3	NA	9,0
Nicaragua	2001	94,5	2,5	17,6
Paraguay	2004	95,0	No informados	No informados
Perú	2005	97,9	3,9	19,6
República Dominicana	2002	92,0	0,5	6,6

**Fuente:** Datos representativos por país. Todos los datos proceden de las Encuestas Demográficas y de Salud, con excepción de México, cuya información proviene del Instituto Nacional de Salud Pública.

riesgo de otras causas de morbilidad y mortalidad, “cuando la alimentación de reemplazo resulte aceptable, factible, asequible, sustentable y segura, se recomienda a las madres infectadas por VIH evitar por completo la lactancia materna. De no ser así, se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida”, pero deberá suspenderse tan pronto como sea posible. Para aquellas mujeres que son seronegativas, o que desconocen su condición con respecto al VIH, se recomienda el amantamiento.

### Micronutrientes

En consideración a su magnitud y a sus consecuencias sobre la salud, las carencias de micronutrientes tienen un impacto significativo en el desarrollo humano y en la productividad económica. Se calcula que la prevalencia de la anemia ferropénica en la Región es de 35% en las embarazadas y 19% en los niños en edad escolar. En 19 de 35 países, los trastornos por deficiencia de yodo siguen siendo un problema de salud pública debido a que 10% de los hogares carecen de sal yodada (319). En un informe de la OMS de 1995, se estimó una deficiencia regional de vitamina A en preescolares de 20% (320). Se calcula que de 20% a 30% de la población de las Américas tiene deficiencia de cinc (321). Si bien no se cuenta con datos al respecto, es muy probable que las deficiencias de vitamina B12 y de folato sean importantes.

La prevalencia de anemia es mayor durante el período neonatal y la niñez con respecto a cualquier otra etapa de la vida. Los datos nacionales representativos de más de ocho países de la Región muestran que de 48% a 63% de los lactantes y niños pequeños su-

fren anemia; la cifra asciende a 75% o más en los lactantes de 6 a 12 meses de edad. Esta elevada prevalencia es congruente con los datos que indican que la ingesta de hierro mediante la alimentación es inadecuada, así como la baja biodisponibilidad en la mayoría de los regímenes alimentarios complementarios, y la ausencia de programas exitosos de suplementación con hierro en este grupo de edad. Asimismo, concuerda con los elevados requerimientos alimentarios de hierro por kilogramo de peso corporal y la reducida cantidad de alimento que requiere este grupo de edad para satisfacer sus necesidades energéticas (317).

El efecto de los suplementos de hierro en el desarrollo motor y del lenguaje se mostró en pruebas aleatorizadas, las cuales indican que el mejoramiento de los niveles de hierro de las poblaciones con deficiencia de este micronutriente puede acarrear beneficios significativos (322,323). Sin embargo, sigue siendo un reto la traducción de estos estudios de eficacia en programas de salud pública exitosos. El énfasis que se hace hoy en día en la fortificación con hierro de los alimentos de consumo masivo no resolverá el problema de la anemia en los lactantes y niños pequeños, debido a las reducidas cantidades que ingieren, con respecto a sus elevados requerimientos de ese micronutriente. Por otra parte, la distribución de los suplementos de hierro a través del sistema de salud no parece ser eficaz para reducir la anemia; es muy probable que esto se deba a problemas con el suministro, la distribución y el cumplimiento. Por consiguiente, es necesario recurrir a otras estrategias para el manejo de este urgente problema de salud pública, incluyendo el consumo de alimentos complementarios fortificados con hierro y otras vitaminas y minerales, así como la fortificación en el hogar.

La ceguera nocturna y las lesiones oculares son las manifestaciones clínicas más frecuentes de la deficiencia de vitamina A; sin embargo, los incrementos en la morbilidad y la mortalidad en lactantes y madres se dan en las deficiencias subclínicas. Según la base de datos mundial de la OMS, los niveles medios de retinol sérico en la Región varían de 0,6 a 1,49  $\mu\text{mol/L}$  en los niños de 6 meses a 7 años de edad (1996–2004). Se considera que, cuando de 10% a 20% de la población presenta niveles de retinol sérico iguales o por debajo de 0,70  $\mu\text{mol/L}$ , existe un problema moderado de salud pública. Al tomar en cuenta este parámetro, se observa que varios países de la Región tienen deficiencias leves o moderadas de vitamina A, mientras que en algunas regiones de Brasil, México y Venezuela esa deficiencia es grave. Diversas naciones han adoptado una estrategia de salud pública que consiste en fortificar el azúcar con vitamina A, a fin de prevenir y controlar su insuficiencia; otros han incursionado en la fortificación de los aceites, y otros más en la administración de la vitamina por medio de los programas de vacunación.

Una dosis de 400  $\mu\text{g}$  por día de ácido fólico durante los tres meses previos a la concepción, así como a lo largo del primer trimestre del embarazo, reduce la incidencia de defectos del tubo neural. La mayoría de los países de las Américas han puesto en marcha programas de fortificación de la harina de trigo, con el objeto de garantizar que las mujeres en edad fértil obtengan la cantidad necesaria de ácido fólico. Mediante esos programas se ha podido reducir efectivamente la incidencia de los defectos del tubo neural en Canadá, Chile, Costa Rica y los Estados Unidos.

El trastorno por deficiencia de yodo es la causa más común del daño cerebral prevenible, el cretinismo y el retraso mental, así como del bocio endémico y del hipotiroidismo (324). Existen tres indicadores internacionalmente reconocidos para vigilar la ingesta de yodo: la fracción de hogares que consumen sal debidamente yodada, la concentración de yodo en muestras de orina y la prevalencia de bocio (325,326). A partir de 2002, 75,1 millones de individuos (10%) en las Américas han sido identificados con concentraciones de yodo en orina por debajo del mínimo recomendado ( $<100 \mu\text{g/L}$ ) (327). La prevalencia de yodo en orina inferior a 100  $\mu\text{g/L}$  es de 21,9% en Guayana, 22% en México y 13,4% en Nicaragua. La excreción mediana de yodo urinario es de 72  $\mu\text{g/L}$  en Guatemala; 43,4  $\mu\text{g/L}$  en Haití, y 100  $\mu\text{g/L}$  en Bolivia. Al mismo tiempo, en Brasil, Chile y Ecuador se han encontrado excreciones urinarias de yodo superiores a los niveles recomendados ( $>300 \mu\text{g/L}$ ), lo cual también se considera como un riesgo para la salud (328). Diversas organizaciones internacionales han recomendado la yodación universal de la sal como una estrategia de salud pública para prevenir los trastornos por deficiencia de yodo. A pesar de que en los años cincuenta y sesenta muchos países aprobaron leyes para yodar la sal, la falta de financiamiento de sistemas de control de calidad continuos, así como el equipo inadecuado de pequeños empresarios, retrasaron la ejecución o bien limitaron la sostenibilidad de esta estrategia.

Si bien resulta difícil diagnosticar la deficiencia de cinc, a partir de estimaciones de la ingesta y de la prevalencia de retraso en

el crecimiento, se ha calculado que 20% de la población en la región de las Américas la presenta. Con base en estas estimaciones para la Región, Guatemala, Ecuador, y Honduras poseen la prevalencia más alta de deficiencia de cinc ( $\geq 30\%$ ), seguidos de Nicaragua, Perú y Bolivia con una prevalencia de alrededor de 20% a 30% (321).

### El combate a la epidemia de las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición

Las enfermedades no transmisibles son la principal causa de la mala salud y la muerte en las Américas. La obesidad constituye el factor de riesgo más visible y grave para contraer otras enfermedades no transmisibles. Varias encuestas nacionales aplicadas en América Latina (329–331) y el Caribe (332) muestran que cerca de 50% a 60% de los hombres y mujeres adultos tienen sobrepeso o son obesos, al igual que en los Estados Unidos (333). Inclusive, de 7% a 12% de los niños menores de 5 años de edad son obesos, lo cual sextuplica el porcentaje actual de desnutrición aguda en el mismo grupo de edad. En Chile y en México, las encuestas nacionales recientes indican que cerca de 15% de los adolescentes son obesos.

La mayoría de los países en América Latina y el Caribe experimentan un cambio significativo en sus hábitos alimentarios, caracterizado por una reducción en el consumo de frutas, verduras, granos integrales, cereales y legumbres, a la vez que hay un incremento en el consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares y sal, entre los que se encuentran la leche, las carnes, los cereales refinados y los alimentos procesados (334). Junto con estos cambios en los hábitos de alimentación, se ha presentado una disminución en los niveles de actividad física de la población de la Región, ya que de 30% a 60% no cumple con los niveles mínimos recomendados (335). La inactividad física aumenta con la urbanización y la edad, y tiene mayor prevalencia entre las mujeres; además, no solo contribuye a la aparición de las enfermedades no transmisibles, sino que también puede conducir a las enfermedades mentales, la acumulación de estrés y un bajo desempeño escolar, e inclusive puede afectar negativamente la interacción social.

La disminución en el consumo de frutas, vegetales, granos enteros, cereales y legumbres, así como el aumento en la ingesta de alimentos con gran contenido energético, se deben a diversos factores entre los que se incluyen el precio, la disponibilidad y el sabor de los alimentos, así como la urbanización. Estos aspectos, aunados a una intensa y sumamente especializada publicidad y comercialización, han contribuido a la cultura de masas de los alimentos envasados, las bebidas gaseosas y las comidas fuera de casa, situación común en la mayoría de las ciudades. De hecho, los cambios en las preferencias alimentarias del público forman parte de un fenómeno mucho más amplio, denominado “transición de régimen alimentario”, que es fomentado por el incremento de los salarios en las ciudades, la limitación de tiempo, el cambio en los precios relativos y las constantes innovaciones en

la tecnología alimentaria, así como los sistemas de distribución (336). Al mismo tiempo, la producción, la disponibilidad y el precio de productos tales como frutas, legumbres, vegetales y cereales, han tenido impactos negativos debidos a esta transición de régimen alimentario.

Los factores ambientales ejercen una poderosa influencia en los comportamientos individuales, y la dinámica económica, comercial y cultural moldea considerablemente los hábitos y las preferencias alimentarias de la población. El diseño urbano, el transporte motorizado y la seguridad influyen sobre los patrones de actividad física; luego entonces, deben abordarse de tal manera que garanticen que las opciones saludables sean también las más fáciles. El enfoque ambiental se está convirtiendo en el sustento básico de los actuales esfuerzos de salud pública para combatir la epidemia de las enfermedades no transmisibles (336–339).

El comportamiento humano responde a una variedad de factores y no solo a la adecuada información o educación. En general, las personas consideran las cuestiones de salud como uno de los muchos factores al decidir qué comer, si hacer ejercicio o no, o bien dejar de fumar. Los factores que compiten son de corto plazo, tales como la conveniencia, la disponibilidad de tiempo y los precios, por citar solo unos cuantos (340). Por consiguiente, la meta es crear entornos favorables a fin de que la opción saludable se convierta en una alternativa fácil. Algunos de esos entornos incluyen: la configuración de las instalaciones en el sitio de trabajo y en la escuela, los reglamentos, las normas sociales, los precios, la tributación, distintos tipos de incentivos, etcétera. Por consiguiente, los estrategias en salud pública deben tener en cuenta todos los factores clave que influyen sobre el comportamiento humano y que harán que la opción saludable sea la más fácil. El entorno favorable reviste la mayor importancia, porque la mayor carga de las enfermedades no transmisibles recae sobre las poblaciones empobrecidas de las Américas, las que presentan las tasas más bajas de buenas prácticas alimentarias y de actividad física. Lo anterior es válido tanto para los países de la Región menos desarrolladas (341), como para aquellos desarrollados (342).

### HACER FRENTE A LOS DESASTRES

El período 2001–2005 se caracterizó por el gran número de desastres alrededor del mundo: la temporada ciclónica de 2005 que afectó el Caribe y América Central y del Norte, así como el maremoto y sismo en el sur de Asia, son algunos ejemplos de los desastres más devastadores.

La Región de las Américas es una de las más expuestas a las amenazas naturales en el mundo, y su vulnerabilidad aumenta el riesgo ante eventos destructivos de cualquier naturaleza. Se estima que cada año ocurren en la Región un promedio de 130 desastres de distinta magnitud, y que el impacto de fenómenos destructivos durante el período 2001–2005 ha dejado en las Américas un saldo aproximado de 20.000 muertos, 28 millones de damnificados y pérdidas de más de US\$ 210.000 millones (343).

### Población en riesgo: daños y mortalidad

En 2005, aproximadamente 78,8% de la población de la Región vivía en grandes urbes (344,345), caracterizadas por la falta de planificación urbana y una capacidad débil de reducción y gestión del riesgo por parte de instituciones públicas y privadas. En el caso de la población en pobreza o socialmente excluida, su vulnerabilidad aumenta día a día por la escasez de recursos, la falta de terrenos adecuados para la localización de sus viviendas —que muchas veces son construidas en forma precaria o sin las medidas técnicas adecuadas— y la falta de acceso a servicios básicos de atención médica.

La exposición de la población a las amenazas es más difícil de determinar. Sin embargo, se estima que, aproximadamente, 73% de la población<sup>15</sup> y 67% de los puestos de salud y hospitales<sup>16</sup> en 18 países de la Región<sup>17</sup> se encuentran en zonas de alto riesgo. Esto significa que, ante un desastre, son millones las personas y miles las instituciones de salud que pueden resultar expuestas al fenómeno destructivo, lo cual a su vez constituye un obstáculo para la prestación ininterrumpida de los servicios en casos de desastre, lo que aumenta la fragilidad de la población.

En el período 2001–2005 los daños totales estimados por desastres en la Región superaron los US\$ 216.000 millones, o varias veces el producto interno bruto de muchos países de la Región.<sup>18</sup> De esta apreciación, 90%<sup>19</sup> corresponde a daños estimados por desastres ocurridos en países como Canadá y los Estados Unidos, y 10% a países en desarrollo. El impacto económico de cada evento destructivo fue proporcional al costo de la infraestructura perdida en los países afectados. Por ejemplo, en el año 2005 los huracanes provocaron, a lo largo de toda la Región, 2.900 muertos, 3 millones de afectados y aproximadamente US\$ 180.000 millones en pérdidas económicas. Los huracanes Stan y Wilma, juntos, afectaron Cuba, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua y el sur de la Florida, con pérdidas de US\$ 3.600 millones, mientras que el huracán Katrina, que impactó solo a los Estados Unidos, causó al menos US\$ 176.400 millones, es decir, 98% del total de pérdidas económicas por huracanes ese año.

En total, durante el período 2001–2005, los desastres en la Región causaron la muerte de 21.500 personas. Se estima que los huracanes representaron 25,7% del total de desastres del pe-

<sup>15</sup>Relevamiento acerca del Estado de Mitigación y Preparativos para Desastres en el Sector Salud. Área de Preparativos en Caso de Emergencias y Desastres de OPS/OMS – Marzo a Julio 2006.

<sup>16</sup>Relevamiento acerca del Estado de Mitigación y Preparativos para Desastres en el Sector Salud. Área de Preparativos en Caso de Emergencias y Desastres de OPS/OMS – Marzo a Julio 2006.

<sup>17</sup>Los países que se consideran son: Anguila, Argentina, Bahamas, Belice, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guayana Francesa, Guadalupe, Haití, Honduras, Islas Turcas y Caicos, Martinica, Nicaragua y República Dominicana.

<sup>18</sup>Este monto refleja 22 veces el PIB de Bolivia y 27 veces el de Honduras.

<sup>19</sup>Emergency Disasters Data Base (EM-DAT), Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED) – [www.em-dat.net](http://www.em-dat.net).

riodo, afectaron a 56%<sup>20</sup> de los países de la Región y causaron 28,5% del total de muertes por desastres (6.131 muertos), poder de destrucción que se puso de manifiesto en la temporada de huracanes de 2005 en el Caribe y los Estados Unidos. Siguen como causantes de mortalidad las inundaciones (5.281 muertos), con su máximo impacto en Haití, y los terremotos (1.381 muertos), los cuales registraron el mayor número de víctimas en dos eventos en El Salvador (2001) y uno en Perú (2001).

Entre otros desastres del período, los cuales causaron 1.328 muertos en total, se encuentran las sequías (Guatemala, 2001; Paraguay, 2002); temperaturas extremas (olas de frío: Argentina, 2001; México, 2002, 2003, 2004; Perú, 2003–2004; olas de calor: Estados Unidos, 2001, 2002, 2005), y deslizamientos (Bolivia, 2003; Brasil, 2002; Colombia, 2001, 2002, 2003; Ecuador, 2002; Estados Unidos, 2003; Guatemala, 2002, 2003, 2005; México, 2003; Nicaragua, 2004, y Perú, 2001, 2004).

Por otra parte, los accidentes de transporte<sup>21</sup> constituyeron 21,6% del total de desastres y causaron aproximadamente 16,5% del total de las 3.560 muertes debidas a desastres en la Región. Los accidentes industriales y aquellos vinculados a incendios urbanos y explosiones causaron 2.310 defunciones durante el período 2001–2005. Una serie de desastres de diferente naturaleza y de menor intensidad fueron la causa de muerte de otras 1.509 personas.

## Impacto de los desastres naturales

### Huracanes

En el período 2001–2005 hubo 175 tormentas tropicales en el Caribe, América Central y América del Norte, por lo que fueron el tipo de evento destructivo de mayor frecuencia (25,7%) en ese lapso. Solo en 2005 hubo 28 tormentas tropicales, 14 de las cuales se convirtieron en huracanes, cuatro de ellos de categoría 5. Esa fue la temporada de huracanes más activa de la historia.

La fuerza destructiva de los huracanes Iván (que afectó a Barbados, Estados Unidos, Granada, Haití, Islas Caimán, Jamaica, República Dominicana, Trinidad y Tabago y Venezuela) y Jeanne (el cual afectó a Estados Unidos, Haití, Puerto Rico y República Dominicana) durante 2004 fue un indicio de que este tipo de eventos estaba aumentando no solo en número, de acuerdo a la tendencia de los últimos 30 años, sino también en poder de destrucción. Así lo mostraron en 2005 los huracanes Stan, Katrina y Wilma.

<sup>20</sup>Los países afectados por huracanes durante el período 2001–2005 fueron: Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Estados Unidos, Granada, Guatemala, Haití, Honduras, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, México, Nicaragua, Puerto Rico, República Dominicana, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tabago, y Venezuela.

<sup>21</sup>Incluye los accidentes de transporte terrestre, aéreo y marítimo con saldo masivo de víctimas.

En las Américas, los huracanes dejaron, además del saldo estimado de 6.131 muertos, unos 3.172 heridos, más de 14 millones de afectados y aproximadamente US\$ 189.000 millones en pérdidas a lo largo de toda la Región en el período 2001–2005. Los efectos más devastadores se registraron en Haití, con 2.809 muertes y pérdidas económicas de aproximadamente US\$ 21 millones; estas cifras son aún más dramáticas si se toma en cuenta el grado de vulnerabilidad y riesgo en que se encuentra este país.

Se presentaron eventos en zonas previamente afectadas, como cuando el huracán Wilma devastó Cancún y afectó la Riviera Maya de México, que había sufrido los embates del huracán Emily en julio de 2005. Asimismo, Stan aumentó los daños causados previamente en El Salvador, Guatemala, México y, en menor medida, Honduras y Nicaragua. Estos dos últimos países fueron también afectados semanas después por los huracanes Alfa y Beta. Granada, por su parte, se vio seriamente afectada por los huracanes Iván (2004) y Emily (2005), con 40 muertos y aproximadamente 60.000 damnificados.

### El gran impacto de Katrina

El huracán Katrina (346) —que impactó la Costa del Golfo el 29 de agosto de 2005, con vientos de 128 km por hora— ha sido el desastre natural más devastador y costoso en la historia de los Estados Unidos. Tan solo en la ciudad de Nueva Orleans causó un estimado de US\$ 176.000 millones de pérdidas económicas y graves daños en la infraestructura social y económica. El Programa Nacional de Seguro contra Inundaciones pagó más de US\$15.300 millones a los damnificados por el huracán que poseían pólizas contra inundaciones. Esta cantidad es mayor que el total combinado en los 37 años de vigencia de este Programa.

La respuesta inicial diferida fue seguida semanas después por una movilización de recuperación sin precedentes en ese país. Inmediatamente después del huracán Katrina, unos 275.000 ciudadanos de los estados de Louisiana, Alabama, Mississippi y Texas tuvieron que guarecerse en albergues temporales. La Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por su sigla en inglés) trasladó a decenas de miles de damnificados a habitaciones de hoteles y moteles, mientras se buscaba una mejor opción de vivienda para los afectados. El número de muertos oficialmente registrado fue de 1.322. Investigaciones llevadas a cabo por el Congreso de los Estados Unidos después del evento señalan que el número podría haber sido aún mayor debido a la falta de planificación, ausencia de iniciativa y poca capacidad de respuesta ante eventos destructivos de gran escala.

El sistema de salud en las zonas afectadas se vio seriamente sobrecargado por el incremento súbito de la demanda, por los daños o inutilización de la red de servicios de salud, equipos y suministros. Al menos 215 personas murieron en casas de cuidados para convalecientes, y las personas con requerimientos de salud especiales no pudieron ser atendidas adecuadamente. La situación de salud se deterioró aún más cuando varios hospitales y centros de atención, entre ellos el Hospital de Veteranos del Su-

reste de Louisiana, debieron ser evacuados completamente debido a que se encontraban en zonas de alto riesgo de inundación o no contaban con los elementos necesarios para la atención de los pacientes.

### **Las inundaciones y sus consecuencias**

Las inundaciones tuvieron la segunda frecuencia entre los eventos destructivos acaecidos en la Región durante el período 2001–2005 y alcanzaron un total de 171 inundaciones, o 25,1% de todos los eventos del período. En las Américas, 85% de los países y territorios fueron afectados, murieron 5.283 personas y más de 260.000 quedaron sin vivienda; 90% de las inundaciones se produjeron luego de lluvias torrenciales y continuas en áreas vulnerables debido a mal uso de la tierra, en zonas cercanas a los lechos de ríos o por fallas de los muros de contención como ocurrió en Nueva Orleans (Estados Unidos, 2005) y Santa Fe (Argentina, 2003).

Las lluvias torrenciales también trajeron aparejados otro tipo de eventos; por ejemplo, en 2004, la región fronteriza entre Haití y la República Dominicana fue devastada por deslizamientos de lodo y piedras después de 10 días de lluvias torrenciales. En la República Dominicana el desastre dejó un saldo de unos 688 muertos, en tanto que en Mapou, ciudad haitiana ubicada en un valle rodeado de montañas totalmente deforestadas, las lluvias produjeron un río de lodo y rocas que arrasó todo a su paso. Según las autoridades perecieron 2.665 personas.

### **Terremotos y volcanes**

Gran parte del territorio americano se encuentra en zonas altamente sísmicas y de actividad volcánica esporádica. En el período 2001–2005, se produjeron sismos en Chile, Estados Unidos y México, aunque los mayores daños fueron en El Salvador y Perú.

A inicios de 2001, El Salvador fue sacudido en el lapso de pocas semanas por dos sismos de gran magnitud, los cuales dejaron un saldo de 1.259 muertos y 8.122 heridos, según cifras oficiales del Comité de Emergencia Nacional. Las consecuencias más graves se produjeron en las zonas menos favorecidas de los departamentos de Usulután, La Paz, Cuscatlán, San Vicente, San Salvador y Morazán, así como en el reparto de Las Colinas, en el departamento de La Libertad.

En Perú, un sismo de grado 8 en la escala de Richter, con epicentro en la zona costera del sur del país, hizo temblar gran parte del área andina. A pesar de su magnitud, este sismo produjo comparativamente menos daños que en El Salvador. En las ciudades peruanas de Arequipa, Moquegua, Tacna y Ayacucho perdieron la vida 145 personas; 11 más fallecieron en otros dos sismos acaecidos en Perú ese mismo año.

Chile, uno de los países más sísmicos del planeta, en estos años solo registró un sismo en 2005, de magnitud cercana al grado 7 en la escala de Richter en la provincia de Tarapacá, en el que fallecieron 11 personas.

El estado de Colima, en México, fue afectado en 2002 por la erupción del volcán del mismo nombre, que arrojó un total de 300 damnificados. Al año siguiente, un violento sismo sacudió esta misma zona y causó grandes destrozos en cientos de viviendas y edificaciones públicas, incluidos hospitales; en esa ocasión hubo 29 muertes. En Ecuador, la actividad eruptiva del volcán Tungurahua aumentó en 2002 y actualmente continúa, con fases de erupciones intensas que hacia fines de 2005 habían afectado a 174.650 personas. Otros volcanes que mostraron incremento de actividad, aunque sin daños mayores a la población, fueron el volcán de Fuego (Guatemala, 2002) y Galeras (Colombia, 2005). En cambio, en El Salvador, el volcán Santa Ana arrojó material incandescente, gases y cenizas que provocaron la muerte de dos personas, y dejaron 2.000 damnificados y otros miles de evacuados en el 2005.

### **Otros eventos adversos**

Bolivia, Brasil, Cuba, El Salvador, Estados Unidos, Haití, Honduras, México, Nicaragua y Perú fueron afectados por sequías. En Guatemala, una sequía prolongada no solo afectó a decenas de miles de personas, sino que dejó un saldo de 42 fallecidos en 2001. Al año siguiente, gran parte del Paraguay sufrió una sequía que causó la muerte de al menos 12 personas. La causa de las sequías de 2001 habría sido la disminución inusual de los vientos alisios que se presentan normalmente a partir de abril y que permiten la llegada de humedad y precipitación proveniente del Pacífico. Tal anomalía, según los expertos, estuvo asociada a eventos atmosféricos de alcance global, distintos al que se produce con el fenómeno El Niño. La sequía de 2001–2002 se superpuso a una situación ya adversa para la Región, provocada por la crisis de los precios internacionales del café y otros cultivos de América Central y del Sur.

Desde hace algunos años, se han presentado con mayor frecuencia temperaturas extremas que ocasionaron cientos de víctimas en diferentes zonas de la Región. Perú fue uno de los países más afectados por las ondas de frío, denominadas “frijaje” en ese país, que produjeron al menos 429 muertes a fines de 2003 e inicios de 2004. En México hubo 85 muertes entre 2002 y 2004 a causa de frío extremo, mientras que en Estados Unidos 103 personas fallecieron por olas de calor en 2001, 2002 y 2005.

### **Impacto de los fenómenos antropogénicos**

Los daños que resultan de los fenómenos provocados por el hombre han tenido un alto costo en cuanto a sufrimiento humano, pérdida de vidas y daños de largo plazo. Los incendios en zonas urbanas provocaron 1.557 muertos y miles de heridos durante el período 2001–2005, al mismo tiempo que redujeron a cenizas gran parte de centros comerciales, discotecas, cárceles y hospitales en América del Sur y Centroamérica.

Uno de los incendios de mayores proporciones se registró en Perú el 29 de diciembre de 2001 en un centro comercial del cen-

tro de Lima, debido a la explosión en cadena de toneladas de fuegos artificiales que se expendían en cientos de puestos de venta concentrados. En pocos minutos el incendio abarcó cuatro manzanas del centro comercial, por lo que fue imposible el escape de cientos de vendedores y público. Personal de rescate, médicos, enfermeras y técnicos en urgencias realizaron la labor de rescate, estabilización y traslado a los hospitales que se encontraban en alerta roja por disposición del Ministerio de Salud. El incendio duró siete horas; se encontraron 277 cadáveres, 117 restos humanos ingresaron al Instituto de Medicina Legal para su identificación, 247 personas fueron hospitalizadas por quemaduras, asfixia y politraumatismo y la Defensa Civil reportó 180 desaparecidos.

El 1 de agosto de 2004 se produjo un voraz incendio en un supermercado de Asunción, Paraguay. El fuego se esparció rápidamente, lo que generó mucho pánico al inicio; las puertas del local fueron cerradas y más de 1.000 personas quedaron atrapadas. Las autoridades paraguayas informaron que el saldo del incendio fue de 364 cadáveres, 42 restos humanos no identificados, 48 desaparecidos y 298 hospitalizaciones. La causa más frecuente de muerte fue intoxicación por humo y en segundo lugar, por quemaduras.

El 30 de diciembre de 2004, en Buenos Aires se movilizaron 48 ambulancias, ocho unidades de bomberos, unos 110 integrantes de Defensa Civil y más de 600 personas entre médicos, paramédicos y voluntarios para rescatar, atender y trasladar a cientos de víctimas por el incendio en una discoteca donde había unos 2.000 jóvenes. Las autoridades confirmaron el fallecimiento de 194 personas y 714 heridos.

En la madrugada del 12 de julio de 2005 ocurrió un incendio en un hospital de San José, Costa Rica. Perdieron la vida 19 personas, las pérdidas económicas ascendieron a US\$ 17 millones y el hospital —que contaba con equipo altamente sofisticado y 522 camas— quedó inhabilitado, con la excepción de la torre de urgencias, que sirvió de hospital temporal para la evacuación de los pacientes.

Cinco incendios en centros penitenciarios de Argentina, Honduras y la República Dominicana dejaron un saldo de 387 muertos. Los dos con mayor número de fallecidos fueron la cárcel de Higuey, República Dominicana, en 2005, con 136 muertos y el incendio en la cárcel de San Pedro Sula, Honduras, en 2004, con 104. En este período se produjeron también explosiones en minas de carbón en Argentina (2004), Colombia (2001), Estados Unidos (2001) y México (2002). Otras dos explosiones y consecuente incendio en las refinerías de petróleo en Campos, Brasil, y en Houston, Estados Unidos, el 2001 y 2005, respectivamente, provocaron la muerte de 65 personas.

Los desastres por accidentes de transporte,<sup>22</sup> con 145 acontecimientos, constituyeron el tercer evento adverso más frecuente en la Región. El terrorismo se manifestó con el ataque a las Torres Gemelas en Nueva York, el Pentágono en Washington y una zona

rural de Pensilvania, el 11 de septiembre de 2001. Este evento produjo 2.973 muertes y condujo a políticas y acuerdos internacionales para intensificar medidas de seguridad, incluidos el monitoreo y la restricción de movimientos financieros.

## Impacto de los desastres en el sistema de salud

### *Impacto en la salud*

Los daños y alteraciones producidas por los eventos adversos podrían incrementar el riesgo de enfermedades transmisibles, principalmente debido al desplazamiento de la población, hacinamiento, disminución de la cantidad y calidad del agua, alteración de los sistemas de manejo de residuos líquidos y sólidos, manejo inadecuado de los alimentos y disminución de la capacidad resolutoria de la red de servicios de salud. Afortunadamente, no hubo epidemias como consecuencia de los desastres en la Región, debido principalmente a la respuesta de los países y, en particular, a la del sector salud, que controló adecuadamente los factores de riesgo.

Una de las prioridades fue asegurar la atención de salud de la población afectada, con hincapié en la prestación de servicios, detección temprana y atención oportuna de los casos de dengue, fiebre tifoidea, paludismo, cólera, gastroenteritis, leptospirosis, enfermedad de Chagas y hepatitis A, principalmente en las comunidades afectadas por inundaciones (347) y en zonas endémicas de Belice y Nicaragua.

Los daños a la salud mental se manifestaron en todos los desastres. En el caso de El Salvador, los dos sismos consecutivos de gran magnitud y las decenas de réplicas repercutieron en la salud mental de la población. En las semanas siguientes se registraron más de 8.000 consultas por depresión y trastornos de la ansiedad en ese país.

### *Impacto en la infraestructura de los servicios de salud*

Muchos establecimientos de salud sufrieron daños en su estructura, instalaciones, equipamiento y operación debido a los diversos desastres ya mencionados. Además de los daños directos, muchos establecimientos de salud tuvieron graves dificultades para brindar atención médica, debido a la interrupción de los servicios públicos de electricidad, agua, comunicaciones, alcantarillado, manejo de desechos sólidos y hospitalarios y, en otros casos, debido a daños en las vías de acceso. La demanda de atención médica, que se incrementó como producto del evento adverso, tuvo que ser derivada a hospitales u otros establecimientos de salud ubicados en zonas no afectadas, lo que produjo efectos a mediano y largo plazo en la red de servicios de salud (348).

En 2001–2005, más de 100 hospitales y al menos 1.000 centros de salud de la Región sufrieron daños como consecuencia de desastres naturales. Ejemplo de ello son los 19 hospitales (63% de la capacidad nacional) dañados en los sismos de El Salvador en 2001, cuatro de los cuales debieron ser evacuados completamente

<sup>22</sup>Incluye los accidentes de transporte terrestre, aéreo y marítimo con saldo masivo de víctimas.

y varios años después aún se brindaba atención médica en instalaciones temporales y tiendas de campaña. Otros sismos en el Pacífico Sur (Golfito) y Pacífico Central (Parrita) de Costa Rica, en 2003 y 2004, respectivamente, dañaron dos clínicas y varios centros infantiles de nutrición. En la zona de Siquirres, Costa Rica (2005), al menos 16 clínicas y algunos centros de atención primaria sufrieron la pérdida de equipamiento y resultaron con daños de diversa índole.

En Jamaica, durante el huracán Iván (2004), 124 (36%) de los aproximadamente 343 centros de salud sufrieron daños de diferente magnitud. El Ministerio de Salud mantuvo en funcionamiento 93% (319) de los centros de atención médica, mientras que 7% (24) de los mismos y 35% del total de los hospitales públicos quedaron fuera de servicio por la gravedad de sus daños o por problemas en las rutas de acceso a los centros.

Los huracanes Frances, Iván y Jeanne, a su paso por la ciudad de Gonaïves, en la costa norte de Haití, causaron que partes de la ciudad recibieran un torrente de fango y que el agua alcanzara tres metros de altura, como consecuencia de lo cual el hospital principal de la ciudad, La Providence, quedó inhabilitado. Todos los establecimientos de salud en Granada quedaron inutilizados después del huracán Iván, en 2004. En la ciudad de Santa Fe, Argentina, los daños más significativos por las inundaciones en mayo de 2004 se produjeron en el Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia y el Hospital de Rehabilitación Vera Candiotti, los cuales permanecieron bajo el agua por varios días. Con el cese del funcionamiento de ambos hospitales especializados se perdió la disponibilidad de 170 camas (13% de las camas disponibles en la zona sanitaria afectada). También se anegaron parcialmente otros 14 establecimientos de salud de atención primaria.

Los desastres y las urgencias médicas de gran magnitud suelen generar caos en el sistema de atención de salud de un país; sin embargo, también dan la oportunidad de poner en práctica medidas de reducción de riesgo y mejorar el estado de preparativos frente a desastres. Este es el caso del Hospital de Niños Benjamín Bloom en El Salvador, el cual luego de haber sido seriamente afectado por un sismo, en 1986, fue reparado siguiendo normas antisísmicas. En 2001, este hospital sufrió solo daños menores y funcionó a su máxima capacidad inmediatamente después de los sismos de ese año, y se constituyó en el centro de referencia y atención de los pacientes derivados de más de 19 hospitales dañados.

### Tendencias generales del riesgo

El uso indiscriminado e intensivo de los recursos naturales, el marcado deterioro de los suelos y la deforestación han afectado la capacidad de los ecosistemas para regenerarse y compensar el efecto directo e indirecto de la acción humana (349). Además, la planificación urbana inadecuada, el aumento de la migración de las zonas rurales a las grandes ciudades, el manejo deficiente de sustancias peligrosas, el crecimiento de la población que vive en condiciones de pobreza, entre otras causas, han llevado a la po-

blación menos favorecida a residir en zonas de riesgo. El resultado ha sido que los eventos adversos han ocasionado cada vez mayor destrucción en el período 2001–2005.

Los desastres provocados por huracanes se incrementaron en 80%, mientras que el número de huracanes destructivos se elevó solo en 14% en el período 2001–2005 (25 huracanes y 88 desastres) en comparación con 1996–2000 (22 huracanes y 49 desastres). Las inundaciones aumentaron 48%, de 113 (1996–2000) a 168 (2001–2005). Los desastres provocados por la actividad humana (tecnológicos y accidentes de transporte) mostraron un leve incremento, continuando la tendencia de los últimos 30 años.

Existe consenso internacional acerca de que el incremento del número de desastres es un reto al que los países deberán hacer frente con más y mejores herramientas, para reducir el riesgo y mejorar la capacidad de respuesta. Más de una década después de la Conferencia internacional sobre mitigación de desastres en instalaciones de salud realizada en México en 1996, al menos 21 países de las Américas han realizado estudios de vulnerabilidad y muchos de ellos han puesto en práctica medidas de reducción de riesgo en instituciones de salud frente a fenómenos naturales.

Los ministros de salud analizaron los daños provocados por los desastres en los servicios de salud y acordaron, en septiembre de 2004, que todos los hospitales existentes deben ser reforzados y los nuevos tienen que ser diseñados y construidos de tal manera que se garantice su funcionamiento en casos de desastre. Este acuerdo marcó el inicio de la política regional de “Hospitales Seguros”, que fue ratificada y respaldada por más de 169 países en la Conferencia Mundial de Reducción de Desastres, en 2005. El acuerdo plantea que cada país deberá contar con una política nacional de hospitales seguros, y se estableció como meta que para 2015 todos los hospitales nuevos serán resistentes a los desastres naturales y que los establecimientos de salud existentes serán reforzados, en particular los que brindan atención primaria de la salud.

### Conclusión

La población en la Región es una sociedad que deberá resolver sus propias vulnerabilidades al mismo tiempo que enfrenta a un mayor número de desastres (350,351).

La evidencia recolectada a lo largo de los últimos años en materia de desastres muestra una tendencia al aumento de fenómenos destructivos, tanto de origen natural como los relacionados con la actividad humana. Entre las causas principales que podrían explicar esta tendencia se encuentran el cambio climático, el desarrollo tecnológico, el uso inadecuado de los recursos naturales y el aumento de los asentamientos de poblaciones de menores ingresos económicos en zonas de riesgo.

El riesgo es un aspecto complicado que requiere medidas complejas e integrales. La gestión del riesgo de desastres en la Región de las Américas debe incluir medidas que van desde lo político y económico hasta la biodiversidad y la protección ambien-



tal. El análisis del riesgo, la determinación de las amenazas y la evaluación de la vulnerabilidad son pasos fundamentales para la elaboración de políticas, estrategias, planes y programas de gestión de riesgo y atención de desastres, con la participación más amplia de las instituciones públicas y privadas, y donde esté presente la visión de las comunidades afectadas. Ante el riesgo existente, los países y territorios de las Américas deberán revisar y actualizar sus planes multisectoriales y sectoriales, capacitar a la población y a los grupos de respuesta ubicados en las zonas de riesgo y asegurar los recursos financieros y materiales para aplicar las medidas de reducción de riesgo, asistencia humanitaria y recuperación temprana.

La vasta experiencia de la Región en hacer frente a los riesgos naturales y antropogénicos ha demostrado que no existen atajos que conduzcan rápidamente a la reducción de desastres. Más bien, el viaje sigue siendo un largo camino vinculado con el desarrollo sostenible. Los países deberán recorrer un sendero donde el progreso en la reducción del riesgo se alcanza en la medida en que se reconoce que la administración de desastres conlleva la responsabilidad por el desarrollo y la planificación; a su vez, esta requiere trabajo interdisciplinario y la participación comprometida de toda la sociedad.

En el marco de la solidaridad panamericana, casi todos los países y ministerios de salud de las Américas han adoptado medidas formales para mejorar continuamente la reducción de riesgos y los preparativos para casos de desastre; consecuentemente, los países han generado la capacidad de responder a eventos de magnitud leve y moderada. Sin embargo, será necesario reforzar continuamente esa capacidad y obtener el compromiso político para coordinar el sector salud y todos los demás actores clave para enfrentar circunstancias imprevistas y desastres de mayor magnitud, no solo en la respuesta y asistencia humanitaria, sino fundamentalmente en la reducción del riesgo de emergencias y desastres.

## SALUD DE GRUPOS ESPECIALES

### SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Hoy en día, de 45 a 50 millones de indígenas pertenecientes a más de 600 pueblos únicos<sup>23</sup> habitan en las Américas y representan casi 10% de la población total, así como 40% de la población

rural de Latinoamérica y el Caribe (352–355). Los pueblos indígenas aportan una gran diversidad y vitalidad a los 24 países en que residen (cuadro 28) y son los custodios de gran parte de la herencia cultural y de la biodiversidad del continente (352). A pesar de su presencia histórica y de sus invaluables contribuciones, los pueblos indígenas son sumamente vulnerables en los países donde habitan y sus derechos humanos, al igual que sus derechos a la igualdad social, política y económica, están comprometidos o bien han sido negados. Como resultado, existen profundas inequidades en sus condiciones de vida, estado de salud y cobertura de servicios de salud (cuadro 29) (352–356).

La incidencia de pobreza y de pobreza extrema es mucho más alta entre los pueblos indígenas de las Américas que entre la población no indígena. En Bolivia y Guatemala, por ejemplo, más de la mitad de la población total es pobre, pero prácticamente tres cuartas partes de la población indígena es pobre. Del total de hogares pobres en Perú, 43% son indígenas (353). Esta pobreza está mezclada con otros factores que complican la situación, tales como tasas de analfabetismo y desempleo significativamente más elevadas, servicios sociales no disponibles o de difícil acceso, violación de los derechos humanos, desplazamientos debidos a conflictos armados, y degradación del ambiente. En los municipios indígenas de México, la tasa de analfabetismo es de 43%, casi tres veces más alta que el promedio nacional; esa misma tasa es de más de 60% en las mujeres indígenas (353,357). Se han registrado elevados niveles de contaminantes tóxicos en varias comunidades indígenas. En las regiones del Ártico en Canadá, estudios sobre el desarrollo de los infantes en Nunavik han encontrado problemas en la función inmune, así como un incremento en las infecciones respiratorias infantiles y bajo peso al nacer debido a exposición prenatal a organoclorados (358,359).

Tradicionalmente, las poblaciones indígenas han padecido elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, desnutrición y enfermedades infecciosas. La razón de mortalidad materna en Guatemala, país con 42% de población indígena, es de las más elevadas en América Latina, y es aún más alta entre las mujeres indígenas; de hecho, esta última es tres veces superior (211 por 100.000 nacidos vivos) a la de madres no indígenas (70 por 100.000 nacidos vivos), según el estudio de línea base de la mortalidad materna del año 2000 (360,361). En Bolivia, la tasa de mortalidad infantil promedio es de 102 por 1.000 nacidos vivos en 51 municipios rurales con más de 50% de mujeres indígenas monolingües, o de más del doble al compararla con la correspondiente a la población general (54 por 1.000 nacidos vivos) (362). La desnutrición en los niños indígenas de la región norte de la Argentina es la principal causa de morbilidad y de mortalidad; 80% de los casos de desnutrición infantil se deben a parasitosis vinculadas con condiciones precarias de saneamiento ambiental (352). La tasa de mortalidad debida a tuberculosis pulmonar en la población indígena duplica a la de la población general en México (363), y en Canadá es de 8 a 10 veces más alta que el promedio general (352).

<sup>23</sup>En el Artículo 1 del Convenio de la OIT (no. 169) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (1989), se considera indígena a aquel sector de la colectividad nacional que se distingue de otros sectores: "los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas". El concepto de pueblo se refiere al conjunto de rasgos que caracterizan a un grupo humano en cuanto a su territorio, historia, cultura y etnia, confiriéndole un sentido de identidad.

**CUADRO 28. Estimación de la población indígena (número y porcentaje) en países seleccionados, Región de las Américas.**

Porcentaje de la población total	Total de población indígena		
	<100.000	100.000 a 500.000	>500.000
>40			Bolivia Ecuador Guatemala Perú
5 a 40	Belice Guyana Suriname	El Salvador Nicaragua Panamá	Chile Honduras México
<5	Costa Rica Dominica Guayana Francesa Jamaica	Argentina Brasil Paraguay Venezuela	Canadá Colombia Estados Unidos

**Nota:** este cuadro se refiere a las estadísticas nacionales oficiales que muestran a los pueblos indígenas como "mayorías" o "minorías"; sin embargo, dentro de los países puede haber focos en donde las poblaciones indígenas corresponden a la mayoría en esa área, aunque las cifras nacionales no lo reflejen.

**Fuentes:** Informes sobre la Evaluación del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo, OPS, 2004. Hall G, Patrinos AH. Indigenous Peoples, Poverty and Human Development in Latin America: 1994—2004. Washington, DC: World Bank, 2005. Montenegro R, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean [Indigenous Health 2]. Lancet 2006; 367:1859—69.

En Nicaragua, 90% de los casos de paludismo por *Plasmodium falciparum* se concentran en 24 municipios con población indígena. En 2002, en los Distritos Especiales de Salud de los Indígenas en Brasil, los padecimientos respiratorios fueron la segunda causa de demanda de servicios de salud. De los fallecidos por neumonía, 85,5% fueron niños menores de 5 años de edad y 48,2%, menores de 1 año, lo cual pone de manifiesto la importancia que revisten estas enfermedades en la mortalidad infantil de las poblaciones indígenas de Brasil (352).

Los trastornos crónicos tales como el consumo de alcohol y drogas, el suicidio, las enfermedades de transmisión sexual, y la pérdida de influencia de las prácticas de salud tradicionales se vuelven cada vez más importantes, en la medida en que las poblaciones indígenas adquieren más movilidad, están menos aisladas, se vuelven más urbanas, y residen en áreas fronterizas. En 1999, un estudio que incluyó información procedente de censos de población, entrevistas, datos clínicos y evaluaciones bioquímicas, se llevó a cabo en 80 varones y 71 mujeres en algunas comunidades Guaraní-Mybá (Sapukai, Paraty-Mirim y Araponga) del Estado de Río de Janeiro, en el Brasil. La prevalencia de los factores de riesgo estudiados en la muestra total fue la siguiente para las tres comunidades, respectivamente: hipertensión: 4,8%, 2,6% y 7,4%; sobrepeso: 26,7%, 19,5% y 34,8%; niveles totales de colesterol: 2,8%, 2,7% y 2,9%, y niveles elevados de triglicéridos: 12,6%, 9,5% y 15,9%. Todas las tasas de prevalencia fueron más altas en las mujeres y en edades más avanzadas. Los resultados sugieren que las comunidades guaraníes presentan un riesgo moderado de padecer enfermedades crónicas y que es necesario

establecer medidas para disminuir dichos riesgos (364). Por otra parte, si bien la prevalencia de enfermedades cardiovasculares ha disminuido en Canadá, existen datos que sugieren que están aumentando entre los pueblos nativos de esa nación. En un estudio llevado a cabo entre participantes seleccionados aleatoriamente de una amplia lista de 301 miembros de la comunidad indígena de las Seis Naciones y 326 individuos de origen europeo, se informó que entre los primeros había muchos más casos de aterosclerosis de la carótida que entre los descendientes de europeos.

Esos problemas se vincularon con tasas más elevadas de tabaquismo, intolerancia a la glucosa, obesidad, obesidad abdominal, y concentraciones sustancialmente más altas de fibrinógeno y del inhibidor-1 del activador de plasminógeno, así como a tasas mucho más elevadas de desempleo y a un ingreso anual más bajo en el hogar (365).

Si bien la información disponible sobre el consumo de alcohol entre los pueblos indígenas en los países de América Latina y el Caribe es limitada, basta para hacer evidente la gravedad del problema. En Perú, un estudio realizado en 2000 en diversas comunidades aymarás del altiplano de Puno, así como en comunidades shipibo del Amazonas, se encontró que el consumo de alcohol predominaba entre los hombres y que se asociaba con conductas agresivas hacia las esposas, los hijos y otros parientes cercanos (366). Diversos informes sugieren un aumento en el consumo de alcohol en la población indígena de las zonas urbanas. Resulta particularmente preocupante el incremento del alcoholismo en las mujeres indígenas en situaciones especiales, como por ejemplo la viudez, el abandono, el desarraigo y la soledad (367–369).

**CUADRO 29. Inequidades que afectan a los pueblos indígenas en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, países seleccionados, Región de las Américas.**

Objetivo/Meta	País	Indígenas	No indígenas
1. Pobreza	Chile	32,2% (2000)	20,1% (2000)
	Canadá	34% (2004)	16% (2004)
2. Analfabetismo	Bolivia	19,61% (2001)	4,5% (2001) (Censo 2001)
3. Equidad de género y autonomía de las mujeres	Guatemala	El analfabetismo en las mujeres indígenas es de 50 a 90% y únicamente 43% terminan la escuela primaria; 5,8% la secundaria y 1% alcanza niveles de educación superior (2001)	
4. Mortalidad infantil	Panamá	Bocas del Toro 37,6; Darién 29,2; Comarca Nögbé-Buglé 27,9 por 1.000 nacidos vivos (2003)	15,2 por 1,000 nacidos vivos (2003)
5. Mortalidad materna	Honduras	255 por 100.000 nacidos vivos (Intibuca)	147 por 100.000 nacidos vivos (datos notificados en el informe de Honduras de 2004)
6. Combate del paludismo, VIH/sida y otras enfermedades	Nicaragua	90% de los casos de paludismo por falciparum se concentran en 24 municipios con población indígena	
7. Sostenibilidad del medio ambiente y condición nutricional		95% de las fuentes superficiales de agua están contaminadas. La desnutrición en niños y adultos se asocian con parásitos; 40% de los niños indígenas padecen desnutrición en comparación con 20% de todo el país	
8. Promover una alianza mundial para el desarrollo	El Salvador	La existencia de problemas similares entre los pueblos indígenas (es decir, perfiles epidemiológicos similares, refugiados, cambios en los estilos de vida, aculturación, avances en el desarrollo, pérdida de territorios), sobre todo de aquellos que residen en áreas limítrofes, vuelven urgente la coordinación de tareas orientadas al desarrollo y/o la aplicación de convenios internacionales y subregionales en las Américas	

**Nota:** este cuadro responde a la necesidad de aplicar el contenido de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a la realidad de los pueblos indígenas y muestra la carga de la enfermedad y la inequidad que afecta a estos pueblos en las Américas. El cumplimiento real de lo aquí establecido, tal cual lo solicitan los líderes indígenas, requerirá de la incorporación de las visiones de estos pueblos, por ejemplo en los conceptos de pobreza, alianza y desarrollo.

**Fuente:** Datos proporcionados por los países que participaron en la evaluación nacional de los logros en salud, dentro del marco del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo, OPS, 2004.

En las últimas décadas, la búsqueda de trabajo de los garífunas los ha llevado cada vez más a las ciudades hondureñas de La Ceiba y San Pedro Suya, y mucho más lejos, hasta Nueva York, Los Ángeles y Nueva Orleans; inclusive, existe una comunidad garífuna en Londres. La diáspora se intensificó en los últimos 10 años debido a que inversionistas, tanto nacionales como extranjeros, adquirieron tierras de los garífunas para el desarrollo turístico. La tasa acumulada de sida en los garífunas en Honduras es casi 15 veces superior a la nacional y más de 8% son seropositivos al VIH, lo cual representa una cifra cuatro veces superior al promedio nacional (370).

El número creciente de suicidios entre los jóvenes indígenas en el noroeste de Colombia ha creado una gran preocupación en la Agencia de la Organización de las Naciones Unidas para los Refugiados, así como en las organizaciones de pueblos indígenas. En poco más de un año, 17 jóvenes embera y wounaan, de 12 a 24 años de edad, se suicidaron o bien intentaron hacerlo. De acuerdo con la Asociación de Cabildos Mayores Indígenas del Bajo Atrato —conformada por 25 comunidades de los pueblos Wounaan, Embera, Katío, Tule y Chamí— los pueblos indígenas están perdiendo “su deseo de vivir”, debido al impacto del conflicto colombiano en sus comunidades (371).

En la costa del Atlántico, en Honduras y Nicaragua, hace aproximadamente 30 años comenzó a practicarse la pesca de langosta y camarón, con fines comerciales (372–374). Esa actividad, que se lleva a cabo en condiciones precarias —sin el equipo de buceo adecuado— ha ocasionado una elevada tasa de discapacidad y muerte en los adolescentes y adultos jóvenes de la población miskito, a lo cual se suman los problemas sociales y el desequilibrio ecológico creado por la pesca indiscriminada de langosta (373–375). Las víctimas del síndrome de descompresión inadecuada tienen entre 20 y 41 años de edad (376).

Si bien la carga de la enfermedad y el perfil epidemiológico transicional de otros grupos desfavorecidos en la Región son similares a los de los pueblos indígenas, la mala condición de salud de estos se suma a la discriminación y la desigualdad al interior del sistema de salud. Parte del reto en esta área consiste en articular mejor el sistema de salud indígena, así como sus múltiples agentes de salud y prácticas, con los servicios de atención a la salud que ofrecen los gobiernos. Estas comunidades dependen de curanderos espirituales y tradicionales para promover la salud, prevenir las enfermedades y proporcionar medicinas para males comunes; a menudo esos curanderos constituyen el único recurso en materia de salud de que disponen de manera constante (352).

Las desigualdades de género también están presentes y las mujeres indígenas en particular se enfrentan a retos en la obtención de atención médica de calidad con respecto a la salud reproductiva. Así, por ejemplo, la tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos en las mujeres indígenas de Guatemala es de 10%, en tanto que la cobertura nacional asciende a 40%. En el mismo país, 41% de los partos son asistidos por personal de salud capacitado en todo el país; la cobertura de parto asciende a 57% entre las mujeres mestizas y a 19,5% entre las indígenas (360, 361, 377).

A pesar de que los servicios de salud de mala calidad están presentes en el contexto de muchos países en desarrollo, esa falla se hace más grave en aquellas zonas habitadas por pueblos indígenas. La persistencia de ciertos aspectos de mala calidad en la prestación de los servicios, como por ejemplo la limitada competencia del personal, la falta de cumplimiento de los protocolos de tratamiento basados en la evidencia, la escasez de medicamentos y las bajas tasas de retención de personal son comunes en gran parte de las remotas localidades donde residen los indígenas. Por otro lado, las barreras geográficas impiden a estas poblaciones el acceso a los servicios de salud, debido a la distancia y a los medios y costos de transportación, así como al aislamiento geográfico estacional. Si bien la mayoría de los servicios médicos son gratuitos para los indígenas, el costo real de la atención, incluyendo los gastos adicionales para transporte, alimentación, hospedaje, atención a la familia, medicamentos y pérdida de días laborales, plantea un reto a la prestación de los servicios de salud (352, 378–380).

Las barreras culturales constituyen el reto más complejo, dado que existe un conocimiento muy reducido de los factores culturales y sociales que proceden de los conocimientos, actitudes y

prácticas de salud de los pueblos indígenas. La alternativa de la medicina occidental y sus intervenciones pueden resultar ofensivas o inadecuadas para los practicantes de la medicina tradicional. Es difícil encontrar personal de salud que hable y entienda las lenguas indígenas, y la mala comunicación entre los proveedores de salud y los interesados dificulta el acceso a la atención de calidad. Por otra parte, a menudo los pueblos indígenas son objeto de discriminación por parte de personal no indígena en los centros de salud; tanto el miedo como la desconfianza ocasionados por las actitudes y comportamientos de los trabajadores de la salud llevan a los indígenas a no buscar la atención médica que requieren (381, 382). Así, las creencias y prácticas tradicionales vinculadas con el parto a menudo no son respetadas en los ámbitos institucionales (383, 384). En cuanto a las políticas, la carencia de estadísticas vitales o de desglose por pertenencia étnica, género y edad, dificulta todavía más la generación de políticas y procesos de gestión basados en la evidencia. En un análisis de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, se observa que 13 de 24 naciones con población indígena que han realizado censos de población recientemente, incorporaron preguntas relativas a la identificación de las poblaciones indígenas. Además, 10 países de la Región han procesado ya los datos de sus censos más recientes y se llevan a cabo actualmente estudios de las poblaciones indígenas (385). En términos de estadísticas vitales y de cobertura de servicios, si bien ya se han establecido los estudios y las estimaciones, aún no existe una caracterización adecuada de las poblaciones indígenas de la Región y, ciertamente, ningún sistema confiable de información, supervisión y evaluación de sus condiciones de salud (352).

Las políticas nacionales y los convenios internacionales guían a algunos países en el desarrollo de programas destinados a los indígenas y en la asignación de financiamientos específicos para los servicios sociales destinados a esas poblaciones. Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Guatemala, Guyana, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela han incluido el reconocimiento de la diversidad en sus constituciones políticas (386). El fomento de la salud de los pueblos indígenas y la incorporación de su medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud han quedado integrados en la legislación nacional de países como Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela (386). La mayoría de los países tienen, dentro de sus ministerios de salud, unidades técnicas dedicadas a la salud de los pueblos indígenas, así como programas y proyectos nacionales vinculados con la salud de esta población. No obstante, la ejecución de estas políticas y experiencias carece de coordinación, en gran medida, y no incluye una participación considerable de los indígenas en la concepción o puesta en marcha de dichas medidas, tal como lo establece, por ejemplo, el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (recuadro 5) (369). La falta de comunicación, así como la desintegración y la duplicación de los esfuerzos en todos los niveles, impiden la diseminación de las experiencias adquiridas y restringen la sis-

## RECUADRO 5. Convenio 169 sobre los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, Organización Internacional del Trabajo

### Parte V. Seguridad Social y Salud

#### Artículo 24

Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna.

#### Artículo 25

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

*Fuente:* Organización Internacional del Trabajo. Normas Internacionales del Trabajo, C169 Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.ilo.org/ilolex/spanish/subjlst.htm>. Consultada el 10 de abril de 2007.

tematización y el uso de la información para proporcionar a la sociedad productos terminados. Asimismo, aspectos tales como los derechos de la propiedad colectiva, las patentes, la protección de la biodiversidad y la conservación aún no han sido abordados de manera adecuada (352).

Conscientes de las disparidades en salud, en el año 2000 los países se comprometieron a reducir las brechas mediante el cumplimiento de los ODM. No obstante, las evaluaciones llevadas a cabo en las Américas, así como proyecciones recientes, muestran que a pesar de que se han obtenido algunos logros en el sector salud, los resultados esperados no se alcanzarán ni en tiempo ni en forma, sobre todo en cuanto a las poblaciones indígenas, a menos que se reorienten ciertas estrategias actuales. Por ejemplo, las estrategias para la disminución de la pobreza y para el desarrollo económico no incluyen la identidad de los indígenas, su visión del mundo, ni tampoco su cultura; tampoco se consideran su derecho a la autodeterminación y a ejercer el control de sus territorios y recursos, ni su perspectiva holística de la salud. Hoy en día, la evaluación del avance hacia los ODM se lleva a cabo a partir de promedios de datos no desagregados; por ende, el progreso (o la ausencia del mismo) de las poblaciones indígenas se queda perdido en los cálculos (387).

En diciembre de 2004, la Asamblea General del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, de las Naciones Unidas,

adoptó una resolución con respecto a un Segundo Decenio de los Pueblos Indígenas del Mundo (2005–2015). La meta de este Decenio consiste en fortalecer aún más la cooperación internacional para la solución de los problemas a los que se enfrentan las poblaciones indígenas en áreas tales como la cultura, la educación, la salud, los derechos humanos, el medio ambiente y el desarrollo económico y social, por medio de proyectos específicos y programas orientados a la acción, mayor asistencia técnica y actividades pertinentes al establecimiento de estándares (recuadro 6) (388).

Al reconocer las prioridades de los pueblos indígenas, la OPS y los Estados Miembros han aceptado que existe una urgente necesidad de enfatizar formas respetuosas e innovadoras de trabajar con los representantes indígenas y de mostrar resultados claros que denoten la reducción de la carga de enfermedad y discapacidad, así como de las barreras de acceso a la atención a la salud de calidad en las comunidades. Este proceso marcará la pauta a lo largo de las siguientes líneas de acción estratégicas durante 2007–2011 (389): 1) garantizar la incorporación de las perspectivas indígenas al logro de los ODM y de las políticas de salud nacionales; 2) incrementar la información y la gestión del conocimiento de los aspectos de salud de los indígenas, con el objeto de fortalecer las capacidades de supervisión y de toma de decisión basadas en la evidencia, tanto regional como nacional; 3) integrar el enfoque intercultural en los sistemas de salud nacionales en la

### RECUADRO 6. Objetivos del Segundo Decenio de los Pueblos Indígenas del Mundo.

1. El fomento de la no discriminación y de la inclusión de los pueblos indígenas en la elaboración, aplicación y evaluación de los procesos internacionales, regionales y nacionales relativos a la legislación, las políticas, los recursos, los programas y los proyectos;
2. El fomento de la participación plena y efectiva de los pueblos indígenas en las decisiones que afectan directa o indirectamente a sus estilos de vida, tierras tradicionales y territorios, a su integridad cultural como pueblos indígenas que poseen derechos colectivos o a cualquier otro aspecto de sus vidas, teniendo en cuenta el principio del consentimiento libre, previo e informado;
3. La redefinición de las políticas de desarrollo para que incluyan una visión de equidad y sean culturalmente adecuadas, con inclusión del respeto de la diversidad cultural y lingüística de los pueblos indígenas;
4. La adopción de políticas, programas, proyectos y presupuestos que tengan objetivos específicos para el desarrollo de los pueblos indígenas, con inclusión de parámetros concretos, e insistiendo en particular en las mujeres, los niños y los jóvenes indígenas;
5. La creación de mecanismos de supervisión estrictos y la mejora de la rendición de cuentas a nivel internacional y regional y particularmente a nivel nacional, en lo tocante a la aplicación de los marcos jurídicos, normativos y operacionales para la protección de los pueblos indígenas y el mejoramiento de sus vidas.

**Fuente:** Naciones Unidas, Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas. Segundo Decenio de los Pueblos Indígenas del Mundo [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/unpfi/en/second.html>. Consultado el 10 de abril de 2007.

Región, como parte de la estrategia de atención primaria a la salud, y 4) desarrollar alianzas específicas con pueblos indígenas, así como con otros participantes, a fin de lograr mayores avances en la salud de dichas poblaciones.

#### SALUD DE LOS AFRODESCENDIENTES

La Región de las Américas tiene una gran diversidad étnica y cultural, debido a su propio proceso histórico social de conquista, colonialismo e inmigración. Al segmento poblacional de los pueblos indígenas, que se analizó en la sección anterior, se deben añadir los afrodescendientes, que se estiman en 250 millones en toda la Región. Existe una proporción de población afrodescendiente superior a 45% en los países del Caribe de habla inglesa, Brasil, Haití y República Dominicana. El país de la Región con mayor población afrodescendiente es el Brasil, con un cálculo oficial de casi 75 millones; los Estados Unidos de América cuentan con 36 millones de afrodescendientes (12,9%) y Colombia tiene aproximadamente 8 millones (23%).

A pesar de su importancia numérica, este segmento de población ha sido invisible socialmente desde los procesos de independencia, debido a características como su alta urbanización y la pérdida, en la mayoría de los países, de una lengua propia que los identifique. La mayoría de los países no disponían de datos

sobre este grupo específico de población. A partir de los esfuerzos realizados desde el comienzo de la década de 2000 con el respaldo de instituciones financieras y las agencias de las Naciones Unidas, un número reducido de países (Brasil, Costa Rica, Colombia,<sup>24</sup> Ecuador, Guatemala, Honduras y Trinidad y Tabago) han incorporado a los afrodescendientes como categoría étnica en las fuentes de estadísticas. La información desagregada de los censos y encuestas de hogares de los países referidos permiten realizar el análisis de las condiciones de vida y la situación de salud de este grupo poblacional; además, existe la posibilidad de que en el futuro se pueda hacer el seguimiento del impacto de las políticas en el mejoramiento de su calidad de vida.

Análisis realizados por la OPS sobre la información estadística mencionada confirman una situación de extrema vulnerabilidad de los afrodescendientes en América del Sur, muy similar a la que sufren los pueblos indígenas. En el Ecuador, por ejemplo, el porcentaje de la población afrodescendiente pobre se eleva a 52%, semejante a los niveles de pobreza de los pueblos indígenas. En el Brasil, la población afrobrasileña pobre representa 52% del total

<sup>24</sup>Aún no está disponible la información del Censo de Colombia que fue realizado en 2005, pero se han utilizado los datos de la publicación: Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2003, Instituto Nacional de Salud Ministerio de Promoción Social y OPS. Bogotá Colombia 2003.

**CUADRO 30. Tipo de hogares por grupo étnico y sexo del jefe, Brasil, 2001.**

Tipo de hogar	Hogares con jefe afrodescendiente (%)			Resto de hogares (%)		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Unipersonal	6,8	15,6	8,9	6,0	23,4	10,3
Nuclear biparental	71,8	7,2	56,2	76,7	7,8	59,8
Nuclear monoparental	1,8	39,0	10,8	1,7	38,7	10,8
Extenso y compuesto	19,5	38,1	24,0	15,7	30,1	19,2
Total	100	100	100	100	100	100

**Fuente:** Datos tomados de: Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (Encuesta de hogares) 2001. Elaboración de la OPS.

de su grupo, frente a 26% del resto de la población. También en Colombia las tasas más altas de pobreza e indigencia las tienen los indígenas, seguidos de los afrocolombianos (390). Es importante destacar que esta distribución de la pobreza por grupo étnico también se acompaña de algunas diferencias de género en la estructura del hogar. Las familias con jefatura de hogar femenina, dentro de una estructura de familia ampliada, están sobre-representadas en las familias de origen africano (cuadro 30).

Esta situación, que es compartida por la población de origen africano en diferentes países, da cuenta de una exclusión social extrema y sostenida por siglos, que afecta todas las áreas de la vida y se pone de manifiesto al analizar otros indicadores. Por ejemplo, la población afrodescendiente urbana del Ecuador entre 15 y 19 años de edad que completó seis años de estudio es de 78% para los hombres y 80% para las mujeres, inferior a los porcentajes alcanzados por la población no étnica en el mismo país (87% para hombres y mujeres). En el Brasil esta brecha es aún más acentuada: para el mismo grupo de edad, solo 56,2% de los hombres y 66% de las mujeres de origen africano completaron seis años de estudio, frente a 80,9% y 85,2% del resto de la población, respectivamente.

En los países centroamericanos, la situación de los afrodescendientes no es tan severa. En Honduras, la población con ascendencia africana<sup>25</sup> representa 5% de la población total, es fundamentalmente urbana y se ubica en la Costa Atlántica en ciudades tales como Tela, La Ceiba, Puerto Cortés y Puerto Castilla. La pobreza en Honduras es menos aguda en la población afrodescendiente que en la indígena, medida en función de las necesidades básicas insatisfechas: 42% de los afrohondureños presenta una o más necesidades básicas insatisfechas frente a 78% de los miembros de las comunidades indígenas. También el logro educativo, medido por la proporción de la población de 15 a 19 años que completó seis años de estudio, es favorable a los afrodescendientes cuando se comparan con los pueblos indígenas y el resto de la población (figura 30).

En relación con los indicadores sanitarios, existe un vacío en los datos estadísticos debido a que los sistemas de información

en salud de los países no capturan el origen étnico de los afrodescendientes, por lo que no es posible desagregar los datos. Existen estudios con otras fuentes, que revelan importantes disparidades en detrimento de los afrodescendientes, tanto en las condiciones de vida como en el acceso a los servicios.<sup>26</sup>

En cuanto a la mortalidad infantil, en Ecuador, la población afroecuatoriana presenta una tasa de más alta (32,6 por 1.000 nacidos vivos) que la población no perteneciente a ningún grupo étnico (25,8), según los datos del censo de 2001. Las diferencias se mantienen también cuando los datos son desagregados por área urbana (29,3 por 1.000 nacidos vivos en los afrodescendientes y 21,3 en los grupos no étnicos) y rural (39,4 y 32,9, respectivamente). En el Brasil, según el censo de 2000, la mortalidad infantil de los hijos de madres afrodescendientes es mayor (37,6 por 1.000 nacidos vivos) que la del resto de la población (25). En Colombia, la mortalidad infantil presenta una situación cercana a la media latinoamericana; sin embargo, en el departamento de Chocó, cuya población es mayoritariamente de origen africano (70%), las tasas de mortalidad infantil son tres veces más altas en los hombres (98,6 por 1.000 nacidos vivos) y cuatro veces más en las mujeres (80,9) que el promedio nacional (figura 31); dichas cifras son superiores a las de Haití (79 por 1.000), India (65) o Kenia (68).

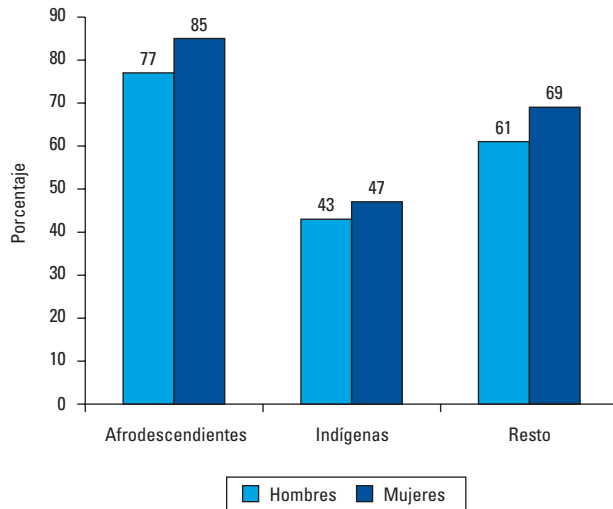
En Honduras, la tasa de mortalidad de menores de 5 años para población afrodescendiente que vive en contextos urbanos (30,7 por 1.000 nacidos vivos) es más alta que la indígena en esas áreas (21,3) y que la población no étnica (25,3).

En relación con la infección por VIH y otras enfermedades vinculadas a la pobreza, existen brechas en el riesgo de morir según el origen étnico y el sexo. En Honduras, más de 8% de los garífunas adultos son VIH positivos frente a 2% del promedio nacional y la tasa acumulativa de casos de VIH es casi 15 veces la tasa nacional. En el Brasil, a partir de 1998, el gobierno adoptó la política de universalización del tratamiento antirretrovírico sin costo; no obstante, a partir de ese año, en el estado de São Paulo, el riesgo de morir de la población masculina blanca se redujo sustancialmente, pero la caída en sus contrapartes afrobrasileños fue menor; en las poblaciones femeninas también se observa que

<sup>25</sup>Los afrohondureños descienden de africanos que llegaron a Honduras de San Vicente y las Granadinas en 1797, y posteriormente se integraron con indígenas caribes y Arawako.

<sup>26</sup>Para mayor información sobre este tema, también se puede consultar: Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, Edición 2002. Washington, D.C.: OPS, 2002.

**FIGURA 30. Porcentaje de la población de 15 a 19 años que completó seis años de educación por etnia, según sexo, Honduras, 2001.**



Fuente: Censo de Población 2001, elaboración PAHO.

el riesgo es mayor para las mujeres de origen africano que para las mujeres blancas (figura 32).

En relación al abastecimiento de agua, los censos de 2000 indican que hay brechas en detrimento de la población afrodescendiente, comparada con la población no étnica. En el Brasil, 85,4% de los afrobrasileños tienen acceso adecuado a fuentes de agua potable, frente a 92% de la población no étnica; en el Ecuador, la diferencia es 66% de los afroecuatorianos frente a 69% de pobla-

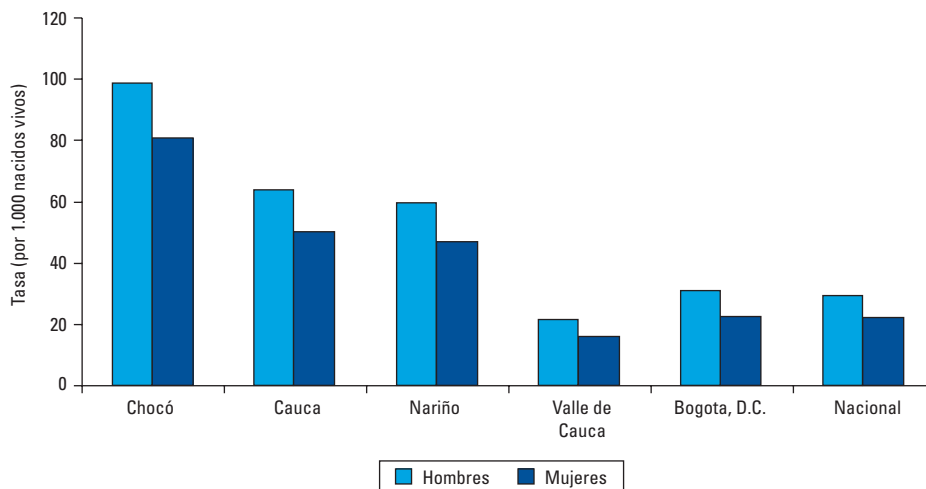
ción no étnica; los afrohondureños tienen una situación casi equiparada con la población no étnica (74% contra 73%).

En 2004, la Secretaría Especial de Políticas de Promoción de Igualdad Racial de Brasil convocó, con el auspicio del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y la OPS, al taller regional “Trabajando para lograr la equidad étnica en salud”. En el taller participaron delegaciones de 24 países, con representantes de los ministerios de salud, la sociedad civil y las cancillerías encargadas del seguimiento de las cumbres. Los delegados reconocieron que los afrodescendientes presentan indicadores deficitarios en los ODM (recuadro 7) y afirmaron “que es oportuno redoblar los esfuerzos para que los ODM beneficien a los grupos víctimas del racismo, la discriminación racial, la xenofobia y otras formas conexas de intolerancia” (391).

A pesar de que la población afrodescendiente es casi la mitad de la población nacional en Brasil, solo integran 10% del total de médicos, proporción que es aún inferior entre las mujeres que ejercen esa profesión (cuadro 31). En el Ecuador, la población afrodescendiente representa 1,5% del total de los médicos, representatividad muy inferior a la que tienen como población total. En Honduras, el censo de población identificó 17.320 personas cuya profesión está vinculada al campo de la salud, entre los que se incluyen categorías como partera y naturista; de estos, menos de 2% (336) se identificaron como afrodescendientes, porcentaje inferior al que este grupo tienen en la población total (aproximadamente 5%).

Para alcanzar mayores niveles de equidad en los grupos étnicos y raciales de la Región, durante la “Década del desarrollo de recursos humanos en salud” (2006–2015) serán esenciales los esfuerzos de las entidades educativas en la capacitación y formación con un enfoque multicultural, así como los esfuerzos del sistema de salud en la actualización de sus propios funcionarios.

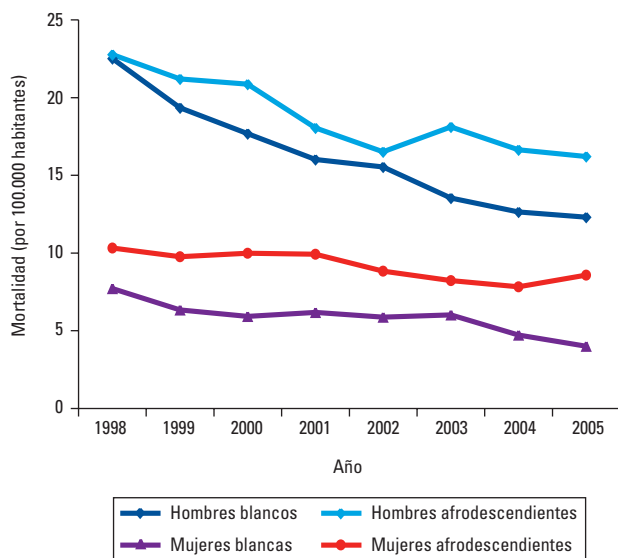
**FIGURA 31. Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) por sexo, varios departamentos, Bogotá y promedio nacional, Colombia, 2003.**



Fuente: República de Colombia, Ministerio de Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Situación de salud en Colombia. Organización Panamericana de la Salud, Indicadores Básicos, 2003.



**FIGURA 32. Riesgo de morir por sida según sexo y raza, tendencias en el municipio de São Pablo, Brasil, 1998–2005.**



Fuente: Proaim, São Paulo, Brasil con colaboración de OPS.

### SALUD DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD

Con el objeto de garantizar un acceso amplio a los servicios de atención a la salud y de incidir sobre situaciones y factores que afectan la salud tanto de los individuos como de las poblaciones, es necesario recurrir a estrategias que, además de combinar programas, servicios y actividades, permitan obtener resultados eficaces, como consecuencia de un efecto sinérgico. Entre los enfoques propuestos está el de salud familiar y comunitaria, en el cual las familias y las comunidades son las auténticas protagonistas de la gestión de la salud y no se limitan a ser sujetos de las medidas de atención integral y promoción de la salud. En pocas palabras, el enfoque de salud familiar y comunitaria busca combinar acciones e intervenciones participativas de éxito demostrado que, al potenciarse entre sí, aumentan la eficacia de cada una de ellas por separado y vuelven accesibles los objetivos y metas de salud a lo largo de toda la vida (392). Así por ejemplo, la reducción de la mortalidad infantil se convierte en una meta alcanzable si la atención integral incorpora la promoción y protección de la salud, la prevención de exposición a riesgos, el diagnóstico temprano y la restitución de funciones comprometidas por la enfermedad, además de las intervenciones curativo-paliativas orientadas a las personas y las familias.

Al respecto, en Brasil hay datos probatorios de los efectos del Programa de Salud de la Familia en el descenso de la mortalidad infantil, y se calcula que un aumento de 10% en la cobertura del mismo podría reducir la mortalidad infantil en 4,5% (393). En teoría, se podría mejorar significativamente la calidad de vida de los niños, además de reducir la morbilidad y mortalidad, me-

dante un programa de salud familiar que incluye la atención a la mujer embarazada desde el inicio de la gestación, e incluso antes, a fin de prevenir complicaciones y problemas de desarrollo fetal (394), así como la transmisión de infecciones *in útero*; la atención profesional del parto; la vacunación del recién nacido y del infante; la prevención de infecciones respiratorias y el manejo de diarreas y parasitosis, y la orientación sobre nutrición, estimulación temprana y reducción de riesgos ambientales en el hogar. Por otra parte, existen evidencias en el sentido de que los programas donde se hace énfasis en el desarrollo de la capacidad de padres y madres de familia para discutir con sus hijos púberes y adolescentes los riesgos asociados con la práctica de relaciones sexuales sin protección, son sumamente eficaces en la generación de actitudes de comprensión del riesgo y de un comportamiento de autoprotección (395).

Si bien aún es necesario recopilar información que demuestre, contundentemente, de qué manera la integración de programas orientados a la familia resulta en un uso más eficiente de los servicios y en una mayor participación de las personas como gestoras de su propia salud, la evidencia preliminar indica que esta estrategia no solo es aconsejable, sino absolutamente necesaria para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y ampliar la cobertura de los servicios. A lo largo de su vida, todo individuo se encuentra asociado a una familia y a algún tipo de comunidad, a través de los vínculos de pertenencia. Por ende, la utilización de estas estructuras sociales permite garantizar la ampliación de la cobertura, así como una mayor eficiencia en los servicios, además de una mayor participación de la familia y la comunidad. Asimismo, al realizar de manera continua las acciones de los programas y de las iniciativas, se previenen el descuido y la marginalización que impactan a las personas en ciertos momentos críticos de la vida, sobre todo en la adolescencia y la vejez. Finalmente, este tipo de programas favorecen la contribución de los adultos mayores al bienestar de sus hijos y de sus nietos (396).

### SALUD DEL NIÑO

#### Mortalidad infantil y de menores de 5 años

En América Latina y el Caribe anualmente nacen alrededor de 12 millones de niños; se calcula que, de estos, cerca de 400.000 mueren antes de cumplir los 5 años de edad, 270.000 fallecen antes del primer año y, de estos últimos, 180.000 fallecen en el primer mes de vida (397). Esta pérdida continua de vidas se debe, sobre todo, a causas que pueden ser prevenidas o tratadas si se detectan a tiempo, como son la desnutrición y una gran parte de las enfermedades infecciosas y respiratorias que, en conjunto, ocasionan por lo menos 1 de cada 4 muertes de menores de 5 años. Entre 1990 y 2003, el promedio regional de la mortalidad infantil disminuyó de 43 a 25 por 1.000 nacidos vivos (398).

Sin embargo, a pesar de esa disminución y de cierto progreso alcanzado, en muchos países latinoamericanos y del Caribe la

### RECUADRO 7. Reducir las brechas étnicas y raciales para alcanzar los ODM.

En los países donde los afrodescendientes son un segmento importante de la población, se debe reducir la mortalidad de los menores de 1 año para alcanzar con mayor equidad los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El caso del Brasil, con una población afrodescendiente de 46%, permite ilustrar esta afirmación. La tasa de mortalidad infantil (TMI) en este país se redujo casi 40% en una década, de 49,4 por 1.000 nacidos vivos (nv) en 1990 a 30,8 por 1.000 nv en 2000; desde una perspectiva étnica, en el siguiente cuadro se puede observar que en 2000 el riesgo de morir de un niño afrodescendiente menor de 1 año era el doble que el de los menores de 1 año del resto de la población.

Tasa de mortalidad infantil y de menores de 5 años por área, según condición étnica, Brasil, 2000.

Grupo étnico	Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nv)			Mortalidad de menores de 5 años (por 1.000 nv)		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
Afrodescendiente	37,6	35,1	45,0	46,7	43,3	57,6
Resto de la población	25,0	23,3	32,7	29,8	27,5	40,0
Total	30,8			37,6		

*Fuente:* datos del Censo de Población de Brasil, 2000, disponibles en la base de datos de CEPAL/CELADE.

Si se ha de alcanzar la meta de reducir la mortalidad infantil a 16,5 por 1.000 nv hacia 2015, se deberán analizar diferentes estrategias para disminuir la brecha entre los segmentos poblacionales. Para ello, el primer escenario es alcanzar el objetivo manteniendo fija la brecha en 50%, para lo cual se deberán conseguir tasas cercanas a 19,5 por 1.000 nv para el grupo de afrodescendientes y de 13 por 1.000 nv para el resto de la población. Si la mortalidad infantil total se redujera a 16,5 sin que la de la población afrodescendiente disminuyera a 19,5, la brecha aumentaría con un resultado negativo en términos sociales.

Otro escenario posible es tratar de reducir la brecha y alcanzar el objetivo. En este escenario, la tasa de mortalidad de niños afrodescendientes menores de 1 año debe reducirse a 18,5 por 1.000 nv y la tasa del resto de la población, a 14 por 1.000 nv. En este caso también se lograría la meta, pero con el valor agregado de una reducción de 25% en la brecha de la TMI. Como se muestra en el cuadro, se puede aplicar un razonamiento similar para los niños menores de 5 años.

Para lograr implementar estrategias que permitan alcanzar estos resultados, se requieren muchos esfuerzos coordinados entre sectores; por ejemplo, ya se ha demostrado ampliamente el impacto positivo de la educación de las madres sobre la mortalidad infantil. Además, se requerirá de una articulación exitosa entre los programas de gobierno y el acompañamiento de la sociedad civil.

elevada tasa de mortalidad entre los recién nacidos no se ha reducido de acuerdo con lo previsto. Así, entre 1989 y 1998 la tasa de mortalidad infantil en Bolivia cayó 29% mientras que la mortalidad neonatal disminuyó solo 7% (397).

El bajo peso al nacer, la asfixia y la sepsis representan alrededor de 40% de las muertes por causas perineonatales y, en conjunto, ocasionan alrededor de 80.000 defunciones anuales. La mayoría de estas muertes podría evitarse mejorando el cuidado y la atención durante el embarazo, y garantizando una adecuada

atención del parto y del recién nacido. Una proporción variable de las muertes debidas a problemas durante el embarazo y el parto también podría evitarse si las mujeres llegaran a la edad fértil en mejores condiciones de salud (particularmente en lo que se refiere al estado nutricional y a la ausencia de enfermedades), si recibieran cuidados prenatales apropiados y contaran con servicios calificados en la atención del parto (399).

Las tasas de desnutrición infantil según el peso para la edad, el peso para la talla y la talla para la edad han disminuido, aun-

**CUADRO 31. Porcentaje de trabajadores de la salud de origen africano por profesión y sexo, Brasil, 2002.**

Profesión	Total	Hombres	Mujeres
Médicos	10	11	8
Cirujanos dentistas	9	11	8
Veterinarios	15	14	16
Farmacéuticos	8	12	5
Enfermeros de nivel superior y afines	20	38	18
Fisioterapeutas y afines	11	12	11
Nutricionistas	31	0	32
Total	12	12	12

*Fuente:* Encuesta de hogares 2001.

que persisten elevadas tasas de déficit de micronutrientes en aquellos países con las tasas de mortalidad infantil más altas. El déficit de talla para la edad refleja desnutrición crónica, la forma más frecuente de desnutrición en las Américas, con un promedio regional de 16% en 2003 (400); dicha cifra oculta la realidad de algunos lugares al interior de los países. El bajo peso para la edad en niños y niñas menores de 5 años asciende, en promedio, a 7% (400). A pesar de que se ha publicado información acerca del impacto de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida sobre la morbilidad y mortalidad infantil (401), en 21 países de la Región únicamente 29% de los infantes se benefician de dicha práctica (402).

### Pobreza e inequidad

La pobreza continúa siendo el principal obstáculo para lograr una buena salud, un desarrollo adecuado y calidad de vida en la infancia. En 2004, en América Latina 36,7% de la población urbana y 58,1% de la rural eran pobres, y 45% vivían en condiciones de extrema pobreza, de los cuales 55% eran niños (400). En general las familias pobres tienen más hijos, quienes crecen en medios adversos. En 2000 se calculó que 36% del total de niños menores de 2 años de edad residentes en América Latina estaban en situación de alto riesgo alimentario; en las zonas rurales la proporción ascendió a 46%, debido a la precariedad de las condiciones sanitarias y a las mayores dificultades de la población para acceder a los servicios públicos de salud (400).

En 2002, tan solo 69% de la población rural de América Latina tenía acceso a agua potable y 44% a saneamiento básico. Alrededor de 30% de los niños menores de 6 años de edad residían en viviendas sin acceso a redes de agua potable y, por lo tanto, en condiciones de alto riesgo sanitario asociadas a la calidad del agua utilizada en las labores domésticas y en la preparación de los alimentos. Por otra parte, 40% de esos niños corrían un alto riesgo de contraer enfermedades, por la ausencia de sistemas de eliminación de excretas y por la presencia de desechos en las proximidades de la vivienda (400).

### Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) diseñaron, en 1996, la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) para ayudar a reducir la mortalidad y la morbilidad infantiles debidas a enfermedades fácilmente prevenibles y favorecer, de este modo, el crecimiento y desarrollo saludables en niños menores de 5 años de edad, especialmente de los grupos de población más vulnerables. El componente neonatal, que incluye la primera semana de vida del recién nacido, se formuló en fechas recientes y se considera crucial para reducir aún más la mortalidad infantil (497). La OPS promueve la aplicación de la AIEPI en la Región de las Américas; en 2001, 18 países donde se concentra 52% de la población menor de 5 años y donde ocurren 75% de los decesos anuales en ese grupo de edad, habían adoptado la estrategia. La puesta en marcha de la AIEPI consta de tres componentes fundamentales:

- *Componente clínico:* su fin es incrementar la habilidad de los trabajadores de la salud para manejar los casos; esto se logra mediante la capacitación, supervisión y provisión de guías adaptadas localmente sobre atención integral de enfermedades infantiles, y con actividades para promover el uso de las guías como una manera de ampliar la cobertura de capacitación.
- *Componente de los sistemas de salud:* destinado a mejorar los sistemas de salud necesarios para ofrecer atención de calidad.
- *Componente comunitario:* orientado a incorporar, con los actores sociales comunitarios, prácticas familiares y comunitarias que son clave para la supervivencia infantil, así como para lograr el sano crecimiento y desarrollo de los niños.

Por medio del componente clínico, la AIEPI aborda la evaluación, clasificación y tratamiento de los problemas de salud más frecuentes, incluidos los aspectos de detección y tratamiento, así como los de prevención de enfermedades y promoción de la salud. De este modo, la AIEPI incorpora de manera integral la evaluación y el tratamiento, tanto del motivo principal de la consulta como del estado de salud del niño; para llevar a cabo lo anterior, se buscan signos y síntomas de otras enfermedades y problemas, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de cada lugar (403). El componente comunitario propone la movilización comunitaria y la participación social a partir de un análisis de la realidad local, y compromete a los actores a fomentar buenas prácticas en materia de salud en la familia y en la comunidad; es decir, promueve comportamientos esenciales para prevenir enfermedades, mejorar el desarrollo físico y mental del niño, la atención adecuada en el hogar y la búsqueda de ayuda médica fuera del hogar (404).

La AIEPI también incorpora la evaluación sistemática de la situación nutricional del niño, de la alimentación que recibe y del

esquema de vacunación. De esta manera, también contribuye a detectar precozmente trastornos nutricionales o problemas de alimentación, con los que se previenen la desnutrición o el crecimiento inadecuado. Finalmente, la aplicación de la estrategia AIEPI también incluye contenidos básicos sobre el cuidado y la atención del niño en el hogar, mediante el fortalecimiento del papel del personal de salud para informar y educar a los padres, a fin de mejorar sus conocimientos y prácticas con respecto a la salud de sus hijos.

En 2004, un equipo de la OMS realizó en Perú una amplia evaluación nacional de las actividades correspondientes a los componentes clínico y comunitario de la AIEPI. Se seleccionó ese país debido a la alta cobertura de la intervención, ya que todos los departamentos fueron capacitados en la estrategia (405). En Chao, Perú, los beneficios percibidos por los actores sociales y las madres consistieron en: 1) un mejor conocimiento de las familias acerca de las prácticas familiares clave, y 2) la modificación en el comportamiento de las familias, en particular en aquellos aspectos relacionados con la higiene en el hogar, el lavado de manos, el cuidado del niño con diarrea, la identificación de signos de peligro y la búsqueda de ayuda médica (406).

### El desarrollo infantil en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

La meta específica acordada por los países sobre la mortalidad infantil establece que, para fines de 2015, esta se habrá reducido en dos terceras partes con respecto a la cifra de 1990 (ODM 4). Las estimaciones para la Región de las Américas muestran que el cumplimiento del ODM 4 requerirá acelerar la tendencia al descenso de la mortalidad de los menores de 5 años, cuya reducción durante la década de 1990 fue, en promedio, de casi 2,4% anual. Para que en 2015 la mortalidad llegue a un tercio de esa tasa, el ritmo de descenso de la mortalidad de los menores de 5 años deberá elevarse a más del doble, a fin de alcanzar 5,6% anual. De lograrse esa meta, el número de defunciones anuales de los menores de 5 años se situaría en alrededor de 250.000, menos de la mitad de las que, según los cálculos, ocurrieron en 2000, y un tercio del número estimado para 1990.

La evaluación del impacto de la aplicación de la estrategia AIEPI demostró que se ha mejorado la tasa de disminución de casos de diarrea, pasando de 29% anual en 1975, a 50% anual en 2000. Las enfermedades respiratorias, cuya reducción anual era de 33%, llegaron a tener una disminución anual de 50%. Lo anterior pone de manifiesto que la estrategia AIEPI tiene un gran potencial para reducir la carga de la enfermedad por esas afecciones cuando se aplica, de forma ampliada, en los programas nacionales, regionales e internacionales (404).

### SALUD DE LOS ADOLESCENTES Y LOS JÓVENES

La Declaración del Milenio en el año 2000 reafirmó los compromisos de igualdad, equidad y respeto, que incluyen a adoles-

*“A pesar de que la verdadera magnitud de las enfermedades de transmisión sexual sigue siendo desconocida en las Américas, se ha logrado un avance considerable al fomentar una nueva conciencia sobre su gravedad.”*

Héctor R. Acuña, 1982

centes y jóvenes. Asimismo, la Sesión Especial sobre el VIH/sida, de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (UNGASS, por su sigla en inglés) instó a disminuir la prevalencia del VIH entre la población de 15 a 24 años de edad (2001) (407, 408), y UNGASS de la Niñez (409) llamó a desarrollar y aplicar políticas y programas nacionales de salud de adolescentes (2002). La mayoría de los países de la Región ya cumplen con ese último objetivo y el tema de adolescencia y juventud está en su agenda política.

### Aspectos demográficos

En 2006, el grupo de 10 a 24 años de edad constituía 28% (161 millones) de la población total de América Latina y el Caribe y el de 10 a 19 años, 20% (410). Los jóvenes (de 10 a 24 años) representan una alta proporción de la población total en los países más pobres de la Región, como Haití y Nicaragua, donde constituyen 35% del total; en Guatemala, Honduras, Paraguay y la República Dominicana, de 30% a 35% de la población son jóvenes, comparado con 23% en Cuba, Puerto Rico y Uruguay. En los países del Caribe de habla inglesa, la proporción de adolescentes (de 10 a 19 años de edad) por país solo llegó a 11% en Bermuda, 13% en Aruba y 24% en las Islas Caimán y Granada (410).

El creciente número de población joven ejercerá presión sobre los sistemas de educación, de salud, laborales, legales y de recreación.

Las poblaciones indígenas tienen una proporción mayor de jóvenes. Por ejemplo, en Panamá, los adolescentes constituyen 24% de la población indígena, comparado con 18% de la población general. En 2000, los países con alta proporción de población joven indígena fueron: Bolivia (62%), Guatemala (48%), Ecuador (entre 25% y 40%), Belice (16%), Honduras (12%), Suriname (10%) y Guyana (6,3%) (411).

En la Región como un todo, la población joven es la más afectada por la pobreza, definida por el nivel de ingreso familiar (412). Así, 41% de los jóvenes entre 15 y 29 años de edad vivían en pobreza, y 15%, en pobreza extrema (413); en Bolivia, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú más de 50% de los jóvenes viven en pobreza. Sin embargo, hay grandes diferencias entre las zonas urbanas y rurales: en 2002, 1 de cada 3 jóvenes de residencia urbana era pobre, en contraste con la mitad en zonas rurales; además, la probabilidad de que los jóvenes del campo sean pobres es 64% más alta que la de los que viven en las ciudades de la Región (413).

Las mujeres y los indígenas adolescentes y jóvenes son los más vulnerables. Ellas tienen mayor riesgo que los hombres de sufrir violencia sexual, matrimonio o embarazo tempranos, o ambos, y de abandonar su educación (414). Las poblaciones indígenas se encuentran entre los grupos más pobres y socialmente excluidos: de 75% a 85% viven en pobreza (415). A ello se le suman bajo nivel y alta deserción escolar, empleos de baja calidad, bajos ingresos, bajo nivel de nutrición y salud y acceso limitado a bienes y servicios (416).

Los adolescentes y adultos jóvenes (entre 15 y 29 años de edad) migran más que los niños y adultos mayores (413), lo cual incrementa sus riesgos de salud, especialmente al VIH y a las infecciones de transmisión sexual. La etapa de mayor flujo migratorio está entre los 17 y los 22 años de edad (417), con aumento de la vulnerabilidad social y mayores desventajas relacionadas con la educación, la inserción laboral, el idioma y la protección legal (413). Uno de los principales tipos de migración es hacia las zonas urbanas. En 2000 en México, 53% de los hombres y 34% de las mujeres entre 20 y 24 años de edad se trasladaron a zonas urbanas por razones de trabajo, y 23% de las mujeres, por matrimonio o unión. Ese mismo año, en Brasil, 73% de los residentes en zonas rurales entre 15 y 24 años de edad se fueron a una zona urbana (418).

En 2004, la migración internacional de jóvenes entre países de América Latina y el Caribe se estimó en 17%. Existe una concentración de inmigrantes en países como Argentina, Costa Rica y Venezuela, en la que predominan las mujeres en el servicio doméstico (413). En ese mismo año, la tasa de emigración hacia los Estados Unidos fue de 9% desde Colombia; 8,8% desde El Salvador; 7,7% desde la República Dominicana, y 5,5% desde México; el promedio de edad de estos inmigrantes fue de 25,6 años (419).

## Educación

En el período 2001–2005, hubo avances en todos los niveles de la educación en los países de América Latina (412). La gran mayoría de los países ha logrado una cobertura universal de educación primaria y un equilibrio entre hombres y mujeres. No obstante, solo 39,8% de los jóvenes termina la educación secundaria, en comparación con 85% de sus congéneres de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos; además, esta proporción solo alcanzó 12% en los países más pobres de la Región. Con respecto de la educación superior, solo 6,5% de la población en edad universitaria se gradúa y en los países más pobres, 0,9% (413).

En la Región persisten las diferencias por situación socioeconómica y residencia urbana o rural: en 2000, 48% de los jóvenes del quintil más pobre logró completar la primaria y 12% del mismo grupo, la secundaria. Sin embargo, en el quintil de mayores recursos, esos porcentajes fueron de 80% y 58%, respectivamente (420). La deserción escolar en primaria fue el doble en las zonas rurales (54%) que en las urbanas (22%) (413). La juventud indígena ha sufrido estas exclusiones con mayor intensidad. Por

ejemplo, en Guatemala, la tasa de repetición en primaria entre alumnos indígenas fue de 90%, y en Bolivia la probabilidad de repetir es el doble entre la niñez de lengua indígena que entre la de habla hispana (420). En 2001, los adolescentes indígenas en Panamá presentaron mayor deserción escolar y tuvieron menos acceso a la educación secundaria y superior (421). El acceso a la educación según sexo es bastante homogéneo, y se observan mejores logros entre las mujeres que entre los hombres, especialmente en los países del Caribe de habla inglesa. Esta nivelación por sexo no se observa en países como Bolivia, Guatemala y Perú (407).

La educación es una variable clave asociada con menores tasas de embarazo, reducción de las infecciones de transmisión sexual y la infección por VIH, mejor salud física y mental, y menor probabilidad de abuso de sustancias, de exclusión social y de violencia. La mejoría en el acceso y calidad de la educación secundaria será clave para tener resultados positivos en salud.

## Empleo

La situación laboral de la población joven se caracteriza por su inestabilidad, baja remuneración y escasa cobertura de seguridad social (412). Para 2005, los porcentajes de población económicamente activa entre 15 y 19 años variaron de 55% en Brasil a 42,5% en Guatemala y 14% en Puerto Rico (410), con un promedio de 54,2% para la Región (63,8% para los hombres y 44,5% para las mujeres) (422). Desde 1995, la tasa de empleo en el grupo de 15 a 19 años ha disminuido 6,6% en los hombres y aumentado 2,2% en las mujeres (422).

La tasa de desempleo entre los jóvenes de la Región es de 16,6%, 2,8 veces más que la de los adultos (422). Se estima que de cada 100 nuevos contratos laborales en la Región, 93 eran para adultos y solo 7 para jóvenes (en su mayoría, de tiempo parcial) (420). Respecto al empleo, se observan claras desigualdades por nivel socioeconómico; el promedio regional de desempleo entre jóvenes del quintil más alto fue 8,7%, proporción que sube a 28,1% entre el quintil más pobre (412). Junto al desempleo, se observó en los jóvenes un crecimiento de los empleos de baja remuneración, entre ellos: vendedores callejeros, empleo doméstico y otros trabajos en la economía informal. Entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad con ocupación, estos empleos representaban 69% del total y 49% de los de la población ocupada entre 20 y 24 años de edad (420). En 2000, en Haití, había 25.000 trabajadoras domésticas, de las cuales 75% tenían entre 7 y 14 años de edad y 85% provenían del área rural (423). Se estimó que en América Latina y el Caribe 21% de los jóvenes entre 15 y 24 años de edad, concentrados en los estratos más pobres, no estudiaba ni trabajaba (424).

## Estructura y dinámica familiar

La estructura y la dinámica familiar son elementos fundamentales del desarrollo saludable de las y los adolescentes, y una relación nutritiva entre los integrantes de la familia es un factor

de protección contra el inicio precoz de relaciones sexuales, el abuso de sustancias y la depresión (425). El porcentaje de familias con ambos padres y con la madre dedicada al hogar bajó de 46% en 1990 a 36% en 2002; consecuentemente, el porcentaje de familias con ambos padres presentes y madre trabajadora aumentó de 27% en 1990 a 33% en 2002 (426). Según los datos de ese último año, 26% de los hogares urbanos tenía jefa de hogar, porcentaje que varió de 21,4% en México y Ecuador, hasta 35,3% en El Salvador (427). Entre 1990 y 2002 el porcentaje de familias en las cuales la madre era la jefa de hogar y no había padre presente aumentó de 13% a 16% (426). La permanencia de jóvenes con sus familias de origen va disminuyendo conforme aumenta la edad. En Chile, por ejemplo, 98,6% de los adolescentes entre 15 y 19 años de edad vivían con sus padres, comparado con 68,4% de los jóvenes de 25 a 29 años (413). No obstante, este último dato apunta a un fenómeno de prolongación de la permanencia en la familia de origen, que a su vez representa la dificultad de los jóvenes para independizarse (428).

Los jóvenes que viven en condiciones de pobreza, con baja educación y sin oportunidades laborales son más vulnerables a las consecuencias negativas en su salud y desarrollo, y son quienes más apoyo y protección necesitan, con un enfoque de derechos humanos, género y equidad.

### Mortalidad y morbilidad

En la Región, en 2003, la tasa de mortalidad en el grupo entre 15 y 24 años de edad fue de aproximadamente 130 por 100.000 habitantes (429); las tasas más bajas (<100 por 100.000) correspondieron a Argentina, Barbados, Bermuda, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Estados Unidos, Paraguay y Uruguay. Los países con tasas mayores de 200 por 100.000 fueron Colombia, Haití, Honduras y Perú (429). La tasa de mortalidad en adolescentes y jóvenes fue más alta en los hombres y entre los 15 y los 24 años de edad. La brecha de mortalidad por sexo ha aumentado, excepto en Colombia, Cuba y El Salvador (413).

El cuadro 32 muestra la distribución de la mortalidad, por causa, en hombres y mujeres del grupo de edad de 15 a 24 años, de países seleccionados de la Región. Alrededor de 2000, las llamadas causas externas —que incluyen accidentes, homicidios, suicidios y otras— fueron las causas de muerte más frecuentes, seguidas de las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. En Colombia, 62,5% de los hombres del mencionado grupo etario murieron por homicidio; en El Salvador, 46,1%; en Brasil 42,0% y en Venezuela, 38,3%; (430). Durante el mismo período, el suicidio fue la causa principal de mortalidad entre las mujeres de esa edad en Ecuador, El Salvador y Nicaragua; asimismo, figuró entre las cinco causas principales de mortalidad en otros 16 países.

Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio fueron la principal causa de muerte de las mujeres entre 15 y 24 años de edad en Haití, Honduras y Paraguay; esta causa sigue estando

entre las cinco principales en 18 países de la Región. En Haití, durante el período 2001–2003, las defunciones asociadas a complicaciones del embarazo fueron la primera causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 24 años de edad (429). En el Caribe, el sida ya aparece entre las primeras cinco causas de muerte en este grupo etario, y en Jamaica fue una de las tres primeras en el de 15 a 19 años de edad, en 2005 (431).

En cuanto a la morbilidad, las causas más frecuentes de egresos hospitalarios en mujeres entre 10 y 19 años de edad fueron obstétricas (27% y 31% de los egresos en los países del Caribe y Centroamérica, respectivamente), seguidas de traumatismos y violencia, y enfermedades del tracto respiratorio en ambos sexos. En Honduras, la infección por el VIH figura como la cuarta causa de egresos hospitalarios (430). La tuberculosis continúa siendo un problema en la Región entre la población de 15 a 24 años y afecta más a los hombres (432); por ejemplo, 60% de los casos de tuberculosis en el Perú se detectaron en ese grupo de edad, 40% en Ecuador, 30% en Argentina y Paraguay, y 7% en Uruguay.

Se estima que 50% de las muertes prematuras prevenibles del adulto pueden atribuirse a factores de riesgo adquiridos en la adolescencia, tales como el tabaquismo, los hábitos nutricionales y la inactividad física. La obesidad entre los adolescentes está aumentando; la prevalencia actual está entre 8% y 22% (433). El 50% de los adolescentes obesos llegan a la vida adulta padeciendo aún este problema y el mayor riesgo relativo se observa en adolescentes obesos entre 10 y 15 años de edad (433,434). En Estados Unidos (2003), 12,7% de las mujeres (12 a 19 años de edad) tenía sobrepeso y 14,6% de los varones; entre adolescentes de origen latinoamericano, la cifra alcanzaba 24,7% de mujeres y 19,9% de hombres (435).

### Salud sexual y reproductiva

El cumplimiento de los ODM (409–412) está íntimamente relacionado con la salud sexual y reproductiva de adolescentes.

#### Inicio de la actividad sexual

La mayoría de los jóvenes se inicia sexualmente en la adolescencia, y en varios países de la Región la edad de inicio se ha adelantado. En mujeres entre 15 y 24 años de edad, en países seleccionados de Centroamérica, más de 50% de las niñas ha iniciado sus relaciones sexuales a la edad de 15 años (436); este porcentaje es más alto aún en las zonas rurales. En el Brasil, en 2006, 36% de los hombres y mujeres jóvenes entre 15 y 24 años de edad señalaron ser sexualmente activos desde los 15 y 1 de cada 5 indicó que había tenido relaciones sexuales con más de 10 parejas en el curso de su vida (437). En la República Dominicana, 44% de las adolescentes tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad y 78% de ellas quedaron embarazadas (438). En el Perú, 62% de las mujeres que habían iniciado su actividad sexual antes de cumplir 14 años de edad lo hicieron por coerción (407). En Jamaica, 46% de los hombres de 15 años y 21% de las mujeres de la misma edad

**CUADRO 32. Distribución porcentual de la mortalidad en jóvenes de 15 a 24 años, por sexo y grandes grupos de causas, países seleccionados, América Latina y el Caribe, alrededor de 2000.<sup>a</sup>**

País	Sexo	Enfermedades transmisibles		Enfermedades no transmisibles		Embarazo, parto y puerperio	Causas externas		
		Todas	VIH/SIDA	Tumores	Sistema circulatorio		Todas	Homicidios	Suicidios
América Latina y el Caribe (14 países)	Fem.	13,3	2,9	9,9	9,1	7,9	37,6	9,4	5,7
	Masc.	6,3	1,9	4,9	3,8	—	76,8	36,3	4,6
Argentina (1997)	Fem.	12,8	4,0	13,2	8,8	4,8	41,0	2,7	6,9
	Masc.	6,9	3,2	7,0	5,3	—	72,0	10,2	6,5
Brasil (1998)	Fem.	14,6	3,7	8,9	10,6	7,9	37,7	11,2	3,7
	Masc.	6,4	1,9	4,0	4,4	—	78,3	42,0	3,1
Chile (1999)	Fem.	9,1	0,5	18,4	5,5	3,3	39,8	1,9	8,0
	Masc.	4,2	1,4	9,6	2,1	—	73,6	6,9	11,3
Colombia (1998)	Fem.	9,1	1,4	8,2	7,4	10,0	51,1	20,9	9,5
	Masc.	3,0	0,8	3,0	2,1	—	89,5	62,5	4,2
Costa Rica (2001)	Fem.	5,5	0,0	20,6	9,9	3,2	28,8	9,3	7,0
	Masc.	2,4	0,5	9,7	3,2	—	73,0	12,7	8,5
Ecuador (2000)	Fem.	16,9	0,6	9,8	11,1	8,7	30,0	4,8	7,7
	Masc.	11,8	1,5	4,9	7,6	—	64,6	24,8	5,8
El Salvador (1999)	Fem.	10,9	1,6	8,3	8,9	2,1	43,5	10,6	20,0
	Masc.	7,7	2,4	2,7	3,3	—	75,5	46,1	7,1
México (2000)	Fem.	10,0	1,9	12,1	7,2	8,9	31,9	5,8	4,7
	Masc.	6,2	2,5	7,2	3,6	—	69,5	18,1	7,0
Nicaragua (2000)	Fem.	11,5	1,1	6,6	5,6	12,8	41,4	5,5	22,9
	Masc.	5,6	0,5	7,6	3,6	—	71,2	17,9	16,8
Panamá (2000)	Fem.	24,0	12,0	12,0	1,7	8,8	29,8	2,8	5,6
	Masc.	10,0	5,8	5,7	2,1	—	69,8	26,8	6,6
Perú (2000)	Fem.	21,5	2,1	9,4	8,1	6,4	28,8	1,2	3,3
	Masc.	18,8	3,8	9,6	5,8	—	45,6	3,2	1,9
República Dominicana (1998)	Fem.	25,7	14,9	7,3	12,8	6,6	27,4	3,8	2,6
	Masc.	10,7	3,1	3,1	7,0	—	69,7	17,0	2,1
Uruguay (2000)	Fem.	7,2	3,2	15,6	10,4	12,2	42,5	7,2	11,5
	Masc.	5,4	2,0	6,8	3,4	—	73,9	9,8	19,0
Venezuela (2000)	Fem.	8,5	1,5	11,3	8,2	7,8	43,5	10,1	4,4
	Masc.	3,3	1,4	3,3	2,0	—	85,8	38,3	3,9

<sup>a</sup>En porcentajes respecto del total de defunciones.

**Fuente:** Base de datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Estadísticas de Salud de las Américas, Edición 2003.

son sexualmente activos; a los 19 y 20 años de edad, respectivamente, 90% de los jóvenes son sexualmente activos (439).

### Uso de métodos anticonceptivos

En 2002, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) informó que 90% de los adolescentes de América Latina y el Caribe indicaron conocer al menos un método anticonceptivo, excepto los de Bolivia (74%), Guatemala (68%) y Paraguay (89%) (416). En el informe de 2004 de la CEPAL se indica que, de las mujeres entre 15 y 24 años de edad que habían tenido relaciones sexuales, 7% declararon haber usado anticonceptivos en su primera relación sexual en Honduras, 7,3% en Guatemala, 17,8% en El Salvador y 23,6% en Paraguay (413). En Jamaica, por medio de una encuesta se determinó que el uso de anticonceptivos por mujeres jóvenes en la primera relación sexual había aumentado de 42,7% en 1993 a 67,3% en 2002 y para los hombres jóvenes, de 21,6% a 43% en el mismo período (440). En la misma encuesta, se determinó que la postergación de las relaciones sexuales después de los 18 años de edad estaba asociada con una mayor probabilidad de usar anticonceptivos en la primera relación sexual (77% comparado con 42% de quienes no postergaron sus relaciones sexuales) (439). Para 2006, la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos entre mujeres jóvenes fue de 48% en Honduras, 38% en Guatemala y 36% en Nicaragua (440–442).

Los programas de acceso a los métodos anticonceptivos de jóvenes deberán ser una prioridad de los países de la Región, con el fin de disminuir el número de los hijos no deseados y prevenir las muertes por aborto.

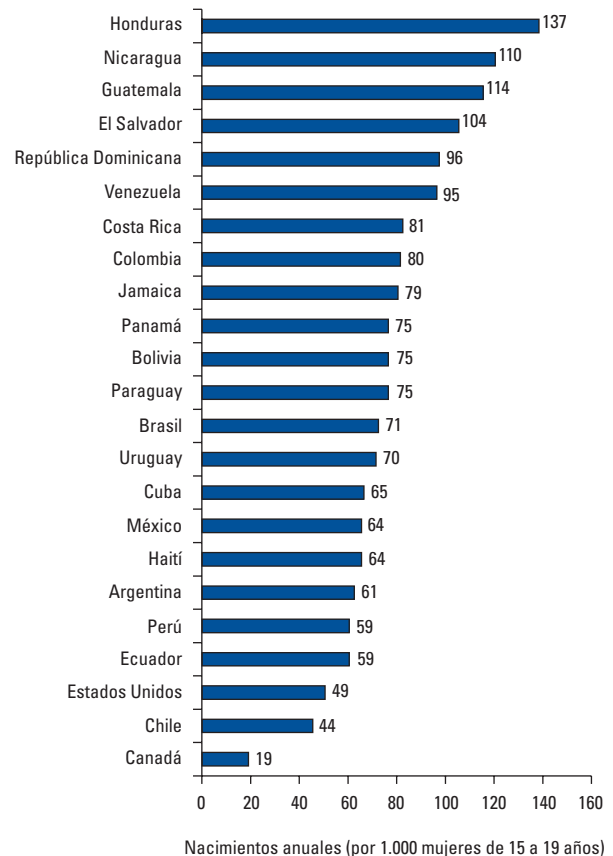
### Embarazo

La mitad de los países de la Región presentan tasas de fecundidad en adolescentes por arriba de 72 por 1.000 nacidos vivos. Las tasas más altas correspondieron a Honduras (137), Nicaragua (119), Guatemala (114), El Salvador (104) y República Dominicana (96) (440–442). La figura 33 muestra las tasas de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad para el período 2000–2005.

En 2001, aproximadamente 33% de las mujeres nicaragüenses entre 20 y 24 años de edad habían tenido un hijo antes de cumplir 18 años, y casi la mitad de ellas los tuvieron antes de cumplir 20 años de edad. En Guatemala y Honduras esa proporción fue de 44% y 50% de las mujeres, respectivamente (440–442).

Las adolescentes contribuyen con 15% de la carga de la enfermedad por afecciones maternas y con 13% de todas las muertes maternas (443). Según un estudio realizado en 2005 en El Salvador, 52% de las muertes maternas ocurrieron en jóvenes entre 15 y 24 años de edad (444). Las adolescentes presentan mayor riesgo de tener resultados adversos del embarazo, tales como hemorragia posparto, endometritis puerperal, niños de bajo peso al nacer para la edad gestacional y parto prematuro. Las madres menores de 20 años de edad, comparadas con las de 20 a 24 años, presen-

**FIGURA 33. Tasa de fecundidad específica de 15 a 19 años, países seleccionados, Región de las Américas, 2000–2005.**



taron el doble de probabilidad de tener eclampsia y episiotomías, y mayor probabilidad de tener parto con fórceps y de sufrir hemorragias postparto (445). Este mismo estudio mostró que las menores de 15 años de edad tenían riesgo de muerte materna cuatro veces más alto que las de 20 a 24 años (445,446).

Se estima que 40% de los embarazos no son planeados y son consecuencia de no usar métodos anticonceptivos, de usar métodos inadecuados o de fallas al utilizarlos. Los datos disponibles indican que no son planeados 45% de los nacimientos provenientes de madres entre 15 y 19 años de edad en Nicaragua (440), 40% en Honduras (441) y 29% en Guatemala (442); estas jóvenes también tienen menos probabilidades de recibir atención prenatal y profesional del parto.

En los países en desarrollo, se estima que 1 de cada 270 mujeres que se hacen un aborto tiene riesgo de morir; 15% de todos los abortos inseguros corresponden a mujeres entre 15 y 19 años de edad y 29%, a mujeres entre 20 y 24 años. El aborto es responsable de 13% de todas las muertes relacionadas con el embarazo (447).



La prevención del embarazo en adolescentes jóvenes es clave para el logro de los ODM y para reducir la transmisión intergeneracional de la pobreza.

### **VIH/sida e infecciones de transmisión sexual**

En 2004, se estimó que 1,6% de las mujeres (promedio obtenido entre el estimado más bajo [EB] de 0,9%, y el más alto [EA] de 2,3%) y 0,7% de los hombres (EB 0,4%–EA 1,5%) entre 15 y 24 años de edad estaban infectados por el VIH en el Caribe. En América Latina, las cifras fueron 0,3% (EB 0,2%–EA 0,8%) en las mujeres y 0,5% (EB 0,4%–EA 1,5%) en los hombres (437). En Trinidad y Tabago, las mujeres entre 15 y 19 años de edad tenían una probabilidad seis veces mayor de tener la infección por el VIH que los hombres de su misma edad; esta relación fue de 2,5 en Jamaica. La mortalidad por sida en los jóvenes latinoamericanos fue de 2,9 por 100.000. Entre las mujeres de 15 a 24 años de edad fue la primera causa de muerte en Belice, Guyana y Trinidad y Tabago. En general, las tasas estimadas de mortalidad por sida entre 2001 y 2003 en América Latina fueron más altas en hombres que en mujeres. Sin embargo, en El Salvador, Paraguay, Puerto Rico y República Dominicana las tasas fueron más altas entre las mujeres de 15 a 24 años de edad que entre los hombres de la misma edad (437).

La feminización y juvenalización de la epidemia hacen necesario aumentar los esfuerzos de prevención en estos grupos etarios.

Las infecciones de transmisión sexual afectan a 1 de cada 20 adolescentes anualmente; las más frecuentes son clamidiasis, gonorrea, sífilis y tricomoniasis. Cuando estas infecciones afectan a las adolescentes embarazadas, aumenta el riesgo de que tengan hijos prematuros y de bajo peso al nacer; además, si estas infecciones no se tratan, a largo plazo aumentan el riesgo de infertilidad (causan la mitad de los casos), cáncer e infección por el VIH (407).

### **Violencia**

En el mundo, las tasas de violencia más altas en los jóvenes se registran en África y América Latina. Hay estudios que revelan que por cada homicidio de un joven, hay alrededor de 20 a 40 víctimas no mortales de la misma edad que requieren atención hospitalaria (448). En Colombia y Perú, 6 de cada 10 adolescentes refieren maltrato psicológico y físico en el hogar (449). En Colombia, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005, 44% de las mujeres que indicaron haber sufrido alguna vez maltrato físico por parte de su cónyuge tenían entre 15 y 29 años de edad. En Centroamérica, entre 3% (Honduras) y 10% (Costa Rica) de los hombres de 15 a 44 años de edad encuestados refirieron haber sufrido abuso sexual, y entre 30% y 46% indicaron que este ocurrió cuando tenían entre 10 y 13 años de edad (450). Otra causa de violencia es la participación en maras o pandillas, en las que actualmente se estima que hay entre 30.000 y 285.000 miembros en Centroamérica, mayormente en El Salvador, Guate-

mala y Honduras, y se estima que hay unos 50.000 jóvenes más simpatizantes de estos grupos (451).

### **Uso de sustancias**

En una encuesta realizada en siete países de la Región por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, de la Organización de los Estados Americanos (CICAD-OEA), se determinó que aproximadamente 10% de los adolescentes escolares entre 13 y 17 años de edad había consumido alguna vez en su vida drogas ilícitas (452). El consumo de drogas informado para el último mes antes de la encuesta varió de 1% en El Salvador y la República Dominicana a 4% en Uruguay y 8% en Paraguay (452). Aproximadamente 40% de los estudiantes entrevistados indicaron que era fácil conseguir drogas en su país, y 1 de cada 4 declaró que le habían ofrecido alguna droga ilícita alguna vez en su vida (452). En el Brasil, la tasa de dependencia de marihuana entre adolescentes alcanzó 6,9%, mientras que para inhalables fue de 5,8% (433).

El consumo de tabaco en el último mes antes de la encuesta entre mujeres y hombres adolescentes (13 a 18 años) entrevistados osciló entre 9,7% en varones venezolanos y 37,0% en mujeres uruguayas (452). En los países de América Latina y el Caribe, la exposición de los adolescentes (14 a 17 años de edad) a la publicidad del tabaco es extremadamente alta: alcanzó más de 90% en Argentina, Bolivia, Costa Rica, México y Uruguay. En este último país, 35% de los estudiantes de uno y otro sexo entre los 11 y 15 años de edad mencionaron haber probado ya su primer cigarrillo, y 21,6% de los adolescentes recibió una oferta gratuita de cigarrillos de una compañía tabacalera entre 1999–2001. En la Argentina, 35% de los adolescentes entre 12 y 15 años de edad informó haber consumido tabaco en los últimos 30 días. La Argentina es el país con el porcentaje mundial más alto de adolescentes expuestos al humo de tabaco en los espacios públicos (86,7%). Irónicamente, 70,4% de los adolescentes argentinos piensan que debería estar prohibido fumar en los lugares públicos, un porcentaje que corresponde casi con exactitud al número de adolescentes no fumadores en ese país (433).

Diversos estudios indican que la ingesta de alcohol en Brasil, Chile, Costa Rica y México ha aumentado, especialmente en mujeres jóvenes (433). El estudio de la Salud de Adolescentes en el Caribe encontró que 40% de las mujeres y 50% de hombres entre 12 y 18 años de edad había tomado alcohol y 1 de cada 10 jóvenes entre 16 y 18 años de edad había consumido cuatro o más bebidas alcohólicas de una vez. En el Brasil, 25% de las personas entre 6 y 18 años de edad que pasaban todo el día en la calle tomaban alcohol regularmente (433).

La OPS apoya a los países de la Región en el mejoramiento de la salud y el desarrollo de adolescentes y jóvenes, mediante un enfoque de desarrollo juvenil, derechos, género y equidad. Las conductas de riesgo están interrelacionadas y la Organización recomienda la estrategia Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades (IMAN, por su sigla en inglés), que integra los

esfuerzos de los países en cuanto a atención primaria, fundamentalmente en el primer nivel de atención, y se enfoca en el sector salud, aunque se articula con los otros sectores.

La estrategia IMAN busca integrar la promoción, la prevención y el tratamiento mediante los siguientes componentes: 1) contribuir a mejorar los sistemas de información, con el fin de obtenerla desagregada por edades (10–14, 15–19 y 20–24), por sexo y por etnia; 2) apoyar la formulación de políticas para la juventud, incluyendo las políticas de salud, y 3) cooperar con los países en servicios de calidad y cobertura universal para adolescentes y jóvenes. También coadyuva en la formación de recursos humanos para trabajar en las necesidades y problemas de salud prevalentes. El componente familiar y comunitario busca promover intervenciones que fortalezcan a las familias con hijos adolescentes; trabajar el tema de género, mediante el empoderamiento de las adolescentes y la búsqueda de una masculinidad más equitativa, y articular más la participación juvenil. Las alianzas estratégicas con las organizaciones de las Naciones Unidas, el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional, y el Organismo Noruego de Desarrollo Internacional, han contribuido a la sinergia de los impactos. Los desafíos son múltiples, incluyendo mejorar en los países la capacidad instalada de seguimiento y evaluación de programas, llevar a cabo intervenciones basadas en evidencias, generar datos probatorios en temas clave y movilizar recursos en los ámbitos nacional y regional.

La iniciativa interprogramática de fomento del desarrollo juvenil y prevención de la violencia ejecutada por la OPS y el Organismo Alemán para la Cooperación Técnica y financiada por el gobierno alemán es un ejemplo de lo descrito. Por medio de esta iniciativa se ha generado información fidedigna en el tema y se han llevado a cabo cursos presenciales y a distancia por la Internet, y se ha contribuido al marco conceptual y al tema de monitoreo y evaluación de impacto de experiencias.

### SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES

El envejecimiento de la población varía significativamente entre las subregiones de las Américas. En Bolivia hay 17 personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años, mientras que en el Uruguay se encuentran 70 adultos mayores por cada 100 niños, y en Canadá, 88 por cada 100, respectivamente. Sin embargo, con excepción de Bolivia, Haití, Guatemala, Honduras y Nicaragua, todos los países de la Región tendrán al menos tantas personas de 60 años y más como niños menores de 15 años en la mitad de este siglo; en otros casos, como Cuba, Barbados y Puerto Rico, habrá más de 200 personas adultas mayores por cada 100 menores de 15 años de edad (453).

En los últimos 25 años, la esperanza de vida al nacer en las Américas ha aumentado en 17 años y el promedio excede los 70 años, con una diferencia promedio de siete años entre Norteamérica y América Latina y el Caribe. De los latinoamericanos y caribeños que nacen hoy, 78,6% vivirán más allá de los 60 años, y 4 de cada 10 sobrepasarán los 80 años de edad. Los adultos mayo-

res tienen un alto promedio de supervivencia en la Región: si en la década de 1950 vivían 9,9 años después de cumplir 60 años de edad, los datos de 2006 muestran que hoy viven como promedio 20,5 años después de los 60, y 7,1 años después de los 80 años de edad.

### Disminución de la muerte prematura antes de los 85 años de edad

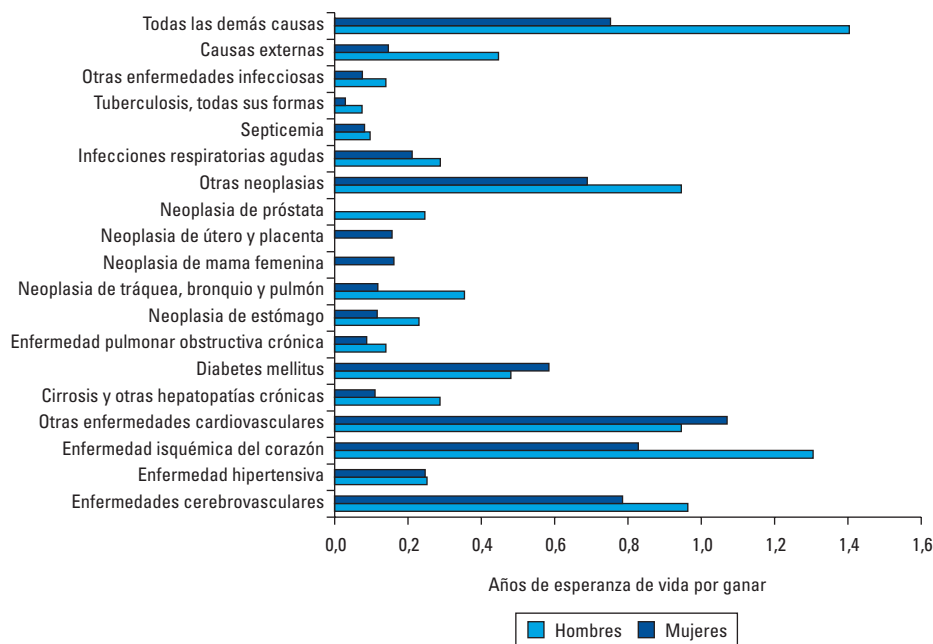
Los incrementos en la longevidad a partir de la década de 1940 se deben, esencialmente, a la reducción del número de casos de enfermedades infecciosas y a los resultados logrados en la disminución de la mortalidad infantil y en otras etapas tempranas de la vida. Desde la década de 1980, se encuentra una reducción del riesgo absoluto de morir cercana a 10% en la población de 60 años y más y, como consecuencia, un aumento promedio de 1,5 años en la esperanza de vida a la edad de 60 años.

El análisis de la carga de mortalidad en la población mayor de 60 años para determinar la brecha entre las edades de 60 y 85 años (años de vida perdidos o años de vida por ganar) durante las últimas dos décadas del siglo pasado, demostró que existen todavía entre seis y nueve años de vida potencialmente acumulables por reducción de la mortalidad en estas edades (figura 34). Por lo tanto, un desafío importante para la salud pública es reducir la diferencia entre la esperanza de vida observada a principios del siglo XXI en personas de 60 años y más, y una esperanza de vida teórica de 85 años (454).

Las tasas de mortalidad estandarizadas por causas específicas y el aporte de estas a los años de esperanza de vida perdidos (AEVP) señalan las prioridades para mejorar la esperanza de vida en la Región. Entre las décadas de 1980 y 1990, la mortalidad por enfermedades infecciosas presentó una reducción neta de 16% entre los hombres y 19% entre las mujeres de 60 años y más. El riesgo de morir por estas causas contribuye en 0,5 AEVP, la mitad, por infecciones de las vías respiratorias. Por ejemplo, hubo una reducción de las muertes por tuberculosis de más de 50%. La tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades neoplásicas aumentó levemente en los hombres (4%) y disminuyó en las mujeres (5%), con un incremento de la mortalidad por cáncer de próstata de 52% entre los primeros y de cáncer de pulmón (25%), estómago (34%), mama (15%) y útero (14%) en las últimas.

El cáncer contribuyó con la pérdida de 1,7 años de vida después de los 60 años de edad en los hombres y 1,2 años en las mujeres. Además, se observó una disminución del riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares de 21% en los hombres y 29% en las mujeres, a pesar de lo cual estas enfermedades siguen siendo las causas de mayor aporte de AEVP en la población de 60 años y más: 3,5 años en hombres y 2,9 en mujeres, con un mayor peso específico de las muertes asociado con cardiopatía isquémica. También disminuyó el riesgo de morir por causas externas (mujeres, 19% y hombres, 16%). Es interesante destacar que el suicidio es seis veces más frecuente entre los hombres que entre

**FIGURA 34. Años de esperanza de vida por ganar hasta la edad de 85 años en la población de 60 y más años por categoría de causa de muerte, América Latina y el Caribe, inicio de la década de 1980 a finales de la década de 1990.**



**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud; Washington, DC. La Carga de Mortalidad en el Adulto, (DPM/GPP/PG y AD/THS/MH) 2003.

las mujeres mayores en la Región. El riesgo de morir por otras causas aumentó, y destaca el incremento de la mortalidad por diabetes mellitus en 57% en los hombres y en 38% en las mujeres. Entre las últimas, esta enfermedad contribuye con más AEVP (0,58) que la suma de los aportes negativos de las causas infecciosas (0,39) y las externas (0,14); la diabetes en hombres contribuye con 0,48 AEVP.

Considerando el creciente envejecimiento de la población que se documenta en América Latina y el Caribe, los adultos mayores encaran una carga de mortalidad de peso y relevancia también crecientes, tanto por los cambios en los perfiles de riesgo de enfermar y morir, como por el impacto real y potencial de la mortalidad sobre la esperanza de vida, y por las desigualdades en la calidad y el acceso a los servicios de salud. La eficiencia de las políticas sanitarias y el desempeño de los sistemas de salud dirigidos a la población adulta mayor tendrán que ser evaluados en función de la prioridad que se asigne a la reducción de la muerte prematura, y de la eficacia de sus acciones para aumentar los años de vida sin discapacidad después de los 60 años de edad.

### Calidad de vida

Existen en América Latina y el Caribe cuatro estudios de población sobre la salud y el bienestar de las personas mayores: la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2000), reali-

zada en siete ciudades de América Latina y el Caribe (455); el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM, 2001 y 2003) (456); la encuesta sobre Condiciones de Salud de los Adultos de Edad Mayor en Puerto Rico (PREHCO, 2004–2006) (457), y el Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable en Costa Rica (CRELES, 2004–2008) (458). En los Estados Unidos (459) y en Canadá (460) existen estudios longitudinales y representativos de la población que permiten estudiar las tendencias de salud de la población mayor y evaluar políticas y programas de forma sistemática. Los resultados de estos estudios han mejorado el conocimiento de la situación de salud y la caracterización epidemiológica de la población de edad mayor, principalmente en zonas urbanas y en los países más desarrollados de la Región. Sin embargo, hacen falta estudios de salud y bienestar de la población adulta mayor que vive en zonas rurales y de adultos mayores indígenas, con el fin de identificar las desigualdades en salud entre los diversos grupos de esta población en las Américas.

En todos los estudios disponibles, la mayoría de las personas de este grupo poblacional afirma haber tenido un diagnóstico de hipertensión (48,7% en ciudades seleccionadas de América Latina y el Caribe; 56,7% en Puerto Rico; 37,2% en México; 51,9% en los Estados Unidos y 32% en Canadá). En la encuesta SABE, solamente 61,3% de las personas con diagnóstico de hipertensión informaron haber acudido a un servicio ambulatorio en los últimos 12 meses; 72,2% tomaron algún medicamento para la hi-

presión, pero 1 de cada 2 lo tuvo que pagar total o parcialmente; 65% informaron no tener buena salud y 20,6% presentaron síntomas de depresión. Asimismo, 1 de cada 5 personas con hipertensión dijo tener por lo menos dos enfermedades crónicas.

La prevalencia de diabetes mellitus está aumentando en el mundo. En el estudio PREHCO, esa prevalencia en personas de 60 años y más de edad en Puerto Rico es de 28%, tasa similar a las de la Ciudad de México y de Bridgetown, Barbados, donde 22% informaron haber recibido el diagnóstico de diabetes mellitus. Las tasas de diabetes encontradas en los estudios SABE y PREHCO subestiman la verdadera prevalencia, ya que corresponden a diagnósticos realizados por personal médico o de enfermería. En la Ciudad de México se constató, por medio de la encuesta SABE, que la tasa de prevalencia de diabetes se duplica cuando el encuestador hace la prueba de glucosa en ayuno a todos los entrevistados. Es sabido que las complicaciones de la diabetes pueden ser graves y que el buen manejo de la enfermedad es fundamental. Asimismo, se sabe que la diabetes es una de las principales causas de ceguera entre los adultos mayores. Es alarmante notar que entre las personas de 60 a 74 años de edad que en las encuestas SABE y PREHCO informaron tener diabetes, por lo menos 60% y 58%, respectivamente, también dijeron presentar problemas de la vista, con o sin anteojos, y 20% en SABE y 16% en PREHCO informaron tener dificultades con al menos una actividad básica de la vida diaria.

El factor de riesgo predominante para vivir la vejez con discapacidad es ser mujer. En la encuesta SABE, 3 de cada 4 mujeres informaron tener por lo menos 1 de 3 condiciones que tienden a producir discapacidad: artritis, incontinencia y mala visión, de las cuales la última es, además, un factor contribuyente a las caídas, fracturas de cadera y depresión de las personas mayores. Sin embargo, el costo de los tratamientos oftalmológicos es superior a lo que la mayoría de las personas mayores puede pagar. El dolor crónico debido a la artritis y el aislamiento debido a la incontinencia urinaria tienden a contribuir a la inactividad y a la pérdida de función en este grupo etario, aunque hay pruebas de que el manejo apropiado de estas afecciones crónicas mejora la salud y aumenta el número de años de vida libres de discapacidad. Sin embargo, en su mayoría, los adultos mayores en América Latina y el Caribe no tienen acceso a los tratamientos necesarios para sus enfermedades crónicas, ya sea por falta de personal capacitado en geriatría o por falta de acceso a los medicamentos.

### **Estrategia Regional de Implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento**

La adopción del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (PAIME) (461), en abril de 2002, marcó un momento histórico en el tratamiento del envejecimiento demográfico en el mundo. Más tarde, en noviembre de 2003, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, conjuntamente

con los otros organismos del Grupo Interinstitucional sobre Envejecimiento —el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la OPS, la Organización Internacional del Trabajo, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y el Programa sobre el Envejecimiento, de las Naciones Unidas— convocó a la Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento, en la cual se acordó la estrategia regional de implementación del PAIME para América Latina y el Caribe. Los países de la Región acordaron establecer, según sus circunstancias particulares, metas específicas para el cumplimiento de los objetivos contenidos en la Estrategia Regional y definir un mecanismo de seguimiento para la evaluación de las metas nacionales. Durante 2004–2005 se convocaron tres reuniones intergubernamentales subregionales para promover la definición de metas nacionales.

El proceso de establecer metas nacionales y determinar mecanismos de seguimiento ha resultado extremadamente difícil y todavía no se ha logrado. Sí hubo un avance importante, ya que todos los países de la Región tienen identificado un punto focal para darle seguimiento a los compromisos del PAIME, aunque solo 8 de los 20 países de América Latina y 2 de los 22 países y territorios del Caribe han creado comisiones nacionales multisectoriales con la responsabilidad de establecer metas para las tres áreas prioritarias del PAIME: 1) las personas de edad y el desarrollo, 2) el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y 3) la creación de un entorno propicio y favorable.

### **Compromiso regional para el fomento de la salud y el bienestar en la vejez**

Según el PAIME, las personas mayores deberían tener acceso a servicios de salud integrales y adecuados a sus necesidades, que garanticen una mejor calidad de vida en la vejez, así como la preservación de su funcionalidad y autonomía. Para alcanzar esta meta, la Estrategia Regional establece cuatro objetivos (462):

1. Promoción de una cobertura universal de las personas mayores en los servicios de salud, incorporando el envejecimiento como componente esencial de las legislaciones y políticas nacionales de salud.
2. Establecimiento de un servicio integral de salud que responda a las necesidades de las personas adultas mayores, fortaleciendo y reorientando para ello los servicios existentes y creando aquellos que fueran necesarios.
3. Promoción de conductas personales y ambientes saludables por medio de leyes, políticas, programas y acciones nacionales y comunitarias.
4. Creación de marcos legales y mecanismos adecuados para la protección de los derechos de las personas mayores que utilizan los servicios de cuidado de largo plazo.

En relación con los objetivos uno y dos, la protección social en salud de las personas adultas mayores en América Latina y el Ca-

ribe se hace mediante tres sistemas: el sistema público de libre acceso, la seguridad social con esquema contributivo y con subsidio gubernamental, y los seguros privados. En ningún país de la Región hay garantías específicas de un servicio integral de salud para las personas adultas mayores. Tampoco existen en la mayoría de los sistemas de prestaciones sanitarias normas y protocolos basados en la evidencia para la atención de enfermedades crónicas y propias de la edad, y diseñadas para los adultos mayores. Con respecto al objetivo tres, a pesar de la diseminación global por parte de la OMS del concepto de “envejecimiento activo” (463), aquellos países que han elaborado planes nacionales de promoción de salud omiten metas específicas para el cambio de conductas personales de los sujetos de 60 años y más. En respuesta al objetivo cuatro, los países han logrado avances importantes en el desarrollo de marcos legales para la protección de los derechos de las personas mayores, aunque no se han elaborado programas y protocolos de monitoreo de los derechos de quienes utilizan los servicios de cuidado de largo plazo.

### Estrategias de cooperación técnica

La OPS promueve las siguientes estrategias para el mejoramiento del acceso y calidad de los servicios de salud para las personas adultas mayores:

1. Elaborar, definir y promover las estrategias de medicina preventiva y manejo de enfermedades específicas para las personas adultas mayores como parte del fortalecimiento de la atención primaria en todos los países de la Región.
2. Definir, en colaboración con los países de la Región, indicadores de calidad y acceso a los servicios de salud, que sirvan para medir los avances en el cumplimiento de la estrategia Regional para la implementación del PAIME.
3. Colaborar con los programas de formación de recursos humanos y con la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA) en la puesta en marcha de programas de capacitación para el personal de salud en el manejo de la salud de los adultos mayores.
4. Desarrollar normas y protocolos de seguimiento para asegurar la protección de los derechos humanos de las personas que utilizan los servicios de atención de largo plazo.

### SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

El análisis de la situación de la población con discapacidad en la Región continúa siendo complejo, entre otros factores por la dispersión de los datos, la falta de estandarización de un lenguaje técnico que abarque la diversidad del problema, y la falta de un enfoque intersectorial para abordar la situación. La atención a las personas con discapacidad es uno de los retos más importantes para el sector salud y la sociedad en general en el siglo XXI. Esta

atención debe tener como propósito la prevención y rehabilitación de la discapacidad; el mejoramiento de la calidad de vida y la promoción de una vida independiente de las personas con discapacidad, y la integración e inclusión social de los discapacitados con equiparación de oportunidades y respeto de sus derechos y dignidad. Para lograr lo anterior, es indispensable que el trabajo se lleve a cabo en un marco intersectorial, interdisciplinario y con participación activa de la comunidad (464). En la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, se menciona que la discapacidad (465):

*[...] es un término genérico, que incluye deficiencias en las funciones y en las estructuras corporales, limitaciones en la actividad (capacidad) y restricciones en la participación (desempeño). Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (ambientales y personales). En este enfoque, discapacidad es el resultado de la interacción del funcionamiento de una persona y el ambiente, siempre relacionado con una condición de salud.*

La discapacidad es un fenómeno multidimensional y multifactorial, donde la pobreza juega un papel importante porque la puede generar o perpetuar. En las Américas se han encontrado cifras de prevalencia de discapacidad muy variadas; esto obedece a la diversidad de métodos empleados para medirla y a la ausencia de estandarización y homologación de criterios técnicos para definir el concepto de discapacidad. Para indagar la magnitud del problema algunos países utilizaron los censos de población realizados alrededor del año 2000; los datos muestran cifras muy variadas: 14,4% en Brasil; 5,3% en Costa Rica; 6,4% en Colombia; 2,6% en Honduras; 1,8% en México y Panamá; 1,1% en Paraguay; 4,7% en República Dominicana y 3,9% en Venezuela. En la mayoría de los casos, estas cifras representan solo las discapacidades más graves o permanentes. Otros países han utilizado encuestas de prevalencia específicas, como el caso de Argentina, o encuestas de hogares, Uruguay, donde se obtuvieron tasas de 7,1% y 7,6%, respectivamente.

Utilizando la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), entre 2003 y 2005 se realizaron estudios nacionales en Chile, Ecuador, Nicaragua y Panamá, y más recientemente en Colombia, por medio del módulo de Discapacidad del Censo de Población (466,467) (cuadro 33). A continuación se describen algunos resultados de esas encuestas.

En Nicaragua, la prevalencia nacional de discapacidad fue de 10,3%; del total, 56% de los casos eran mujeres y 60% residían en zonas urbanas. El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 59 años, que representa 47%, y del total de discapacitados, 45% no tenía ningún grado de escolaridad. Las discapacidades más frecuentes fueron de movilidad, comunicación y participación en sociedad, y las causas detectadas con mayor frecuencia incluye-

**CUADRO 33. Prevalencia (%) de discapacidad en países seleccionados, según fuente de la información, América Latina, 2000–2006.**

Países	Censos <sup>a</sup> (2000)	Encuestas de hogares (2003)	Estudios de prevalencia (usando CIF) 2002–2006	Otros
Argentina			7,1 <sup>d</sup>	
Brasil	14,4			
Chile	2,2	5,3	12,9	
Cuba <sup>b</sup>				3,2
Colombia <sup>c</sup>	6,4			
Costa Rica	5,3			
Ecuador	4,6		12,1	
El Salvador		1,5		
Honduras	2,6			
México	1,8			
Nicaragua			10,3	
Panamá	1,8		11,6	
Paraguay	1,1			
República Dominicana	4,7			
Uruguay <sup>c</sup>		7,6		
Venezuela	3,9			

<sup>a</sup>Deficiencia moderada o severa.

<sup>b</sup>Deficiencia severa, no incluye área mental.

<sup>c</sup>Usó la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) como base técnica.

<sup>d</sup>No CIF.

**Fuente:** Documento técnico CD47715 “La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados.”

ron trastornos degenerativos de la edad, enfermedades crónicas, accidentes de todo tipo, problemas del embarazo y del parto y enfermedades profesionales (468).

En Chile, la prevalencia nacional con base en la CIF fue de 12,9%, de la cual 2,5% correspondió a discapacidad grave; las mujeres constituyeron 58,2% del total de los discapacitados y 83,3% del total vivían en zonas urbanas. Los grupos de edad más afectados se encontraron entre los 30 y 64 años (51%). La frecuencia de la discapacidad fue el doble entre la población de condición socioeconómica baja, donde 1 de cada 2 personas con discapacidad no había completado su educación básica. Las deficiencias más frecuentes fueron las físicas (estructuras y funciones relacionadas con el movimiento, funciones neuromusculo-esqueléticas), con 31,2%, seguidas de las deficiencias visuales, 18,9%, y de las viscerales, 13,9%. Todas ellas generan problemas relacionados con la actividad, como ver, desplazarse, oír, realizar el cuidado personal y otras. Entre las principales causas de discapacidad surgieron en la encuesta las enfermedades crónicas, problemas degenerativos de la edad, accidentes de todo tipo y problemas del recién nacido relacionados con el embarazo y el parto (469).

En el Ecuador, la prevalencia nacional de la discapacidad, usando la CIF, fue de 12,1%; 50,3% eran de sexo femenino y las edades más afectadas estuvieron entre 20 a 64 años (51% del total). En la encuesta, 80% de los participantes señaló que la

causa de discapacidad estaba relacionada con sus condiciones de salud; el resto se debía a accidentes y otras causas; 56% de las personas con discapacidad no trabajaban, y las principales limitaciones detectadas fueron de movilidad, aprendizaje, comunicación e interacción con los demás (470).

En Panamá la prevalencia fue de 11,6%; del total, 52,4% de los casos eran mujeres y 47,6%, hombres. Asimismo, la encuesta encontró que 77,6% de las personas con discapacidad no trabajaba y solo 1 de cada 10 estudiaba. Las deficiencias más frecuentes fueron las múltiples (23,5%), seguidas de las motoras (23,8%), visuales (15,7%) e intelectuales (13,3%) (471).

Los datos obtenidos por medio del Censo 2005 de Colombia, en el que se utilizó la CIF, indican que, del total de personas detectadas con limitaciones permanentes, 71,2% presentaban solo una limitación; 14,5%, dos limitaciones; 5,7%, tres, y 8,7%, cuatro o más. Del total de personas que informó tener alguna discapacidad, 29% tenían limitaciones para moverse o caminar; 14,6% para usar brazos y manos; 43,2% para ver, a pesar de usar lentes; 17,3% para oír, aunque usasen audífonos; 12,8% para hablar; 11,9% para entender o aprender; 9,9% para relacionarse con los demás, por problemas mentales o emocionales; 9,4% para bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismos, y 19,4% presentaron alguna otra limitación (472).

Todos los estudios aportaron datos muy importantes para caracterizar la situación de las personas con discapacidad en Amé-

**“El problema de salud más reciente al que se enfrentan las Américas es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). El número de casos notificados en los países de la Región al final de diciembre de 1987 era de 56.368 —aproximadamente 74% del total de casos notificados en el mundo.”**

**Carlyle Guerra de Macedo, 1987**

rica Latina y el Caribe: 25% son niños y adolescentes; 2% a 3% de la población discapacitada tiene acceso a los programas y servicios de rehabilitación; la mitad de las personas con traumatismos por el tránsito son jóvenes entre 15 a 34 años de edad; la población de 65 años y más con discapacidad representa un alto porcentaje del total de personas discapacitadas; en la Región, 50% de las personas con discapacidad están en edad para trabajar; 2% a 3% de los recién nacidos presentan discapacidad grave, y 6% a 8% de los infantes (2 a 6 años de edad) presentan alto riesgo. De los niños y niñas (población entre 2 a 12 años de edad) con discapacidad, 20% a 30% asisten a la escuela y solo 5% finalizan la educación primaria; sufren más discriminación, violencia y maltrato que cualquier otro niño y a menudo se encuentran reclusos en alguna institución (467,468).

El acceso al sistema de salud de las personas con discapacidad, especialmente a los servicios de rehabilitación, sigue siendo un problema, al igual que la desigualdad en la provisión de esos servicios. Por ejemplo, en Chile, 1 de cada 15 personas con discapacidad accedió a los servicios de rehabilitación en 2004, pero esta posibilidad fue mayor en zonas urbanas que en rurales. El análisis de los datos del estudio chileno revela que 1 de cada 9 personas de condición socioeconómica alta que tiene discapacidad ha recibido rehabilitación, en contraste con 1 de cada 20 de condición baja; de éstos, 9 de cada 10 se atendieron en el sector público, mientras que 3 de cada 4 individuos de condición socioeconómica alta lo hicieron en el ámbito privado (469).

En Nicaragua, 60% de las personas con discapacidad que residen en el medio urbano recibieron atención de salud, comparado con 48% en la zona rural. Del total de personas con discapacidad, 87% declararon tener al menos una necesidad insatisfecha en materia de salud; 43% carecían de medicamentos recetados; 20% requirieron de ayudas auxiliares y 18% necesitaban servicios especializados. Para 2003, 56% de los nicaragüenses con discapacidad había utilizado un servicio de salud y 2%, un centro de rehabilitación (468).

En Panamá, 1 de cada 8 personas con discapacidad accedió a los servicios de rehabilitación durante 2005 (471) y, en Argentina, 60,3% de las personas discapacitadas tuvieron cobertura de salud por obra social, plan privado o mutual. No obstante, estas obras sociales o planes privados no siempre reconocen los tratamientos de rehabilitación (473,474). En general, en la Región de las Américas los sistemas de salud se caracterizan por ser inequitativos en relación con la atención de las personas con

discapacidad. Tampoco se llevan a cabo acciones sostenidas y sistemáticas para prevenir la discapacidad —en especial las dirigidas a disminuir los factores de riesgo—, dar atención para todo tipo de discapacidades, desarrollar servicios de rehabilitación por niveles de complejidad, ni para satisfacer las necesidades de este tipo de población. Hoy en día, la salud y el acceso a los servicios relacionados con la discapacidad constituyen un derecho humano y, como tal, una preocupación de la sociedad que debe ser asumida desde una perspectiva intersectorial (475). En este contexto, durante el período 2001–2005 la OPS definió una serie de lineamientos estratégicos para la cooperación técnica con los países de la Región en el campo de la rehabilitación (recuadro 8).

En conclusión, la multicausalidad de la discapacidad y la complejidad de los diversos factores que interactúan para producirla nos empujan a buscar e identificar enfoques y estrategias que permitan dar respuestas integrales, insertadas en los programas y políticas públicas, de atención a las personas con discapacidad, para su rehabilitación e inserción social.

## NUEVOS RETOS DE LA SALUD PÚBLICA

### ENFERMEDADES DESATENDIDAS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

#### El problema

En América Latina y el Caribe, más de 209 millones de personas viven por debajo de la línea de pobreza (476), en quienes recae la carga de una serie de enfermedades infecciosas parasitarias. La OPS ha agrupado varios de esos padecimientos bajo el rubro de “enfermedades desatendidas de poblaciones descuidadas”, mismas que es necesario atender de inmediato pues contribuyen de manera significativa a la pobreza, desnutrición, interrupción de la educación y reducción de oportunidades de empleo locales. Las enfermedades desatendidas (ED) resultan de la interacción entre los determinantes biológicos de la salud, los ecosistemas y los sistemas sociales humanos, en desequilibrio por la pobreza y la degradación del medio ambiente. A esos padecimientos se les ha nombrado enfermedades desatendidas porque continuamente son pasadas por alto en el financiamiento de la salud y del desarrollo, y no se incluyen en la notificación regular. El financiamiento se centra de manera muy particular en el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, que presentan tasas de mortalidad más elevadas en comparación con las ED. No obstante, millones de personas siguen siendo víctimas de las enfermedades desatendidas, las cuales ocasionan enormes tasas de morbilidad y drásticas reducciones en el ingreso de los miembros de las comunidades más marginadas y afectadas por la pobreza. Ahí donde las ED se traslapan geográficamente, a menudo ocasionan una considerable carga acumulada de enfermedad, ya que muchas personas y comunidades están infectadas simultáneamente por diversos tipos de parásitos (coinfeciones).

### RECUADRO 8. Lineamientos estratégicos para la cooperación técnica en el campo de la rehabilitación y países participantes, Región de las Américas.

Lineamiento	Países
Detección temprana de discapacidad en niños de 0–6 años, incorporada a la red de atención primaria en salud.	Argentina, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Venezuela.
Rehabilitación con base comunitaria, insertada en el sistema de salud.	Argentina, Bolivia, Colombia, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela.
Fortalecimiento de acciones de rehabilitación en los niveles intermedio y de alta complejidad.	Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela.
Realización de estudios de prevalencia de discapacidad.	Chile, Colombia, Nicaragua y Panamá.
Usos y aplicaciones de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Análisis de Situación de Personas con Discapacidad.	Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Venezuela.
Vigilancia epidemiológica de la discapacidad.	Argentina, Chile, Colombia, México, Perú y Venezuela.
Accesibilidad con seguridad al medio físico y a la información.	Argentina, Cuba, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, República Dominicana y Venezuela.

**Fuente:** Documento Técnico CD47715 “La Discapacidad: Prevención y Rehabilitación en el Contexto del Derecho al Disfrute del más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental y Otros Derechos Relacionados”.

Muchas personas con ED pertenecen a pueblos indígenas, grupos étnicos minoritarios, poblaciones urbanas marginadas que residen en barrios pobres, poblaciones rurales aisladas, o trabajadores migrantes estacionales, todo lo cual convierte a las ED en un asunto de derechos humanos e igualdad, así como en un tema muy importante en materia de salud pública (recuadro 9). Por otra parte, ciertas ED portan un considerable estigma debido a que implican un riesgo de deformidad o incapacidad física, lo cual margina aún más a las personas que las padecen. En consecuencia, el tema de las enfermedades desatendidas en poblaciones que han sido dejadas de lado es ahora un aspecto muy importante que amerita apoyo y compromiso, como parte del debate global actual sobre las desigualdades en salud y la carga de la enfermedad. Las ED también impiden a los países alcanzar los objetivos de salud establecidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas.

#### Enfermedades desatendidas en poblaciones desatendidas

Las enfermedades desatendidas como la helmintiasis intestinal afectan de manera desproporcionada a las poblaciones pobres, sobre todo a los niños, ocasionan anemia y tienen un impacto ne-

gativo en el desarrollo y crecimiento infantil, lo cual contribuye significativamente a la aparición de problemas de aprendizaje, al ausentismo escolar y a un mal desempeño académico. En última instancia, conducirán a una mala condición de salud generalizada, así como a una pobre calidad de vida, y harán más difícil que las generaciones futuras escapen del ciclo de pobreza.

#### Carga de la enfermedad

Las ED pueden dar lugar a tasas elevadas de morbilidad entre los sujetos infectados, si bien las tasas de mortalidad asociadas con infecciones por ED a menudo son bajas. Las helmintiasis transmitidas por contacto con el suelo, que constituyen un grupo importante de ED, son muy comunes en la Región; la OPS y la OMS estiman que de 20 a 30% de las personas que residen en las Américas están infectadas con una o varias de estas helmintiasis (477). En algunas tribus amerindias, a menudo las cifras de infecciones intestinales por helmintos son de 50 a 95% en las zonas habitacionales muy pobres (478). Es sabido que estas infecciones disminuyen la capacidad de trabajo de los adultos (479,480) y que se encuentran entre las principales causas de anemia en las mujeres en edad fértil (481,482). La esquistosomiasis —infección por helmintos transmitida por el contacto con el agua—, se



### RECUADRO 9. Lista de las enfermedades desatendidas comunes en América Latina y el Caribe.

Comunes en los barrios marginales y pobres

- Filariasis linfática (elefantiasis)
- Leptospirosis (enfermedad de Weil)

Comunes en las zonas rurales y agrícolas de varios países

- Esquistosomiasis (fiebre por caracoles)
- Fascioliasis
- Leishmaniasis (cutánea y visceral)
- Enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana)
- Cisticercosis y triquinosis
- Peste

Comunes en algunas comunidades indígenas

- Oncocercosis (ceguera de los ríos)
- Enfermedades parasitarias de la piel (escabiosis, tungiasis y micosis superficial)

Comunes en las poblaciones más empobrecidas

- Lombrices intestinales, uncinarias y tricocéfalos (transmisión helmíntica por contacto con el suelo)

*Fuente:* OPS/HDM/CD/P 2006

presenta en siete países de la Región, sobre todo en los focos geográficos pequeños, con una baja prevalencia (483). Lo anterior indica que es posible eliminar este padecimiento en algunos focos, particularmente en el Caribe.

Otras ED como la filariasis linfática (elefantiasis), la lepra y la enfermedad de Chagas también causan enfermedades crónicas, o bien debilitamiento, en caso de no recibir tratamiento, y a menudo están estigmatizadas y rodeadas de prejuicios, todo lo cual impide que los adultos puedan desempeñarse en su pleno potencial económico y social en el trabajo, el hogar y la sociedad. La leishmaniasis y la oncocercosis son dos ED que ocasionan lesiones cutáneas que desfiguran a la persona y, en el caso de la oncocercosis, la infección puede llevar a la ceguera.

A pesar del enorme costo acumulativo que las ED tienen en la salud y la productividad de las poblaciones marginadas, muchas pueden controlarse eficazmente o inclusive eliminarse con quimioterapia preventiva en gran escala, y con actividades de promoción de la salud tales como campañas sanitarias en las escuelas y en las comunidades, a fin de promover comportamientos saludables y enseñar a las personas a evitar ciertos riesgos; todo lo anterior aunado a la prestación de servicios de agua limpia de uso doméstico, de drenaje en las calles y de sistemas de saneamiento

básico. El tratamiento médico de algunas ED sólo cuesta unos centavos; en el caso de la esquistosomiasis y de los helmintos intestinales, con un dólar estadounidense se puede adquirir un tratamiento anual para 5 ó 50 niños infectados, respectivamente.

La estrategia de la OPS para combatir las enfermedades desatendidas está inserta en un enfoque holístico de prevención, tratamiento y eliminación del padecimiento, donde se toma en cuenta el rango de los factores sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud y el bienestar. La OPS desarrolla actualmente un enfoque intersectorial, integrado y costo efectivo de las ED y se espera lograr un impacto positivo en el combate de estos males; no obstante, será necesaria su demostración y prueba en campo. En este enfoque se aprovecha la superposición geográfica de algunas ED, así como sus factores tanto de riesgo como protectores comunes, y la existencia de programas de prevención y control de las enfermedades en las localidades. El enfoque aporta oportunidades innovadoras y rentables para la intervención a fin de controlar un padecimiento, en combinación con otra enfermedad (p.e., “superpuesta”). Algunos ejemplos incluyen la aplicación de terapias combinadas para controlar las helmintiasis transmitidas por contacto con el suelo y la esquistosomiasis, administrando albendazol y prazicuantel en el mismo

intervalo. En otros casos se aprovechan las sinergias existentes al ofrecer al mismo tiempo desparasitación, suplementos de vitamina A y vacunación infantil.

No obstante, las nuevas estrategias de la OPS para combatir las ED trascienden estas oportunidades del sector salud para mejorar la prestación de sus servicios. La estrategia comprende acciones enfocadas a la comunidad local y a la familia, junto con otros sectores que llevan a cabo intervenciones probadas en el campo y basadas en desarrollos que han demostrado su utilidad. La combinación de la integración, la asociación intersectorial y los enfoques interprogramáticos de salud, surge actualmente como una estrategia de desarrollo cada vez más importante en respuesta a las actuales tendencias de desarrollo, que incluyen una reducción en el financiamiento internacional para el desarrollo y un interés creciente en la responsabilidad compartida en asuntos sociales. Así, se busca aprovechar al máximo la sinergia y eficiencia a que han dado lugar estos enfoques.

### Leishmaniasis

Las leishmaniasis constituyen un grupo de enfermedades parasitarias de distribución mundial, transmitidas al hombre por la picadura de alrededor de 30 especies de flebótomos infectados por protozoos del género *Leishmania*. Se estima una incidencia anual de 2 millones de casos en todo el mundo, de los cuales 1,5 millones corresponden a leishmaniasis cutánea; el número de personas infectadas sobrepasa los 12 millones. Sin embargo, los datos oficiales subestiman la realidad de la afección humana por estos protozoarios, debido a que gran parte de esos datos se obtienen exclusivamente por detección pasiva; numerosos casos no son diagnosticados; existe un gran número de personas asintomáticas, y la leishmaniasis es de declaración obligatoria solo en 32 países de los 88 endémicos. En las Américas, con la excepción de Chile y Uruguay, se han informado casos desde el norte de la Argentina hasta el sur de Texas. De acuerdo con los datos de leishmaniasis cutánea informados en 2005, los países que notificaron el mayor número de casos fueron Brasil, Bolivia, Colombia, Ecuador, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela. El Brasil fue el país con más casos de leishmaniasis visceral.

Los principales factores que contribuyen a la morbilidad por leishmaniasis son la falta de acceso de los pacientes a los servicios de atención; la escasa o nula participación social organizada; el uso insuficiente de la información para tomar decisiones; la falta de tratamiento, y la interacción del hombre con el vector.

Con el apoyo de la OPS y el Ministerio de Salud del Brasil, en noviembre de 2005 se llevó a cabo una reunión de expertos en Brasilia, que tuvo como objetivo discutir el fortalecimiento de los sistemas de prevención de la leishmaniasis visceral en los países de las Américas. Las principales conclusiones de la reunión fueron que la leishmaniasis en todas sus formas es una enfermedad de impacto en la Región, y que la incidencia de la forma visceral

ha aumentado en años recientes. Asimismo, se confirmó que los sistemas de vigilancia son deficientes, y que no hay recursos humanos capacitados para actividades de diagnóstico y tratamiento, ni para aplicar medidas de control. La falta de medicamentos para proporcionar tratamiento en forma oportuna es otro obstáculo.

Los responsables del Programa de Control de Leishmaniasis, en colaboración con los del Programa Mundial, elaboraron un plan de acción para 2007–2009, el cual plantea conocer la carga de enfermedad por leishmaniasis; estandarizar las técnicas diagnósticas para los países de la Región que tienen la mayor carga de enfermedad (Brasil, Bolivia, Colombia, Ecuador, Panamá, Paraguay y Venezuela), y fortalecer la capacitación de los recursos humanos y la vigilancia epidemiológica de la enfermedad. El plan de acción destaca la necesidad de promover la descentralización de las actividades de los programas nacionales de prevención y control de la leishmaniasis, e integrarlas a los servicios de atención primaria, de empoderar a la comunidad, y de establecer alianzas estratégicas para luchar contra la enfermedad.

### Filariasis linfática

La filariasis linfática (FL) es la segunda causa más importante de discapacidad en el mundo y afecta a más de 120 millones de personas en 80 países. En las Américas, se calcula que 8,9 millones de individuos se encuentran en riesgo de contraer FL, y que 720.000 están infectados (cuadro 34). La filariasis linfática en la Región es ocasionada por *Wuchereria bancrofti* y su vector es el mosquito *Culex quinquefasciatus*, que pica durante la noche. A partir de la administración masiva de medicamentos (AMM) y, en menor medida, del tratamiento selectivo de cada portador de microfilarias, así como del control de los vectores, se ha observado un marcado descenso en la prevalencia de infección por FL en las Américas.

La FL es una enfermedad dolorosa, que desfigura a quienes la padecen y afecta su capacidad para trabajar y llevar una vida normal. La infección se adquiere generalmente en la niñez, pero los problemas clínicos más graves (elefantiasis y daño en los genitales) se observan en los años más productivos de los adultos, lo cual impone una considerable carga social y económica. Este mal aqueja sobre todo a las personas con menos recursos de los países más pobres del mundo. En las Américas, la mayoría de los casos se concentran al interior y en los alrededores de los barrios pobres urbanos y periurbanos.

A partir de la 50ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 1997, en la cual se aprobó una resolución sobre la eliminación de la FL como problema de salud pública para el año 2020, se han alcanzado logros significativos en la Región. De acuerdo con el consenso alcanzado como uno de los resultados de la resolución adoptada en esa Asamblea, la eliminación de la FL se logrará cuando la tasa de incidencia acumulada durante cinco años se re-

**CUADRO 34. Población en riesgo de contraer filariasis linfática y cifra estimada de personas infectadas, Región de las Américas.**

País	Población	Población en riesgo		Cifra estimada de personas infectadas
		Número	(%)	
Brasil	186.405.000	1.500.000	0,8	60.000
Costa Rica	4.327.000	10.000	0,2	0
Guyana	751.000	630.000	83,9	50.000
Haití	8.528.000	6.000.000	70,4	560.000
República Dominicana	8.895.000	740.000	8,3	50.000
Suriname	449.000	35.000	7,8	0
Trinidad y Tabago	1.305.000	0	0	0
TOTAL	210.660.000	8.915.000	4,2	720.000

**Notas:** Los datos sobre la población provienen de los Indicadores Básicos, 2005. Los datos sobre la población en riesgo y el número estimado de personas infectadas en Brasil, Guyana, Haití y República Dominicana proceden del Weekly Epidemiological Record, No. 22, 81, p. 221–232, 2006. Los datos de Costa Rica, Suriname y Trinidad y Tabago son cifras de 2002 presentadas en el Informe 2004 del Grupo Regional de Revisión de Programas de Filariasis Linfática, Américas, en la tercera reunión de la Alianza Global para Eliminar la Filariasis Linfática.

dujera a menos de un nuevo caso de infección por cada 1.000 individuos. El carácter focalizado de la infección, así como la cifra relativamente baja de casos en las Américas, sugieren que podría alcanzarse esta meta antes del año 2020.

Desde 1981 se han notificado casos de transmisión en siete países: Brasil, Costa Rica, Guyana, Haití, República Dominicana, Suriname, y Trinidad y Tabago. De éstos, a la fecha sólo Brasil, Guyana, Haití y República Dominicana notifican transmisión activa, en tanto que estudios epidemiológicos y entomológicos indican la interrupción de la transmisión en los tres países restantes.

Los gobiernos de los países donde esta enfermedad es endémica han echado a andar programas para eliminar la FL, sobre todo a través de la AMM, junto con la realización de intervenciones para aliviar el sufrimiento de las personas que la padecen. Actualmente se utilizan dos medicamentos en la Región para tratar este mal: el albendazole y la dietilcarbamazina (DEC). El primero, donado por Glaxo Smith Kline, también actúa contra las helmintiasis transmitidas por contacto con el suelo, una de las causas subyacentes más importantes de la desnutrición y de la anemia en los niños de escasos recursos. El albendazole se administra generalmente junto con tabletas de DEC, o bien con sal fortificada con DEC. En la Región se estima que, para combatir la FL, durante 2005 (484) un total de 1.754.146 personas fueron tratadas ya sea con sal fortificada con DEC, o bien con tabletas de DEC más albendazole.

Por otra parte, los programas nacionales de los cuatro países donde la enfermedad es endémica enfocan su atención a aliviar los efectos físicos, sociales y económicos negativos que ocasiona la FL. Los programas para educar al paciente y promover la higiene cotidiana, así como la educación y sensibilización comunitarias, han tenido un efecto en la reducción de la morbilidad asociada con la infección, como son las extremidades inflamadas y los episodios de dolor.

Sobre Haití recae la mayor carga de la FL en las Américas, con una población en riesgo estimada de 6 millones de personas, que representan aproximadamente 70% del total de la población en riesgo en la Región. Con base en las actuales cifras sobre la población y en los resultados de mapeo, se calcula que cerca de 560.000 personas están infectadas (véase el cuadro 34), y la concentración más grande de la infección se ubica en la región occidental del país. En 2006, no se llevó a cabo la AMM por falta de fondos; sin embargo, el financiamiento para 2007 está garantizado y la campaña en Haití para eliminar la FL seguirá adelante sobre la base de los logros alcanzados en el pasado. En 2005, más de 1,2 millones de personas recibieron tratamiento con DEC y albendazole, lo que representó una cobertura de 70% en las áreas blanco. En Leogane, donde la AMM se inició en el año 2000, se logró una prevalencia de microfiliarias por debajo de 1% en los cuatro sitios centinela, lo cual demuestra el impacto positivo de la intervención. Hoy en día, grupos de apoyo para atender a las personas afectadas por el linfedema operan en, al menos, tres comunidades.

Se calcula que en la República Dominicana existen 740.000 personas en riesgo de contraer la infección por FL y que otras 50.000 están infectadas. En estudios recientes se encontraron tasas de prevalencia que van de 2% a 14% por medio de frotis de sangre nocturnos, y de 9% a 35% mediante una prueba inmunocromatográfica. Se ha llevado a cabo el mapeo de las áreas más importantes, pero aún está pendiente en las regiones oriental y norte del país. En 2005 hubo un aumento significativo en la cobertura de AMM en el Distrito Nacional, que fue de 82% a 92,5%. El programa actual está basado en actividades multidisciplinarias y se ha integrado a la atención primaria de la salud en la provincia de Barahona.

Guyana tiene 630.000 individuos en riesgo (más de 80% de su población) y se calcula que 50.000 están infectados. La población en riesgo se ubica en diversas regiones en todo el país. En res-

puesta a esta situación, en 2003 se inició un programa de fortificación de la sal con DEC. Guyana es el único país de la Región donde se emplea la sal fortificada con DEC como base de la estrategia de eliminación de la FL y actualmente se busca incrementar la cobertura.

En el Brasil, hay dos focos de transmisión activa de FL, el principal en el área metropolitana de Recife (Pernambuco), donde la población total de cerca de 1.500.000 personas se considera en riesgo. El segundo foco de transmisión activa se encuentra en Maceió (Alagoas), pero se considera que está en una etapa de preeliminación. El mapeo epidemiológico de focos activos en el Brasil prácticamente se ha completado, con excepción del área de Recife. La estrategia de intervención que se ha aplicado tradicionalmente en este país ha consistido en encuestas de pruebas sanguíneas, así como en la administración de tratamiento selectivo a los individuos. A partir de 2003, una parte del área metropolitana de Recife adoptó una estrategia de AMM con comprimidos de DEC exclusivamente, la cual pasó de 18.000 tratamientos anuales iniciales, a un poco más de 55.000 en 2005. Lo anterior refleja una cobertura de cerca de 87% de los 63.800 sujetos elegibles para tratamiento en esas áreas.

Estudios realizados en Trinidad y Tabago demuestran la ausencia de transmisión; no obstante, se debe mantener una supervisión rigurosa debido al flujo de turistas e inmigrantes de países donde el padecimiento es endémico. Estudios recientes en Suriname también sugieren la ausencia de transmisión, pero es necesaria la vigilancia intensa a lo largo de la frontera con Guyana para monitorear la prevalencia de la infección, así como el riesgo de una nueva transmisión. Las actividades de monitoreo y vigilancia en Costa Rica indican que no existe transmisión, y sugieren que la FL ya no constituye un problema de salud pública. Por otro lado, la transmisión también parece haber quedado interrumpida en el foco de Belém, en el Brasil.

A pesar de los retos a los que se enfrentan algunos programas, incluyendo la falta de recursos tanto humanos como financieros y, en ocasiones, de compromiso político, se calcula que en 2007 estarán cubiertas con la AMM 2,4 millones de personas en riesgo en la Región. Algunos determinantes de esta enfermedad y de sus complicaciones quedan fuera de la competencia del sector salud, incluso la infraestructura inadecuada, en particular de saneamiento básico, el abastecimiento de agua, el drenaje y la recolección de desechos, así como la vivienda precaria. Por ende, también se fomentan las asociaciones intersectoriales a fin de garantizar la sostenibilidad de los programas para la eliminación de la filiarisis linfática. La OPS promueve activamente la cooperación entre los ministerios de salud de los siete países donde la enfermedad es endémica, y coordina las asociaciones con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América, los organismos bilaterales, otros organismos de las Naciones Unidas, el sector privado y las ONG, para eliminar la filiarisis linfática en la Región.

*“En todos los países se observa una reducción en la mortalidad infantil y de la niñez, así como incrementos en la esperanza de vida al nacer, como resultado sobre todo del control de las enfermedades infecciosas en los primeros años de vida. Dado que las poblaciones han envejecido y se han concentrado en grandes áreas urbanas, las enfermedades crónicas y degenerativas, en particular los padecimientos cardiovasculares y el cáncer, se han convertido en las principales causas de morbilidad y mortalidad.”*

George A. O. Alleyne, 1995

### Oncocercosis

Las infecciones ocasionadas *Onchocerca volvulus*, una filaria que pertenece a la clase Nematoda, pueden causar lesiones oculares, incluida la ceguera, así como prurito severo y lesiones cutáneas desfigurantes, y son conocidas como oncocercosis, y como enfermedad de la piel por oncocercosis, respectivamente. La enfermedad también se conoce como ceguera de los ríos, debido a que sus vectores —insectos del género *Simulium* conocidos como “moscas negras”— viven durante sus etapas larvarias en ríos y corrientes rápidas, en cuya cercanía las moscas adultas muerden a los humanos.

En la Región, la oncocercosis fue reconocida por primera vez en Venezuela en 1948; en Colombia en 1965; en el Brasil en 1967, y en el Ecuador en 1982. No obstante, desde 1985 no ha habido ninguna evidencia convincente de expansión de los focos existentes en estos países. A partir de los datos históricos y de las estimaciones obtenidas antes de la década de 1990, el total de personas infectadas en la Región es de 150.000 a 200.000. Por otra parte, en 1995 el cálculo de la población en riesgo de contraer el mal fue de 4.700.000 individuos en los seis países de las Américas donde es endémico (Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela). Se han obtenido más datos como resultado de evaluaciones epidemiológicas y entomológicas rápidas que llevaron a cabo los países a partir de 1995. Como resultado de lo anterior, los cálculos de las poblaciones en riesgo para 2005 se redujeron a un poco más de la décima parte de la cifra de 1995, esto es, a 515.675 personas (cuadro 35). En las Américas, la población total en riesgo vive actualmente en solo 13 focos endémicos restringidos a 1.950 poblados, de los cuales 232 se consideran como hiperendémicos y con un riesgo más elevado de desarrollar enfermedad ocular. Las áreas en mayor riesgo son aquellas donde residen sobre todo indígenas, o bien las comunidades rurales aisladas.

La administración masiva del medicamento antifilárico ivermectina (Mectizán®) a toda la población en riesgo constituye la actividad principal de la iniciativa regional en cada país y se denomina meta de tratamiento universal (UTG, por su sigla en inglés), que es la población elegible tratada dos veces al año. La Fundación Panamericana de Salud y Educación, así como el Pro-

**CUADRO 35. Población y comunidades en riesgo de contraer oncocercosis, y focos endémicos, Región de las Américas, 2004–2005.**

País	Población en riesgo <sup>a</sup>	Comunidades en riesgo <sup>b</sup>	Comunidades en alto riesgo (hiperendémicas) <sup>b</sup>	Focos endémicos <sup>b</sup>
Brasil	9.483	17	5	• Amazonas – Roraima (Área de Yanomami)
Colombia	1.410	1	0	• López de Micay
Ecuador	23.386	119	42	• Esmeraldas
Guatemala	199.558	518	42	• Huehuetenango
				• Sololá/Suchitepéquez/Chimaltenango
				• Escuintla
				• Santa Rosa
México	168.819	670	39	• Oaxaca
				• Norte de Chiapas
				• Sur de Chiapas
Venezuela	113.019	625	104	• Norte—central: Aragua, Carabobo, Cojedes, Guárico, Miranda y Yaracuy
				• Noreste: Anzoátegui, Monagas y Sucre
				• Sur: Amazonas (Área de Yanomami)
TOTAL	515.675	1.950	232	

<sup>a</sup>OEPA. Comunicación personal por correo electrónico: los datos de 2005 son del Dr. Mauricio Sauerbrey, Director del OEPA, recibidos el 21 de julio de 2006.

<sup>b</sup>2004 Program Review for the Lions—Carter Center SightFirst River Blindness Programs, Cameroon, Ethiopia, Nigeria, OEPA, Sudan, and Uganda, 3–5 Marzo de 2005. The Carter Center, Atlanta GA.

grama de Donación de Mectizán®, se encargan de coordinar la distribución del medicamento que es donado gratuitamente por los laboratorios Merck. Los programas nacionales de eliminación están coordinados regionalmente con el Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA, por su sigla en inglés), en cuyo comité coordinador técnico participa la OPS. Los programas nacionales son supervisados mediante el porcentaje de UTG que alcanzan anualmente los países donde el padecimiento es endémico.

En el Brasil, la oncocercosis está limitada a un foco ubicado en la región norte del estado de Amazonas, así como en la parte occidental del estado de Roraima, en la frontera con Venezuela. En 2005 se calculó que la población elegible en riesgo era de 7.522. El padecimiento afecta sobre todo a amerindios de los grupos étnicos yanomami y yek'wana, si bien la inmigración de mineros podría colocar a otras áreas del Brasil en riesgo, en caso de encontrarse vectores locales competentes en el lugar de residencia principal de los mineros. Brasil logró alcanzar 90% de su UTG en 2005, lo cual constituye un esfuerzo notable dadas las extremas dificultades de acceso a las áreas de selvas y montañas. La alianza entre el Ministerio de Salud y el sector no gubernamental ha resultado, hasta la fecha, sumamente valiosa para el programa, dado que busca cubrir todos los poblados endémicos.

El único foco en Colombia se ubica al interior y en las proximidades de la comunidad López de Micay, Cauca, en la costa del Pacífico. Esta comunidad se ha clasificado como mesoendémica, ya que solo se han identificado 70 casos entre 1965 y 1991. Se calculó en 2005 que la población elegible para tratamiento era de

1.170 personas. El programa alcanzó 94% de sus UTG en 2005, por séptimo año consecutivo, y podría muy bien estarse acercando a la interrupción de la transmisión.

En Ecuador, el principal foco de oncocercosis (que se ha dividido en seis áreas operativas) se encuentra en la costa noroeste, en la provincia de Esmeraldas, en la cuenca del Río Santiago (el foco Esmeraldas/Pichincha). Se han detectado otros focos satélite, que pueden deberse a la migración de amerindios chachi desde esta área. En 2005, la población elegible para tratamiento se estimó en 20.021 sujetos. Ese mismo año, el programa rebasó su UTG de 85%, al alcanzar 98%.

En Guatemala existen cuatro focos, y se calculó que, en 2005, la población elegible era de 174.812 personas. En 2005, el programa alcanzó 95% de su UTG, lo cual constituye un marcado logro con respecto a los años previos. En 2006, el comité coordinador técnico del OEPA recomendó al gobierno de Guatemala la posible suspensión de los tratamientos masivos con ivermectina en el foco de Santa Rosa, dada la evidencia de ausencia de transmisión, y también se recomendó un sistema de vigilancia epidemiológica durante tres años, para acompañar la terminación del tratamiento masivo en este foco; hacia el final de 2006, el Ministerio de Salud Pública de Guatemala tomó la decisión de seguir la recomendación. No obstante, los inmigrantes que cruzan la frontera entre México y Guatemala podrían plantear un reto constante a la garantía de la alta cobertura del tratamiento en los restantes focos de ambos países.

En México, se calculó que la población apta para recibir el tratamiento era de 152.303 individuos en 2005. Este país ha alcan-

zados elevados niveles de cobertura del tratamiento en los tres focos endémicos y es probable que el de Oaxaca esté llegando a la interrupción de la transmisión; en 2004 y 2005 el programa logró 95% de su UTG. Desde 2003, México también ha administrado ivermectina cuatro veces al año (es decir, trimestralmente) en 50 de sus comunidades más endémicas del foco del Sur de Chiapas, en un ensayo que apunta a acelerar la eliminación de la oncocercosis; los resultados están pendientes.

Los principales focos se han detectado en Venezuela; se han llevado a cabo acciones considerables en los años recientes, a fin de incrementar la cobertura en estos tres focos endémicos, en las regiones noreste, norte central y sur. Este último foco todavía es de difícil acceso, pues en general se llega al mismo mediante lancha o por helicóptero, lo cual resulta muy costoso. Las personas infectadas son principalmente amerindios de los grupos yanomami, sanema y yek'wana. En 2005, habían alcanzado 94% de sus UTG. En el foco del sur, Venezuela llegó por primera vez a 85% de su meta de tratamiento, en 2006. Estudios llevados a cabo en el estado de Amazonas, en Venezuela, encontraron que la distribución geográfica de los vectores competentes es mucho más amplia que aquella de la enfermedad. Esto significa que podrían crearse nuevos focos debido a la migración de las personas, sobre todo de los mineros. Este punto, al igual que la migración amerindia a través de la frontera desde y hacia el Brasil, amerita más atención y debe colocarse en el contexto más amplio del mejoramiento del acceso de estas poblaciones migrantes a los servicios generales de atención primaria de la salud, en ambos lados de la frontera.

En resumen, se ha reconocido que la oncocercosis es un problema para el cual existe hoy en día una solución relativamente fácil y económica. Con la aparición de la ivermectina en 1987 y con el Programa de Donación de Mectizán, es posible controlar y eliminar el padecimiento de manera global con quimioterapia. Las tasas de morbilidad y de transmisión en los países han disminuido de manera considerable, en respuesta a la iniciativa regional. Es probable que las Américas sea la primera región del mundo donde la morbilidad ocular por oncocercosis deje de ser un problema de salud pública (meta del OEPA para finales de 2007), y donde la transmisión quede interrumpida en la mayoría de los focos endémicos, si no en todos. Colombia y México están próximos a esa etapa y les siguen Ecuador y Guatemala. Hoy en día, la dificultad para llegar a ciertas áreas de Brasil y Venezuela sigue siendo un gran reto para la eliminación de la oncocercosis de la Región.

#### ENFERMEDADES INFECCIOSAS EMERGENTES Y REEMERGENTES

La propagación internacional de las enfermedades infecciosas sigue constituyendo un problema global de seguridad sanitaria, debido a factores que se asocian con el mundo actual interconectado e interdependiente, sobre todo por el desplazamiento de población debido al turismo, la migración o los desastres; el au-

mento de productos biológicos y de alimentos en el comercio internacional; los cambios sociales y ambientales vinculados con la urbanización, la deforestación y las alteraciones climáticas; así como los cambios en los métodos para procesar y distribuir los alimentos y en los hábitos alimentarios de los consumidores. Estos factores han reafirmado que los episodios de enfermedades infecciosas que se presentan en un país o región, constituyen potencialmente una preocupación para todo el mundo (485).

Otra inquietud reside en la posibilidad de brotes ocasionados por la liberación intencional o accidental de agentes biológicos. Tanto las epidemias que puedan surgir de manera natural, como aquellas debidas a la diseminación de agentes biológicos, representan una amenaza para la seguridad sanitaria del mundo. Ejemplos recientes son la distribución deliberada de ántrax en los Estados Unidos; la epidemia del síndrome respiratorio agudo severo (SARS, por su sigla en inglés), y la emergencia de una nueva cepa de influenza aviar sumamente patógena (H5N1), que ha alertado al mundo acerca de una posible pandemia de influenza.

En las Américas, entre 2001 y 2006 se presentaron brotes significativos de enfermedades infecciosas que requirieron de la colaboración internacional para llevar a cabo, de manera colectiva, la detección, confirmación e intervención en salud pública. En Martinica, la fiebre de Chikungunya fue importada de la Isla de la Reunión; en Belice, por primera vez se detectó el Virus del Nilo Occidental en un caballo; en Bolivia, a través de canales informales se notificó erróneamente un caso de varicela como caso de viruela, lo cual ocasionó una rápida respuesta internacional; en Guatemala, un conjunto de infecciones respiratorias agudas de etiología desconocida impulsó a equipos de respuesta rápida nacionales e internacionales a desplegar acciones para controlar el brote, ante el temor de que hubiese surgido una nueva cepa de influenza; en Colombia, un brote de fiebre de las Montañas Rocosas fue descrito por primera vez en Urubá, lo cual ameritó la asistencia internacional para poner en marcha medidas preventivas; en los Estados Unidos y México, brotes de *Escherichia coli* 0157:H7 afectaron tanto al turismo como al comercio de alimentos.

Los factores vinculados con el manejo de epidemias también pueden convertir a estas en una emergencia de salud pública de corte internacional. Algunos de esos factores incluyen la ausencia de información correcta, la desinformación o la incongruencia en la información disponible para los gobiernos de los países, lo cual puede ocasionar una reacción exagerada en la cobertura de los medios de comunicación y la consiguiente presión interna para que los gobiernos respondan a la situación; la insuficiente capacidad nacional para reconocer los eventos de salud de manera oportuna, así como para contenerlos; el temor a las costosas repercusiones que puede implicar la notificación de un evento de salud, y la falta de mecanismos de respuesta internacionales adecuados, tanto legales como técnicos (485). Por ende, es fundamental la cooperación internacional en la detección y respuesta a las epidemias; esa cooperación ha sido garantizada por la OPS y la OMS mediante el Reglamento Sanitario Internacional de 1969,

**“Enfermedades nuevas, así como otras ya existentes, constituyen una amenaza para la salud y la seguridad; las fronteras entre naciones son inexistentes para estos padecimientos. La amenaza de una pandemia global de influenza sigue siendo real y el ejemplo del SARS aún está fresco en nuestra memoria. La epidemia del VIH/sida es otro fenómeno global que tiene un impacto negativo no solo sobre la salud, sino también sobre la economía y la estabilidad de muchos países. Si bien la carga de la enfermedad puede ser peor para las naciones en desarrollo, las enfermedades que tienden a convertirse en una epidemia son una amenaza creciente para el mundo entero.”**

**Mirta Roses, 2007**

así como la versión revisada y adoptada en 2005, como marco jurídico.

El Reglamento Sanitario Internacional, revisado y adoptado en 2005 [RSI (2005)] durante la 58.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, ha sido rediseñado a fin de aportar un nuevo marco jurídico internacional para el control de las enfermedades infecciosas transfronterizas (486). El objetivo y el alcance del RSI (2005) es prevenir, proteger, controlar y proporcionar una respuesta en materia de salud pública a la diseminación internacional de enfermedades, de tal forma que guarde relación y se limite a los riesgos en salud pública, al mismo tiempo que se evite la innecesaria interferencia con el comercio y tráfico internacionales (487). El RSI (2005) también ha establecido las capacidades básicas de cada país para la detección y respuesta de las amenazas a la salud, tales como sistemas de vigilancia y alerta temprana, capacidad de investigación epidemiológica y de brotes, conocimientos técnicos e infraestructura de los laboratorios, mecanismos de información y comunicación, y los sistemas de gestión (486).

Por otra parte, los países necesitan desarrollar capacidades básicas para responder a los procesos de descentralización política y administrativa y de reforma del sector salud, que están modificando profundamente el manejo, la organización, la prestación y el financiamiento de los servicios de salud en Latinoamérica y el Caribe. Actualmente estos procesos redefinen las funciones de los gobiernos centrales, regionales y locales en el manejo de los servicios de atención a la salud, tanto individuales como de la población en general. Por lo tanto, los países deben fortalecer la infraestructura de los servicios de salud, así como establecer un proceso continuo de creación de la capacidad institucional para detectar las emergencias de salud pública que ocasionan las epidemias, así como para intervenir de manera oportuna, eficaz, eficiente y sostenible (488).

Las redes subregionales para la vigilancia de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes (Cono Sur, Cuenca del Amazonas, Centroamérica y el Caribe) fueron creadas a partir del

principio de interacción entre los servicios de laboratorio y la epidemiología. Las redes contribuyen al aumento de la capacidad, ya que ofrecen foros donde los países pueden colaborar entre sí para supervisar, prevenir y controlar las enfermedades transmisibles que representan una amenaza común para los países de cada subregión; coordinar los estándares o protocolos de vigilancia y control; intercambiar y mejorar los recursos humanos, materiales y financieros; y crear mecanismos coordinados y sistemáticos de acciones entre los países.

### **Preparación ante una pandemia de influenza en las Américas**

La influenza es una enfermedad vírica que afecta tanto a los animales como a los seres humanos. Cuando surge una nueva cepa de virus de la influenza y se adapta para permitir la transmisión de persona a persona, el mal puede diseminarse rápidamente por todas partes, dando lugar a una pandemia. Si bien los trastornos que puede ocasionar una pandemia de influenza se comparan a menudo con los que producen los desastres naturales, una pandemia tiene más probabilidades de afectar a un número más grande de la población, de manera sostenida y generalizada, rebasando con creces los recursos de cada país, estado y municipio. Un brote de este tipo plantea un reto a la posibilidad de reasignación de los recursos, lo que destaca la necesidad de que todos los países desarrollen planes de preparación ante el surgimiento de una pandemia.

La 56.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, y el 44.<sup>o</sup> Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, celebrados en 2003, emitieron resoluciones que urgen a los países a fortalecer su capacidad para prevenir, detectar y diagnosticar la infección por el virus de la influenza, así como a estar preparados para responder ante una situación pandémica (489,490). Estos planes de contingencia deberán ser implantados ahora, en el periodo interpandemia, para responder mejor a esta amenaza que podría tener consecuencias catastróficas en todo el orbe.

En 2006, alrededor de 130 millones de personas (23% de la población total) residían en áreas rurales de América Latina y del Caribe (491) y la mayoría estaba en contacto directo con pollos y cerdos. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) notificó que las aves de corral representan aproximadamente 70% de la proteína animal consumida en América Latina y el Caribe (492). Asimismo, la industria avícola en expansión se ha convertido en una importante fuente de ingresos y de empleo, que contribuye al desarrollo urbano y periurbano. El impacto de una pandemia en la Región constituiría no solo un problema de salud pública, sino también una amenaza a la seguridad alimentaria y un desastre económico para las poblaciones más pobres de las áreas rurales, al igual que para las economías nacionales.

En consideración a la amenaza que plantea una posible pandemia de influenza, en 2005 se creó en la OPS un grupo de tra-

### **RECUADRO 10. Estrategia de la OPS para apoyar a los Estados Miembros en el desarrollo y evaluación de los Planes Nacionales de Preparación contra una Pandemia de Influenza**

1. Desarrollo de las versiones preliminares de los Planes Nacionales de Preparación contra una Pandemia de Influenza (NIPPP, por su sigla en inglés)
  - a. Introducción de los lineamientos de la OMS para la planeación de los preparativos ante una pandemia.
  - b. Introducción y aplicación de herramientas de modelado como FluAid, FluSurge y FluWorkloss para calcular el impacto potencial de una epidemia.
  - c. Desarrollo de planes de acción nacionales que incluyan la correcta planeación de los NIPPP preliminares.
2. Evaluación y puesta a prueba de los NIPPP preliminares
  - a. Autoevaluación de los NIPPP.
  - b. Ejercicios para destacar los elementos de cadena o de mando y la necesidad de integración y coordinación multisectoriales.
  - c. Desarrollo de planes de acción para abordar las brechas existentes, identificadas a partir de la autoevaluación y de los ejercicios de simulación.
3. Ejecución local de los NIPPP
  - a. Desarrollo de ejercicios de mesa y simulacros para probar la preparación a nivel local, así como para poner en práctica los planes de contingencia locales.
  - b. Promoción de capacitación local y multisectorial para fomentar el desarrollo de planes locales de contingencia ante la eventualidad de una pandemia, que incorporen debidamente a todas las áreas pertinentes, incluso la vigilancia, los servicios de salud, el manejo de desastres y la comunicación social.
  - c. Realización de ejercicios para verificar si los planes locales están completos, tomando en cuenta las realidades locales.
4. Supervisión y fortalecimiento de los NIPPP
  - a. Fomentar la práctica de ejercicios de repetición en las localidades para ayudar en la supervisión de la "adecuación" de los planes de contingencia locales.
  - b. Fomentar todos los cambios que sean necesarios a fin de mantener actualizados los planes.

bajo multidisciplinario sobre alerta y respuesta frente a las epidemias, para asesorar, coordinar y supervisar todas las actividades de la Organización vinculadas con la planeación y la ejecución de las actividades de preparación y respuesta ante una pandemia de influenza, en el marco de los nuevos mandatos establecidos por el RSI (2005) (493). Ahí se estipula que los países deberán desarrollar, fortalecer y mantener las capacidades básicas de detección, evaluación e intervención, a fin de controlar los eventos en materia de salud pública que revistan importancia internacional. La naturaleza interprogramática del grupo de trabajo le permite responder mejor al complejo proceso involucrado en la puesta en marcha del RSI y de la planeación ante una pandemia de influenza, que requiere de acciones sumamente coordinadas entre diversos sectores.

La cooperación técnica de la OPS se ha centrado inicialmente en asistir a los Estados Miembros en el desarrollo de versiones preliminares de Planes Nacionales de Preparación ante una Pan-

demia de Influenza (NIPPP, por su sigla en inglés), tomando en cuenta las recomendaciones con respecto a las medidas nacionales antes y durante la pandemia, presentadas en el Plan Mundial de la OMS de Preparación para una Pandemia de Influenza (494). En el recuadro 10 se resumen los pasos clave en el desarrollo y la evaluación de los NIPPP.

En estos planes multisectoriales es necesario integrar la salud humana y la veterinaria, y deberán ser lo suficientemente flexibles para considerar múltiples escenarios de potencial impacto pandémico, de acuerdo con distintos niveles de patogenicidad vírica y de la disponibilidad de recursos. Se han llevado a cabo talleres subregionales a fin de capacitar en el uso del software de modelado a los encargados de preparar los NIPPP. Estas herramientas han sido desarrolladas en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, a fin de calcular el impacto potencial de una pandemia (495–497). Lo anterior permite a los países garantizar la flexibilidad de sus planes



**CUADRO 36. Impacto potencial de una pandemia de influenza con una tasa de ataque clínica de 25%, por resultado de salud principal y gravedad del escenario (1918 y 1968), América Latina y el Caribe, mediados de 2006.**

Impacto potencial	Escenario de la pandemia	
	1968 (moderado)	1918 (grave)
Defunciones	334.163 (131.630–654.960)	2.418.469 (627.367–5.401.035)
Hospitalizaciones	1.461.401 (459.051–1.937.503)	11.798.613 (3.189.747–16.418.254)
Consulta ambulatoria	76.187.593 (59.738.730–109.207.769)	68.470.386 (58.114.124–92.227.761)

*Fuente:* Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

**CUADRO 37. Porcentaje actual de cumplimiento de la lista de verificación de la OMS del plan de preparación contra una pandemia de influenza, según componentes básicos y subregiones, América Latina y el Caribe, mediados de 2006.**

Componente básico	Área	América	Caribe	Cono Sur
	Andina	Central		
1. Preparación para las emergencias	38,6	34,6	56,7	58,5
2. Vigilancia epidemiológica	37,0	34,8	56,5	54,4
3. Manejo de casos	52,3	54,5	48,9	60,9
4. Contención de la población	20,0	38,0	37,0	64,0
5. Continuación de los servicios esenciales	24,5	33,3	45,2	41,9
6. Investigación y evaluación	10,0	40,0	15,0	30,2
7. Implantación del Plan Nacional	40,0	60,0	30,0	50,0

*Fuente:* Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

nacionales al prepararse para enfrentar muchas contingencias, incluso el peor escenario en el cual no se dispone ni de vacunas ni de medicamentos antivirales. En el cuadro 36 se muestra un resumen de los cálculos del potencial impacto pandémico en América Latina y el Caribe para escenarios como los de 1968 y 1918, los cuales fueron preparados por equipos de los distintos países durante esos talleres.

Una vez que los países miembros proporcionaron las versiones preliminares de sus planes, se llevó a cabo una serie de ejercicios de autoevaluación mediante una herramienta desarrollada por la OPS basada en la lista de verificación de la OMS del plan de preparación contra una pandemia de gripe (498). La herramienta abarca los siete componentes básicos: preparativos para situaciones de emergencia; vigilancia; investigación de casos y tratamiento; prevención de la diseminación de la enfermedad en la comunidad; mantenimiento de los servicios esenciales; investigación y evaluación, e implementación, puesta a prueba y revisión del plan nacional. Estos componentes básicos se dividen más adelante en 44 categorías principales, que comprenden un total de 368 puntos de verificación para la evaluación. Uno de los logros más importantes de los talleres fue la generación de discusiones multisectoriales sobre los pasos necesarios para completar los planes nacionales, así como la promoción del trabajo conjunto y la

integración en los procesos de planeación de contingencias. En el cuadro 37 se presenta el porcentaje promedio de cumplimiento para cada uno de los siete componentes básicos de un plan nacional de preparación, en las cuatro subregiones geográficas.

Las pandemias de influenza siempre se habían presentado de manera imprevista, dando a los servicios de salud muy poco tiempo para prepararse (499). La situación actual es notoriamente distinta, ya que el mundo ha sido advertido con anticipación, lo que brinda una oportunidad única, especialmente en las Américas, para prepararse ante una pandemia y desarrollar formas para mitigar sus efectos, inclusive en áreas con problemas de acceso a los servicios básicos de salud.

La evidencia sugiere que una pandemia de influenza se sentirá de manera más intensa en las comunidades, sobre todo entre los jóvenes, los pobres y otros grupos vulnerables (500). A pesar de los extraordinarios avances logrados al abogar por la preparación nacional ante una pandemia de influenza, constituye un reto llevar esta práctica de preparación a los formuladores de políticas en el nivel local, así como a los encargados de ponerlas en práctica y a los ciudadanos interesados que se encargarán de ejecutar los planes nacionales. A fin de cerrar la actual brecha que existe entre la planeación y la ejecución, es necesario estimular e involucrar a las contrapartes locales en el proceso de planeación nacional. La

### RECUADRO 11. Logros de los Estados Miembros de la OPS en el desarrollo y evaluación de los Planes Nacionales de Preparación contra una Pandemia de Influenza

- Trabajo conjunto, a menudo por primera vez, de los profesionales de distintos sectores en la construcción de la capacidad nacional para hacer frente a una epidemia.
- Elaboración, análisis y ajuste, por parte de los países, de sus Planes Nacionales de Preparación contra una Pandemia de Influenza de forma integrada y coordinada.
- Inclusión del tema de preparación para una pandemia de influenza en las agendas de salud de los Sistemas de Integración Regional (MERCOSUR, CARICOM, CAN, SISCA).
- Fortalecimiento de la infraestructura en salud pública, orientado a una eventual pandemia de influenza, lo que también puede aplicarse a una gran variedad de emergencias en salud pública.
- Capacitación de un cuadro regional de profesionales en diversos aspectos de la preparación para enfrentar la influenza —prestación de servicios de salud, vigilancia, riesgo y comunicación social, y manejo de desastres y emergencias.
- Formación de profesionales capaces de replicar la capacitación a asociados y colegas en los niveles subnacionales.
- Compromiso, por parte de los profesionales capacitados, para seguir adelante con las actividades de preparación para enfrentar la influenza.

ejecución de los NIPPP en las localidades se pondrá a prueba mediante la repetición de ejercicios de simulación y de ejercicios en clase para verificar el nivel de preparación en la localidad, así como poniendo en práctica los planes de contingencia locales.

Las actuales amenazas globales, incluyendo la pandemia de influenza, requieren de un esfuerzo concertado por parte de todos aquellos capaces de llevar a cabo acciones eficaces; el compromiso y la participación intersectorial deberá incluir al sector privado, las ONG, y los sectores académicos. No cabe duda que se necesitarán más recursos para fomentar el apoyo de las contrapartes en los países, para expandir y aprovechar los actuales sistemas de vigilancia a fin de que se vuelvan de base poblacional, y para aumentar el grado de preparación y respuesta rápida en el plano local. El acceso a las medicinas, vacunas y demás suministros sigue siendo, hasta ahora, un aspecto sin resolver.

La amenaza de una pandemia de influenza ha puesto al descubierto la debilidad de algunos sistemas en las Américas, pero también ha hecho evidente, una vez más, la sólida determinación de los países de la Región de trabajar juntos y rápidamente, a fin de superar las disparidades y compartir la información (recuadro 11). La cooperación técnica ha permitido fortalecer todavía más la salud pública en los países, lo que, a final de cuentas, representa una enorme contribución global y puede salvar muchas vidas.

#### Síndrome respiratorio agudo severo

El síndrome respiratorio agudo severo se reconoció por primera vez en febrero de 2003, en Hanói (Vietnam). Se piensa que

se originó en el sur de China en noviembre de 2002 y que pasó a Hong Kong (China) hacia febrero de 2003. Poco tiempo después, a mediados de marzo, la OMS lo consideró como una amenaza global. A partir del 5 de julio de 2003, 26 naciones resultaron afectadas y hubo 8.096 casos probables, con 774 muertes (501).

Canadá y los Estados Unidos fueron los únicos países de las Américas que notificaron casos probables de SARS. La ciudad de Toronto, en Canadá, fue la más golpeada en la Región por el SARS, con 438 casos probables, incluyendo 44 fallecimientos. La cuota en el grupo de trabajadores de la salud fue particularmente elevada: más de 100 enfermaron y tres murieron. En los Estados Unidos, se notificaron 27 casos y ninguna muerte (502).

Se piensa que el agente etiológico, el coronavirus de SARS (SARS-CoV), era un virus propio de los animales que logró pasar la barrera de las especies, pasando de los animales a los humanos y adaptándose de tal manera que fue posible la transmisión de humano a humano (503). Si bien el reservorio natural del SARS-CoV no ha sido identificado todavía, varias especies animales están potencialmente involucradas, dado que varias han resultado positivas a la prueba de la infección por el SARS-CoV, incluyendo las civetas de palmera enmascaradas del Himalaya (*Paguma larvata*), los tejones chinos (*Melogale moschata*), los perros mapaches (*procyonoides de Nyctereutes*), los hurones (*Mustela furo*) y los gatos domésticos (*Felis domesticus*) (502). Aún están en curso investigaciones acerca de los modos y vías de transmisión de animales a humanos, o bien a otras especies animales.

Se considera que la fuente más probable de las infecciones recientes fue la exposición en los laboratorios que manejan el virus

**CUADRO 38. Casos del síndrome pulmonar por hantavirus, Región de las Américas, 1993–2005.**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
<b>Argentina</b>														
Casos	21	10	10	42	51	67	81	68	92	86	54	61	...	643
Defunciones						11				...	...	...	...	11
<b>Bolivia</b>														
Casos	3		1	1	7	6	2	1	5	8	11	7	18	70
Defunciones										...		2	3	5
<b>Brasil</b>														
Casos	3		1	3		11	28	56	77	75	84	159	167	664
Defunciones	2		1	3		7	12	19	24	...	...	53	...	121
<b>Canadá</b>														
Casos		8	3	3	7	6	2	1	...	44	14	...	...	88
Defunciones											...	...	...	...
<b>Chile</b>														
Casos			1	3	30	35	26	31	81	65	60	56	67	455
Defunciones			...	...	18	20	11	12	30	19	18	18	21	149
<b>Estados Unidos</b>														
Casos	21	20	14	15	18	24	30	35	8	13	22	19	27	266
Defunciones	27	12	10	7	5	9	13	11	3	10	9	7	9	132
<b>Panamá</b>														
Casos							3	21	5	2	4	...	...	35
Defunciones									1		2	...	...	3
<b>Paraguay</b>														
Casos		16	15	5	4	5	4	15	27	4	4	...	...	99
Defunciones			2	1	1	0	2	2	5	...	...	...	...	13
<b>Uruguay</b>														
Casos					2	3	12	8	4	9	10	...	...	48
Defunciones					1	2	1	1	0	3	5	...	...	13
<b>Venezuela</b>														
Casos										2	...	...	...	2
Defunciones										...	...	...	...	...
<b>Total de casos</b>	48	54	45	72	119	157	188	236	299	308	263	302	279	2370
<b>Total de defunciones</b>	29	12	13	11	25	49	39	45	63	32	34	80	33	465

con fines de investigación, o bien de reservorios animales. Desde julio de 2003, han ocurrido cuatro eventos de reemergencia del SARS, de los cuales tres se atribuyeron a incumplimiento de las normas de seguridad en el laboratorio y resultaron en uno o más casos de SARS (Singapur, Taipéi y Pekín) (504,505). El cuarto evento ocasionó cuatro casos esporádicos adquiridos en la comunidad y que aparecieron en un lapso de seis semanas, en Cantón, en la provincia china de Guangdong. Tres de los casos se atribuyeron a exposición a fuentes animales o ambientales, en tanto que, para el otro caso, se desconoce todavía la fuente de exposición. (504). Estos casos ponen de manifiesto la posibilidad del resurgimiento de un brote de SARS y, por ende, destacan la necesidad de que todos los países permanezcan atentos y mantengan su capacidad para detectar y responder ante la enfermedad.

Los lineamientos de la OMS para la vigilancia mundial del SARS, con las recomendaciones actualizadas en octubre de 2004 (*WHO Guidelines for the Global Surveillance of severe acute respiratory syndrome (SARS). Updated Recommendations October 2004*), y el marco de referencia de la OMS para evaluar los riesgos

y la preparación ante el SARS (*WHO SARS Risk Assessment and Preparedness Framework*) son dos documentos destinados a su uso conjunto por parte de los países. El último introduce cambios importantes en la evaluación del riesgo global y en la definición de casos de SARS, de tal manera que reemplaza todos los lineamientos previos de la OMS en materia de vigilancia y respuesta ante el SARS. El primero establece un marco de referencia, en los planos nacional e internacional, para evaluar el riesgo del resurgimiento de SARS y preparar los planes de contingencia adecuados.

### Síndrome pulmonar por hantavirus

En las Américas, el síndrome pulmonar por hantavirus (SPH) se describió por primera vez en América del Norte en 1993. Desde entonces y hasta 2004, la cifra total de casos fue de 2.196 y la cantidad anual promedio de casos notificados fue de 108. Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos, Panamá, Paraguay, Uruguay y Venezuela son los países que han notificado casos (cuadro 38).

**CUADRO 39. Casos de cólera, Región de las Américas, 1991–2005.**

País/territorio	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Región de las Américas</b>	<b>396.536</b>	<b>358.174</b>	<b>210.972</b>	<b>127.187</b>	<b>75.690</b>	<b>21.028</b>	<b>17.923</b>	<b>57.312</b>	<b>9.683</b>	<b>2.703</b>	<b>534</b>	<b>23</b>	<b>32</b>	<b>36</b>	<b>24</b>
Argentina	—	553	2.080	889	188	474	637	12	1	1	—	—	—	—	—
Belize	—	159	135	6	19	26	2	28	12	—	—	—	—	—	—
Bermuda	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bolivia	206	22.260	10.134	2.710	3.136	2.847	1.632	466	—	—	—	—	—	—	—
Brasil	2.103	37.572	60.340	51.324	4.954	1.017	3.044	2.745	4.717	750	7	—	5 <sup>e</sup>	21	5
Canadá	3	5	7	2	5	3	—	3	3	5 <sup>d</sup>	6 <sup>e</sup>	4	—	3	7
Chile	41	73	32	1	—	1	4	24	—	—	—	—	—	—	—
Colombia	16.800	13.287	609	996	1.922	4.428	1.508	442	20	1	—	—	—	2	—
Costa Rica	—	12	14	37	24	19	1 <sup>a</sup>	—	—	—	—	—	—	—	—
Ecuador	46.284	31.870	6.883	1.785	2.160	1.059	65	3.755	171	27	9	...	25	5	—
El Salvador	947	8.106	6.573	11.739	2.923	182	—	8	134	631 <sup>d</sup>	—	—	—	—	—
Estados Unidos	26	102	18	34	20	5	4 <sup>b</sup>	15 <sup>c</sup>	6 <sup>b</sup>	4 <sup>a</sup>	3	2 <sup>d</sup>	2 <sup>d</sup>	5	12 <sup>f</sup>
Guayana	1	16	2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guatemala	3.664	15.861	30.821	16.779	7.970	1.568	1.263	5.970	2.077	178	13	1	—	—	—
Guyana	—	556	66	—	—	—	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	17	407	4.013	5.049	4.717	708	90	306	56	15	1	—	—	—	—
México	2.690	8.162	10.712	4.059	16.430	1.088	2.356	71	9	5	1	—	—	—	—
Nicaragua	1	3.067	6.631	7.881	8.825	2.813	1.283	1.437	545	12	—	—	—	—	—
Panamá	1.178	2.416	42	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paraguay	—	—	3	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Perú	322.562	210.836	71.448	23.887	22.397	4.518	3.483	41.717	1.546	934	494	16	—	—	—
Suriname	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Venezuela	13	2.842	409	—	—	268	2.551	313	386	140	—	—	—	—	—

<sup>a</sup>1 caso importado.<sup>b</sup>3 casos importados.<sup>c</sup>8 casos importados.<sup>d</sup>2 casos importados.<sup>e</sup>5 casos importados; 1 desconocido.

— Sin casos notificados.

... Datos no disponibles.

**Fuente:** Ministerios de Salud.

Actualizado: 10/2006.

No se ha identificado ningún otro virus en la Región, además de los descritos previamente, en particular los virus Oran, Lechiguanas, Hu39694, virus de los Andes, Río Mamore, Laguna Negra, Sin Nombre, Nueva York, Bayou, Canal Black Creek, Choclo y Calabazo.

A pesar de que la gravedad de los casos se vincula con la cepa viral específica y con la respuesta inmunológica del paciente, en general las tasas de mortalidad por SPH han disminuido sistemáticamente, pasando de cerca de 50% de 1996 a 2000, a 30% entre 2001 y 2005, en los países que presentaban las tasas más elevadas (506).

### Cólera

Desde la pandemia de cólera de 1991, en la Región de las Américas se ha observado una disminución estable en el número de casos notificados (cuadro 39). En 2002 hubo un marcado descenso, con solo 23 casos notificados a la OMS: 16 en Perú, 4 en Canadá, 2 en los Estados Unidos y 1 en Guatemala. Desde 2003 y durante todo 2005, la cantidad total de casos notificados en la Región fue igualmente baja, con 32, 35 y 24 casos, respectivamente. Cabe destacar que al analizar los datos, Brasil, Canadá y los Estados Unidos han notificado consistentemente casos y han hecho la distinción entre los autóctonos y aquellos importados. Las características de la ocurrencia de casos de cólera en la Región son aquellas de núcleos limitados que fueron rápidamente contenidos, con un muy bajo impacto sobre la salud pública. Muchos países siguen poniendo en marcha la vigilancia, tanto pasiva como activa, para la detección de los *Vibrio cholerae* circulantes.

### Referencias

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe. Serie Desarrollo y Población N° 58. Santiago de Chile: CELADE; Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2005.
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Desigualdades demográficas y desigualdad social: tendencias recientes, factores asociados y lecturas de política. En: Panorama social de América Latina 2005. Santiago de Chile: CEPAL; 2005.
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Transformaciones demográficas en América Latina y el Caribe y consecuencias para las políticas públicas. En: Panorama social de América Latina 2004. Santiago de Chile: CEPAL; 2004.
4. Chackiel J. La dinámica demográfica en América Latina. Serie Población y Desarrollo N° 52. Santiago de Chile: CELADE/CEPAL; 2004.
5. Bloom D, Canning D, Weston M. The value of vaccination. *World Economics*. 2005;6(3):15–39.
6. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de enfermedades. En: La salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2002. (Publicación científica 587; 2 vol).
7. Andrus JK, Fitzimmons J, de Quadros CA. Introduction of New and Under-utilized Vaccines: Perspectives from the Americas. En: Andrus JK, de Quadros CA (eds.). Avances recientes en inmunización. 2ª edición. Washington, DC: OPS; 2006.
8. Organización Panamericana de la Salud. Informe final de la “Comisión Taylor”. El impacto del Programa Ampliado de Inmunización y la iniciativa de erradicación de la poliomielitis en los sistemas de salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 1995.
9. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD31.R22. Programa Ampliado de Inmunización en las Américas. 31º Consejo Directivo. Washington, DC: OPS; 1985.
10. de Quadros CA, Andrus JK, Olivé JM, Macedo CG de, Henderson DA. Polio eradication from the Western Hemisphere. *Annu Rev Public Health*. 1992;12:239–52.
11. Organización Mundial de la Salud. Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis 2005. Informe anual. Ginebra: OMS; 2006.
12. World Health Organization. Resurgence of wild poliovirus type 1 transmission and effect of importation into polio-free countries, 2000–2005. *Wkly Epidemiol Rec*. 2006;81: 61–8.
13. Kew O, Morris-Glasgow V, Landaverde M, Burns C, Shaw J, Garib Z, et al. Outbreak of poliomyelitis in Hispaniola associated with circulating type 1 vaccine-derived poliovirus. *Science*. 2002;296(5566):356–9.
14. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. Public Health Dispatch: Acute Flaccid Paralysis Associated with Circulating Vaccine-Derived Poliovirus—Philippines, 2001. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2001;50(40):874–5.
15. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. Poliovirus Infections in Four Unvaccinated Children—Minnesota, August–October 2005. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2005;54:1–3.
16. Organización Panamericana de la Salud. Boletín semanal de polio 2004;19(30). Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/sps1930.pdf>. Acceso el 19 de septiembre de 2006.
17. Organización Panamericana de la Salud. Informe final: XVII Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre enfermedades prevenibles por vacunación, Ciudad de Guatemala, Guatemala, 25–27 de julio de 2006. Washington, DC: OPS; 2006.
18. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD37.R13. Programa Ampliado de Inmunización en las

- Américas. 37º Consejo Directivo de la OPS; 45ª Sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, DC: OPS; 1994.
19. de Quadros CA, Izurieta H, Venczel L, Carrasco P. Measles eradication in the Americas: progress to date. *J Infect Dis.* 2004;189(Suppl 1):227–35.
  20. de Quadros CA, Olivé JM, Hersh BS, et al. Measles elimination in the Americas: evolving strategies. *JAMA.* 1996;275:224–9.
  21. Pan American Health Organization. Measles Elimination Field Guide. Washington, DC: PAHO; 2005. (Publicación científica 605; 2ª edición).
  22. Organización Panamericana de la Salud. ¡19 semanas sin notificación de transmisión del virus del sarampión en el continente americano! *Bol PAI.* 2003;25:1. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/sns2501.pdf>. Acceso el 15 de septiembre de 2006.
  23. de Quadros CA, Izurieta H, Carrasco P, Brana M, Tambini G. Progress toward measles eradication in the region of the Americas. *J Infect Dis.* 2003;187(Suppl 1):102–10.
  24. Andrus JK, Vicari A, Tambini G, Periago MR. The global inter-relatedness of disease control. *Lancet Infect Dis.* 2007;7(3):176.
  25. Narváez B, Barreuzeta O. La experiencia de Venezuela en la eliminación del sarampión. En: Organización Panamericana de la Salud. La cultura de la prevención: un modelo de control para las enfermedades prevenibles por vacunación. XVIª Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre enfermedades prevenibles por vacunación, Ciudad de México, 3–5 de noviembre de 2004. Washington, DC: OPS; 2004.
  26. Organización Panamericana de la Salud. La cultura de la prevención: un modelo de control para las enfermedades prevenibles por vacunación. Informe final: XVIª Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre enfermedades prevenibles por vacunación, Ciudad de México, 3–5 de noviembre de 2004. Washington, DC: OPS; 2004.
  27. United Nations Children's Fund. Maternal and Neonatal Tetanus Elimination by 2005: Strategies for Achieving and Maintaining Elimination. Nueva York: UNICEF; 2000.
  28. Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica de eliminación del tétanos neonatal. Washington, DC: OPS; 2005. (Publicación científica 602; 2ª edición).
  29. Organización Panamericana de la Salud. Informe final: XIIIª Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre enfermedades prevenibles por vacunación, Quebec, Canadá, 12–16 de abril de 1999. Washington, DC: OPS; 1999.
  30. Organización Panamericana de la Salud. Informe final: XVIIIª Reunión sobre enfermedades prevenibles por vacunación de la Región de América Central, México y el Caribe latino, Antigua, Guatemala, 6–7 de junio de 2005. Washington, DC: OPS; 2005.
  31. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-preventable Diseases. 9th edition. Washington, DC: Public Health Foundation; 2006.
  32. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. Preventing tetanus, diphtheria, and pertussis among adolescents: use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis vaccines. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Morb Mortal Wkly Rep.* 2006;55:1–34.
  33. Landazabal N, Burgos M, Pastor D. Brote de difteria en Cali (Valle), Colombia, agosto–octubre 2000. *Bol Epidemiol.* 2001;22(3):13–15.
  34. Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica para el control de la difteria, tos ferina, tétanos, *Haemophilus influenzae* tipo b y hepatitis B. 2005 ed. Washington, DC: OPS; 2005 (Publicación científica 604; 1ª edición).
  35. Haití, Ministry of Public Health and Population. Expanded Program on Immunization. Port-au-Prince; 2005. Inédito.
  36. Cochi SL, O'Mara D, Preblud SR. Progress in *Haemophilus* type b polysaccharide vaccine use in the United States. *Pediatrics.* 1988;81:166–8.
  37. Peltola H. *Haemophilus influenzae* type b disease and vaccination in Latin America and the Caribbean. *Pediatr Infect Dis J.* 1997;16(8):780–7.
  38. World Health Organization. *Haemophilus influenzae* type b (Hib) meningitis in the pre-vaccine era: a global review of incidence, age distributions, and case-fatality rates. Ginebra: WHO; 2002. (WHO/V&B/02.18).
  39. República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. República Dominicana: vigilancia epidemiológica de las meningitis y neumonías bacterianas. (Presentado en la reunión subregional de la OPS sobre la vigilancia de la meningitis bacteriana y la neumonía en las Américas, Ciudad de México, México, 6–8 de marzo de 2000).
  40. Schlech WF, Ward JI, Bard JD. Bacterial meningitis in the United States. *J Infect Dis.* 1986;153:8–16.
  41. Organización Panamericana de la Salud. Informe final: XIIª Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre enfermedades prevenibles por vacunación, Ciudad de Guatemala, Guatemala, 3–5 de septiembre de 1997. Washington, DC: OPS; 1997.
  42. Roper AM, Danovaro-Holliday MC, Andrus JK. Progress in vaccination against *Haemophilus Influenzae* type b in the Americas. *J Clin Virol.* 2005 Dec;34 Suppl 2:S14–9.
  43. Organización Panamericana de la Salud. Informe final: XIVª Reunión del Grupo Técnico Asesor sobre enfermedades prevenibles por vacunación, Foz de Iguaçu, Brasil, 2–5 de octubre de 2000. Washington, DC: OPS; 2000.
  44. Roper AM, Danovaro-Holliday MC, Andrus JK. Progress in vaccination against *Haemophilus Influenzae* type b in the Americas. *J Clin Virol.* 2005 Dec;34(Suppl 2):S14–9.

45. Fay OH. Hepatitis B in Latin America: epidemiological patterns and eradication strategy. The Latin American Regional Study Group. *Vaccine*. 1990;8(Suppl):82–92.
46. de la Hoz F, Martínez M, Iglesias A, Rojas M. Factores de riesgo en la transmisión de hepatitis B en la Amazonia Colombiana. *Biomedica*. 1992;12:5–9.
47. Leon P, Venegas E, Bengoechea L, Rojas E, Lopez JA, Elola C. Prevalencia de las infecciones por virus de las hepatitis B, C, D y E en Bolivia. *Rev Panam Salud Publica*. 1999;5:144–51.
48. Silveira TR, da Fonseca JC, Rivera L, Fay OH, Tapia R, Santos JI, et al. Hepatitis B seroprevalence in Latin America. *Rev Panam Salud Publica*. 1999;6:378–383.
49. Tanaka J. Hepatitis B epidemiology in Latin America. *Vaccine*. 2000;18(Suppl 1):7–9.
50. Castillo-Solórzano C, Andrus JK. Rubella elimination and improving health care for women. *Emerg Infect Dis*. 2004;10(11):2017–21.
51. Danovaro-Holliday MC, LeBaron CW, Allensworth C, Raymond R, Borden TG, Murray AB, et al. A large rubella outbreak with spread from the workplace to the community. *JAMA*. 2000;284:2733–9.
52. Organización Panamericana de la Salud. Integración de la vigilancia del sarampión y la rubéola en las Américas. *Bol PAI*. 2000;22:2. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hvp/hvi/sns2202.pdf>. Acceso el 15 de septiembre de 2006.
53. Irons B, Lewis MJ, Dahl-Regis M, Castillo-Solórzano C, Carrasco P, de Quadros CA. Strategies to eradicate rubella in the English-speaking Caribbean. *Amer J Pub Health*. 2000;90(10):1545–9.
54. Caribbean Community, Council for Human and Social Development. Resolution on the elimination of rubella. En: Report of the First Meeting of the Council for Human and Social Development, Kingston, Jamaica, 20–21 de abril de 1998. Georgetown: Council for Human and Social Development; 1998. Pág. 21–22. (Report 98/1/53).
55. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita: contribuyendo a la renovación de la atención primaria. *Boletín de Inmunización*. 2005 agosto;27(5):4. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/sns2704.pdf>. Acceso el 15 de septiembre de 2006.
56. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. Achievements in public health: elimination of rubella and congenital rubella syndrome—United States, 1969–2004. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2005;54(11):279–82.
57. Organización Panamericana de la Salud. XVIIª Reunión del GTA. Protegiendo la salud de las Américas: avanzando de la vacunación de los niños a la de la familia. *Boletín de Inmunización*. 2006;28:4. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/sns2804.pdf>. Acceso el 6 de julio de 2007.
58. Organización Panamericana de la Salud. Reunión *ad hoc* de expertos para establecer las mejores prácticas de vigilancia del síndrome de rubéola congénita. *Boletín de Inmunización*. 2006;28:4. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/sns2804.pdf>. Acceso el 6 de julio de 2007.
59. Icenogle J. Nomenclature and molecular epidemiology of rubella virus in the Americas and the world. (Presentado en la XVI Reunión del Grupo Asesor Técnico sobre enfermedades prevenibles por la vacunación. México, noviembre de 2004.)
60. Andrus JK, Periago MR. Elimination of rubella and congenital rubella syndrome in the Americas: another opportunity to address inequities in health. *Pan Am J Public Health*. 2004;15(3):145–6.
61. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CE126.R4. Vacunas e inmunización. 42º Consejo Directivo. Washington, DC: OPS; 2000.
62. Organización Panamericana de la Salud. Inmunización en las Américas. Resumen 2006. Washington, DC: OPS; 2006.
63. Andrus JK. Immunization: The Unfinished Agenda and Achieving the Millennium Development Goals. (Presentado en el 46º Consejo Directivo, OPS, Washington, DC, 28 de septiembre de 2005.)
64. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD44.R1. Mantenimiento de los programas de inmunización. Eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC). 44º Consejo Directivo. Washington, DC: OPS; 2003.
65. World Health Organization. Global Immunization Vision and Strategy 2006–2015. Ginebra: WHO 2005. (WHO/IVB/05.05).
66. World Health Organization. Global Burden of Disease 2002 Estimates [sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002/en/index.html>. Acceso el 19 de septiembre de 2006.
67. Organización Panamericana de la Salud. Vacunación contra influenza en grupos de riesgo en Costa Rica: una decisión basada en evidencia. *Bol PAI*. 2004;26:3. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/sns2603.pdf>. Acceso el 15 de septiembre de 2006.
68. Organización Panamericana de la Salud. Control de la influenza en El Salvador. *Boletín de Inmunización*. 2006;28:2. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/AD/FCH/IM/sns2802.pdf>. Acceso el 15 de septiembre de 2006.
69. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Morb Mortal Wkly Rep*. 2006;55:RR–10.
70. Parashar UD, Hummelman EG, Bresee JS, Miller MA, Glass RI. Global illness and deaths caused by rotavirus disease in children. *Emerg Infect Dis*. 2003;9(5):565–72.

71. Vesikari T, Matson DO, Dennehy P, Van Damme P, Santosham M, Rodriguez Z, et al. Safety and efficacy of a pentavalent human-bovine (WC3) reassortant rotavirus vaccine. *N Engl J Med.* 2006;354:23–33.
72. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. Withdrawal of rotavirus vaccine recommendation. *Morb Mortal Wkly Rep.* 1999;48:1007.
73. Danovaro-Holliday MC, Wood AL, LeBaron CW. Rotavirus vaccine and the news media, 1987–2001. *JAMA.* 2002; 287(11):1455.
74. Organización Panamericana de la Salud. Expertos se reúnen en la Ciudad de México para discutir sobre rotavirus. *Bol PAI.* 2004;26:5. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/sns2605.pdf>. Acceso el 15 de septiembre de 2006.
75. Carmona RC, Timenetsky MC, Morillo SG, Richtzenhain LJ. Human rotavirus serotype G9, Sao Paulo, Brazil, 1996–2003. *Emerg Infect Dis.* 2006;12(6):963–8.
76. Gentsch JR, Laird AR, Bielfelt B, Griffin DD, Bányai K, Ramachandran M, et al. Serotype diversity and reassortment between human and animal rotavirus strains: implications for rotavirus vaccine programs. *J Infect Dis.* 2005;192: S146–159.
77. Castello AA, Arvay ML, Glass RI, Gentsch J. Rotavirus strain surveillance in Latin America. A review of the last nine years. *Pediatr Infect Dis J.* 2004;23:168–72.
78. Urbina D, Rodriguez JG, Arzuza O, Parra E, Young G, Castro R. G and P genotypes of rotavirus circulating among children with diarrhea in the Colombian northern coast. *Int Microbiol.* 2004;7:113–20.
79. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra: OMS; 2005.
80. Garcia S, Levine OS, Cherian T, Gabastou JM, Andrus J. Pneumococcal disease and vaccination in the Americas: an agenda for accelerated vaccine introduction. *Pan Am J Public Health.* 2006;19(5):340–8.
81. World Health Organization. Pneumococcal vaccines. *Wkly Epidemiol Record.* 2003;14:110–9.
82. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, IARC CancerBase No. 5, version 2.0. Lyon: IARC Press; 2004. Disponible en: [www.depdb.iarc.fr/globocan/GLOBOframe.htm](http://www.depdb.iarc.fr/globocan/GLOBOframe.htm). Acceso el 15 de septiembre de 2006.
83. Harper DM, Franco EL, Wheeler C, Ferris DG, Jenkins D, Schuid A, et al. Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2004;364(9447):1757–65.
84. Harper DM, Franco EL, Wheeler CM, Moscicki AB, Romanowski B, Roteli-Martins CM, et al. Sustained efficacy up to 4–5 years of a bivalent L1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomized control trial. *Lancet.* 2006;367(9518):1247–55.
85. Villa LL, Costa RL, Petta CA, Andrade RP, Ault KA, Giuliano AR, et al. Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomized double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial. *Lancet Oncology.* 2005;6(5):271–8.
86. Paavonen J. Efficacy of a quadrivalent HPV (types 6/11/18) L1 virus-like particle (VLP) vaccine against vaginal and vulvar precancerous lesions: a combined analysis. (Presentado en la reunión annual del American Society of Clinical Oncology, Atlanta, Georgia, 2–6 de junio de 2006.)
87. Organización Panamericana de la Salud. Sosteniendo los programas nacionales de inmunización en el contexto de la introducción de nuevas vacunas y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Boletín de Inmunización.* 2005;27:5. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/sns2705.pdf>. Acceso el 19 de septiembre de 2006.
88. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la legislación relativa a la inmunización en las Américas. *Boletín de Inmunización.* 2006;28(2):5. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/im/sns2802.pdf>. Acceso el 19 de septiembre de 2006.
89. Pan American Health Organization. Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998–2004. Disponible en: <http://www.paho.org/English/AD/DPC/CD/mal-2005.htm>. Acceso el 20 de julio de 2006.
90. Carter KH, Escalada RP. Malaria in the Americas 2006: Regional Situation, Challenges, and Strategies. *Epidemiol Bull.* 2006. (En prensa).
91. Pan American Health Organization. Regional Strategic Plan for Malaria in the Americas, 2006–2010. Washington, DC: PAHO; 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/English/AD/DPC/CD/mal-reg-strat-plan-06.pdf>. Acceso el 30 de octubre de 2006.
92. Pan American Health Organization. 2007 Malaria in the Americas Report. Washington DC: PAHO; 2007. (En prensa).
93. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos. Washington, DC: OPS; 2006.
94. Najera JA, Zaim M. Malaria Vector Control: Decision Making Criteria and Procedures for Judicious Use of Insecticides. Ginebra: WHO/CDS/WHOPES; 2003. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO\\_CDS\\_WHOPES\\_2002.5\\_Rev.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_CDS_WHOPES_2002.5_Rev.1.pdf). Acceso el 20 de julio de 2006.
95. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación de los programas contra la malaria en las Améri-



- cas según la base de datos de 2001. Washington, DC: OPS; 2002.
96. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación de los programas contra la malaria en las Américas según la base de datos de 2000. Washington, DC: OPS; 2001.
  97. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación de los programas contra la malaria en las Américas según la base de datos de 1999. Washington, DC: OPS; 2000.
  98. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación de los programas contra la malaria en las Américas según la base de datos de 1998. Washington, DC: OPS; 1999.
  99. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD42.R15. Informe final. Iniciativa hacer retroceder el paludismo en el Región de las Américas. 42º Consejo Directivo. Washington, DC: OPS; 2000.
  100. Pan American Health Organization. Population living in malaria-endemic areas in the Americas, 1994–2004 [cuadro]. Disponible en: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/cd/mal-status-2004.pdf>. Acceso el 20 de julio de 2006.
  101. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD46.R13. La malaria y los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados, incluyendo los contenidos en la Declaración del Milenio. 46º Consejo Directivo. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/cd46.r13-s.pdf>. Acceso el 20 de julio de 2006.
  102. Guha-Sapir D, Schimmer B. Dengue fever: new paradigms for a changing epidemiology. *Emerg Themes Epidemiol*. 2005 Mar 2;2(1):1–10.
  103. Meltzer MI, Rigau-Perez JG, Clark GG, Reiter P, Gubler DJ. Using disability-adjusted life years to assess the economic impact of dengue in Puerto Rico: 1984–1994. *Am J Trop Med Hyg*. 1998 Aug;59(2):265–71.
  104. Organización Panamericana de la Salud. Número de casos de dengue y dengue hemorrágico, Región de las Américas (por país y subregión) [cuadros]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/dengue.htm>. Acceso en noviembre de 2006.
  105. Halstead SB, Streit TG, Lafontant JG, Putvatana R, Russell K, Sun W, et al. Haiti: absence of dengue hemorrhagic fever despite hyperendemic dengue virus transmission. *Am J Trop Med Hyg*. 2001 Sep;65(3):180–3.
  106. Rodríguez Cruz R. Estrategias para el control del dengue y del *Aedes aegypti* en las Américas. *Rev Cubana Med Trop*. 2002 sep–dic;54(3).
  107. Organización Panamericana de la Salud. Marco de referencia: nueva generación de programas de prevención y control del dengue en las Américas. Washington, DC: OPS; 2001.
  108. San Martin JL, Prado M. Risk perception and strategies for mass communication on dengue in the Americas. *Rev Panam Salud Publica*. 2004 Feb;15(2):135–9.
  109. Organización Mundial de la Salud. Comunicación para impactar la conducta (COMBI). En: Parks W, Lloyd L. Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue. Guía paso a paso. Ginebra: OMS; 2004. (WHO/CDS/WMC/2004.2).
  110. Parks W, Lloyd L. Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue: guía paso a paso. Ginebra: OMS; 2004. (WHO/CDS/WMC/2004.2).
  111. Organización Mundial de la Salud. Plan Estratégico Global para el Manejo Integrado de Vectores. Ginebra: OMS; 2004.
  112. World Health Organization. Strategic Plan for Integrated Vector Management in the Americas. Proposal to support implementation of IVM as a Regional Strategy in the Americas. Draft 6.0. Inédito.
  113. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. La implementación del DengueNet en las Américas. Ginebra: OMS; 2003. Disponible en: <http://www.who.int/csr/resources/publications/dengue/whocdscsrgar20038sp.pdf>.
  114. Ecoclubes International. Disponible en: <http://www.ecoclubes.org/DENGUE/ingles/dengue.asp>. Acceso en octubre de 2006.
  115. Organización Mundial de la Salud, Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR). Dirección para la investigación estratégica. Disponible en: <http://www.who.int/tdr/diseases/dengue/direction.htm>. Acceso en julio de 2006.
  116. South Korea, International Vaccine Institute. Pediatric Dengue Vaccine Initiative (PDVI). Disponible en: <http://www.pdvi.org/>. Acceso en agosto de 2006.
  117. Blaney JE Jr, Durbin AP, Murphy BR, Whitehead SS. Development of a live attenuated dengue virus vaccine using reverse genetics. *Viral Immunol*. 2006 Spring;19(1):10–32.
  118. Shepard DS, Suaya JA, Halstead SB, Nathan MB, Gubler DJ, Mahoney RT, et al. Cost-effectiveness of a pediatric dengue vaccine. *Vaccine*. 2004;22:1275–80.
  119. Kroeger A, Lenhart A, Ochoa M, Villegas E, Levy M, Alexander N, et al. Effective control of dengue vectors with curtains and water container covers treated with insecticide in Mexico and Venezuela: cluster randomised trials. *BMJ*. 2006 May 27;332(7552):1247–52.
  120. Briceño-León R. La casa enferma: sociología de la enfermedad de Chagas. Caracas: Acta Científica Venezolana; 1990.
  121. Organización Panamericana de la Salud. Informe de un grupo de estudio sobre estrategias de control de la enfermedad de Chagas. (PNSP/87.03). Washington, DC: OPS; 1987.
  122. Organización Mundial de la Salud. Control de la enfermedad de Chagas. Ginebra: OMS; 2000.

123. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Washington, DC: Banco Mundial; 1993.
124. Organización Panamericana de la Salud. Análise de Custo-Efetividade do Programa de Controle da Doença de Chagas no Brasil. Brasília: OPS; 2000.
125. Organización Panamericana de la Salud. El control de la enfermedad de Chagas en los países del Cono Sur de América. Historia de una iniciativa internacional. 1991/2001. Washington, DC: OPS; 2002. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/dch-historia-incosur.PDF>
126. Organización Panamericana de la Salud; Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo; Fundación Oswaldo Cruz. Memorias de la 2ª Reunión de la Iniciativa Intergubernamental de Vigilancia y Prevención de la Enfermedad de Chagas en la Amazonia, Cayena, Guayana Francesa, 2-4 de noviembre de 2005. Montevideo: IDRC; 2006.
127. Salvatella R, Schofield CJ. Enfermedad de Chagas. Iniciativas para el control de la enfermedad en Latinoamérica. *Bio-medicina*. 2006;1(2):48-55.
128. Uranga N, Herranz E. Chagas: enfermedad silenciosa y silenciada. Barcelona: Médicos sin Fronteras; 2002.
129. Taylor LH, Latham SM, Woolhouse ME. Risk factors for human disease emergence. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2001;359(1411):983-9.
130. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Sistema de Información Regional de la Rabia en las Américas. Disponible en: <http://siepi.panaftosa.org.br/Painel.aspx>.
131. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Regional de Datos Básicos. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.htm> Acceso el 25 de mayo de 2006.
132. Organización Mundial de Sanidad Animal. Sistema Handistatus. OIE; 2006. Disponible en: <http://www.oie.int/hs2/report.asp?lang=en>. Acceso el 6 de noviembre de 2006.
133. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la rabia humana transmitida por perro en América Latina. Washington, DC: OPS; 2005.
134. Schneider MC, Belotto A, Ade MP, Hendrickx S, Leanes LF, Rodrigues MJ, et al. Status of dog-transmitted human rabies in Latin America. *Cad Saude Publica*. (En prensa).
135. Belotto A, Leanes LF, Schneider MC, Tamayo H, Correa E. Overview of rabies in the Americas. *Virus Research*. 2005;111:5-12.
136. Schneider MC, Belotto A, Adé MP, Leanes LF, Correa E, Tamayo H, et al. Situación epidemiológica de la rabia humana transmitida por perros en América Latina en 2004. *Bol Epidemiol*. 2005;26(1):2-4. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/ais/EB\\_v26n1.pdf](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/EB_v26n1.pdf).
137. Schneider MC, Burgoa CS. Algunas consideraciones sobre la rabia humana transmitida por murciélago. *Rev Salud Publica Mex*. 1995;37(4).
138. Acha PN, Szyfres B. Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales, 3ª edición. Washington, DC: OPS; 2001.
139. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Disponible en: [http://portal.saude.gov.br/portal/svs/area.cfm?id\\_area=451](http://portal.saude.gov.br/portal/svs/area.cfm?id_area=451). Acceso el 28 de julio de 2006.
140. Organización Panamericana de la Salud. Reunión constitutiva proyecto subregional Cono Sur de control y vigilancia de la hidatidosis, Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. Informe final. 2005. Disponible en: [http://www.panaftosa.org.br/inst/zoonosis/HIDATIDOSIS/informe\\_final\\_hid.doc](http://www.panaftosa.org.br/inst/zoonosis/HIDATIDOSIS/informe_final_hid.doc). Acceso el 3 de noviembre de 2006.
141. Estados Unidos, Department of Agriculture, Animal and Plant Health Inspection Service. Cooperative State/Federal Brucellosis Eradication Program Status Report, Fiscal Year 2005. USDA; 2005. Disponible en: [http://www.aphis.usda.gov/vs/nahps/brucellosis/yearly\\_report/yearly-report.html](http://www.aphis.usda.gov/vs/nahps/brucellosis/yearly_report/yearly-report.html) Acceso el 3 de noviembre de 2006.
142. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Brucelosis y tuberculosis *M.bovis*. Situación de los programas en las Américas, 2000. Disponible en: [www.panaftosa.org.br/inst/texto\\_brucelosis.htm](http://www.panaftosa.org.br/inst/texto_brucelosis.htm). Acceso el 3 de noviembre de 2006.
143. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la erradicación de la tuberculosis bovina en las Américas. Fase I. OPS; 2000.
144. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Informe sobre la epidemia mundial de sida. Ginebra: ONUSIDA; 2006.
145. Pan American Health Organization; World Health Organization; Joint United Nations Program on HIV/AIDS. HIV and AIDS in Latin America and the Caribbean: the evolving epidemic and response and the challenges ahead. (Informe inédito, diciembre de 2005).
146. Pan American Health Organization; World Health Organization, Regional HIV/STI Plan for the Health Sector, 2006-2015. PAHO/WHO; 2006.
147. Adams OP, Carter AO. Feasibility of a population based survey on HIV prevalence in Barbados, and population preference for sample identification method. University of the West Indies, Barbados/Caribbean Health Research Council; 2005.
148. Estados Unidos, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2004 Supplement. Syphilis Surveillance Report. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2005. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/Syphilis2004/SyphSurvSupp2004.pdf>.
149. Pan American Health Organization, World Health Organization. Adolescent Health in the Caribbean. PAHO; 2007.

150. Clark S, Bruce J, Dude A. Protecting young women from HIV/AIDS: the case against child and adolescent marriage. *International Family Planning Perspectives*. 2006;32(2).
151. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004. Ginebra: ONUSIDA; 2004.
152. Lloyd C (ed.). *Growing up Global: The Changing Transition to Adulthood in Developing Countries*. Washington, DC: National Academies Press; 2005. Disponible en: <http://www.nap.edu>.
153. World Health Organization. 3 by 5 Initiative: AIDS treatment in children. 2005. Disponible en: <http://www.who.int/3by5/paediatric/en/>.
154. Estados Unidos, Population Council. *Power in sexual relationships: an opening dialogue among reproductive health professionals*. Nueva York; 2001. Disponible en: <http://www.popcouncil.org>.
155. Bill & Melinda Gates Foundation; Henry J. Kaiser Family Foundation, Global HIV Prevention Group. *New Approaches to HIV Prevention: Accelerating Research and Ensuring Future Access*. 2006. Disponible en: <http://www.gatesfoundation.org>; <http://www.kff.org>.
156. United Nations Millennium Project Task Force on HIV/AIDS, Malaria, TB and Access to Essential Medicines. *Combating AIDS in the Developing World*. Londres: Earthscan; 2005.
157. Velzeboer M, Ellsberg MC, Garcia Moreno A. *Violencia contra las mujeres: responde al sector salud*. Washington, DC; OPS/OMS; 2003.
158. Marthur S, Greene M, Malhotra A. *Too young to wed: the lives, rights, and health of young married girls*. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2003.
159. Yeager J, Fogel J. Male disclosure of sexual abuse and rape. *Topics in Advanced Practice Nursing Ejournal*. 2006;6(1). Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/558821>.
160. Frasca T. Men and women—still far apart on HIV/AIDS. *Reproductive Health Matters*. 2003;11(22):12–20.
161. Boender C, Santana D, Santillan D, Hardee K, Greene ME, Schuler S. The ‘So What?’ Report: A Look at Whether Integrating Gender Focus into Programs Makes a Difference to Outcomes. Interagency Gender Working Group Task Force Report. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2004. Disponible en: [www.prb.org](http://www.prb.org).
162. Gupta G. *Vulnerability and Resilience: Gender and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean*. Sustainable Development Technical Papers Series. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 2003.
163. Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group. Efficacy of voluntary HIV-1 counseling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania and Trinidad: a randomized trial. *Lancet*. 2000;356:103–12.
164. Okie S. Fighting HIV: lessons from Brazil. *New Eng J Med*. 2006;354(19):1977–81.
165. Kirby D, Laris BA, Roller L. *Impact of sex and HIV education programs on sexual behaviors of youth in developing and developed countries*. Research Triangle Park: Family Health International; 2005.
166. Estados Unidos, National Academy of Sciences, Institute of Medicine. *No Time to Loose: Getting More from HIV Prevention*. Washington, DC: National Academy; 2001. Pág. 118.
167. O’Reilly KR, Medley A, Dennison J, Sweat MD. Systematic review of the impact of abstinence-only programmes on risk behavior in developing countries (1990–2005). Toronto, International AIDS Conference, 2006.
168. World Health Organization. *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing*. WHO Report 2005. Ginebra: OMS; 2006. (WHO/HTM/TB/2006.362).
169. Organización Mundial de la Salud; Alianza Alto a la Tuberculosis. *La estrategia alto a la TB*. Ginebra: OMS; 2006. (WHO/HTM/TB/2006.368).
170. Organización Mundial de la Salud; Alianza Alto a la Tuberculosis. *Plan Mundial para Detener la Tuberculosis*. 2006–2015. Ginebra: OMS; 2006.
171. Organización Panamericana de la Salud. *Plan Regional de Tuberculosis, 2006–2015*. Washington DC: OPS; 2006.
172. Organización Mundial de la Salud. *Política Interina sobre Actividades Colaborativas TB/VIH*. Ginebra: OMS; 2004.
173. Tupasi TE, Gupta R, Quelapio MID, Orillaza RB, Mira NR, et al. Feasibility and cost-effectiveness of treating multi-drug-resistant tuberculosis: a cohort study in the Philippines. *PLoS Medicine*. 2006 September;3(9):e352.
174. World Health Organization. *A Primary Health Care Strategy for the Integrated Management of Respiratory Conditions in People of Five Years of Age and Over*. Ginebra: WHO; 2005. (WHO/HTM/TB/2005.351).
175. World Health Organization. *Practical Approach to Lung Health. Respiratory Care in Primary Care Settings: A Survey in 9 Countries*. Ginebra: WHO; 2004. (WHO/HTM/TB/2004.333).
176. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Estrategia mundial para aliviar la carga de la lepra y sostener las actividades de control de la enfermedad (período del Plan: 2006–2010)*. Ginebra: OPS/OMS; 2005. (WHO/CDS/CPE/CEE/2005.53).
177. Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL, eds. *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Washington, DC: World Bank; 2006.
178. Organización Mundial de la Salud. *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*. Ginebra: OMS; 2005.
179. Organización Panamericana de la Salud. *Resolución CE130.R13. La respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas*. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, DC: OPS; 2002. (CSP26/15).

180. Barceló A, Aedo C, Swapnil R, Robles S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bull World Health Organ.* 2003;81(1):19–27.
181. Estados Unidos, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. *The Burden of Chronic Diseases and Their Risk Factors. National and State Perspectives.* Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2004.
182. Arredondo A, Zúñiga A, Parada I. Health care costs and financial consequences of epidemiological changes in chronic diseases in Latin America: evidence from Mexico. *Public Health.* 2005;119:711–20.
183. Caribbean Commission on Health and Development. *Report of the Caribbean Commission on Health and Development.* Kingston: Ian Randle Publishers; 2006.
184. McKay J, Mensah G. *The atlas of heart disease and stroke.* Ginebra: WHO; 2004.
185. Organización Panamericana de la Salud, Análisis de Salud y Estadística. *Base de datos de mortalidad.* Washington, DC: OPS; 2006.
186. Rodríguez T, Malvezzi M, Chatenoud L, Bosetti C, Levi F, Negri E, et al. Trends in mortality from coronary heart and cerebrovascular diseases in the Americas: 1970–2000. *Heart.* 2006;92:453–60.
187. Ciruzzi M, Schargrodsky H, Pramparo P, Rivas Estany E, Rodríguez Naude L, de la Noval García R, et al. Attributable risk for acute myocardial infarction in four countries of Latin America. *Medicina.* 2003;63(6):697–703.
188. Bosetti C, Malvezzi M, Chatenoud L, Negri E, Levi F, La Vecchia C. Trends in cancer mortality in the Americas, 1970–2000. *Ann Oncol.* 2005;16:489–511.
189. Organización Mundial de la Salud. *Base de datos de mortalidad actualizada en julio de 2006.* Disponible en: <http://www-dep.iarc.fr/>. Acceso el 14 de septiembre de 2006.
190. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, Biostatistics and Epidemiology Cluster, Descriptive Epidemiology Group. *GLOBOCAN 2002.* [Base de datos]. Lyon: IARC; 2002. Disponible en: <http://www-dep.iarc.fr/>. Acceso el 14 de septiembre de 2006.
191. Robles S, Galanis E. *Breast cancer in Latin America and the Caribbean: Raising awareness of the options.* Washington DC: PAHO; 2001.
192. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care.* 2004;27(5):1047–53.
193. Gregg EW, Cadwell BL, Cheng YJ, Cowie CC, Williams DE, Geiss L, et al. Trends in the prevalence and ratio of diagnosed to undiagnosed diabetes according to obesity levels in the US. *Diabetes Care.* 2004;27:2806–12.
194. Estados Unidos, American Diabetes Association. *Diagnosis and classification of diabetes mellitus.* *Diabetes Care.* 2006;Suppl1:S43–S48.
195. Imperatore G, Cheng YJ, Williams DE, Fulton J, Gregg EW. Physical activity, cardiovascular fitness, and insulin sensitivity among U.S. adolescents: the National Health and Nutrition Examination Survey 1999–2002. *Diabetes Care.* 2006;29(7):1567–72.
196. del Rio-Navarro BE, Velazquez-Monroy O, Sanchez-Castillo CP, Lara-Esqueda A, Berber A, Fanghanel G, et al. The high prevalence of overweight and obesity in Mexican children. *Obes Res.* 2004;12(2):215–23.
197. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. *Sensitivity of Death Certificate Data for Monitoring Diabetes Mortality.* *Diabetes Eye Disease Follow-up Study, 1985–1990.* *Morb Mortal Wkly Rep.* 1991;40:739–41.
198. Barceló A, Peláez M, Rodríguez-Wong L, Pastor-Valero M. The prevalence of diagnosed diabetes among the elderly of seven cities in Latin America and the Caribbean. *J Aging Health.* 2006;18(2):224–39.
199. Hennis A, Wu SY, Nemesure B, Li X, Leske MC, Barbados Eye Study Group. Diabetes in a Caribbean population: epidemiological profile and implications. *Int J Epidemiol.* 2002;31(1):234–9.
200. Belice, Ministry of Health; Organización Panamericana de la Salud. *Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI). Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas.* Ciudad de Belice, Belice. Washington, DC: OPS/OMS; 2007.
201. Klein-Geltink JE, Choi BCK, Fry RN. Multiple exposures to smoking, alcohol, physical inactivity and overweight: prevalences according to the Canadian Community Health Survey Cycle 1.1. *Chronic Dis Can.* 2006;27(1):25–33.
202. Ferreccio C, Margozziini P, Gonzalez Psic C, Gederlini Stat A, et al. *High Prevalence and Inequity of Chronic Diseases: The First National Health Survey of Chile.* 2007. (En prensa).
203. Costa Rica, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. *Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI). Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas, área metropolitana San José, Costa Rica.* Washington, DC: OPS/OMS; 2007. (En prensa).
204. El Salvador, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. *Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI). Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas, San Salvador, El Salvador.* Washington, DC: OPS/OMS; 2007. (En prensa).
205. Cowie CC, Rust KF, Byrd-Holt DD, Eberhardt MS, Flegal KM, Engelgau MM, et al. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in adults in the U.S. population. *National health and nutrition examination survey 1999–2002.* *Diabetes Care.* 2006; 29(6):1263–8.
206. Estados Unidos, National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2005. With chartbook on trends in the*

- health of Americans. Hyattsville: U.S. Department of Health and Human Services; 2005.
207. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, McDowell MA, et al. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999–2004. *JAMA*. 2006;295(13):1549–55.
  208. Guatemala, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI). Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas, Villa Nueva, Guatemala. Washington, DC: OPS/OMS; 2007. (En prensa).
  209. Jean-Baptiste ED, Larco P, Charles-Larco N, Vilgrain C, Simon D, Charles R. Glucose intolerance and other cardiovascular risk factors in Haiti. Prevalence of diabetes and hypertension in Haiti. *Diabetes Metab*. 2006;32(5):443–51.
  210. Honduras, Secretaría de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI). Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas, Tegucigalpa, Honduras. Washington, DC: OPS/OMS; 2007. (En prensa).
  211. Aguilar-Salinas CA, Velazquez Monroy O, Gómez-Pérez FJ, Gonzalez Chávez A, Esqueda AL, Molina Cuevas V, et al. Characteristics of patients with type 2 diabetes in Mexico. Results from a large population-based nationwide survey. *Diabetes Care*. 2003;26(7):2021–26.
  212. Velázquez Monroy O, Rosas Peralta M, Lara Esqueda A, Pastelón Hernández G, Attie F, Tapia-Conyer R. Grupo Encuesta Nacional de Salud 2000. Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Archivos de Cardiología de México*. 2002;72(1):71–84.
  213. Sanchez-Castillo CP, Velazquez-Monroy O, Berber A, Lara-Esqueda A, Tapia-Conyer R, James WP. Anthropometric cut-off points for predicting chronic diseases in the Mexican National Health Survey 2000. *Obes Res*. 2003;11(3):442–51.
  214. Nicaragua, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI). Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas, Managua, Nicaragua. Washington, DC: OPS/OMS; 2007. (En prensa).
  215. Pan American Health Organization. The U.S.-Mexico border diabetes prevention and control project. First report of results. Disponible en: <http://www.fep.paho.org/english/publicaciones/Diabetes/Diabetes%20first%20report%20of%20Results.pdf>. Acceso el 21 de febrero de 2007.
  216. Hennis A, Wu SY, Nemesure B, Leske MC; Barbados Eye Studies Group. Hypertension prevalence, control and survivorship in an Afro-Caribbean population. *J Hypertens*. 2002;20(12):2363–9.
  217. México, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. Tercera edición. México: SSA; 1996.
  218. Velazquez-Monroy O, Rosas Peralta M, Lara Esqueda A, Pastelín Hernández G, Sanchez-Castillo C, Attie F, et al. Prevalence and interrelations of noncommunicable chronic diseases and cardiovascular risk factors in Mexico. Final outcomes from the National Health Survey 2000. *Arch Cardiol Mex*. 2003;73(1):62–77.
  219. Ordunez P, Muñoz JL, Espinosa-Brito A, Silva LC, Cooper RS. Ethnicity, education, and blood pressure in Cuba. *Am J Epidemiol*. 2005;162(1):49–56.
  220. Rosas Peralta M, Lara Esqueda A, Pastelín Hernández G, Velazquez Monroy O, Martínez Reding J, Méndez Ortiz A, et al. National re-survey of arterial hypertension (RENAHTA). Mexican consolidation of the cardiovascular risk factors. National follow-up cohort. *Arch Cardiol Mex*. 2005; 75(1): 96–111.
  221. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364:937–52.
  222. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Conjunto de acciones para la reducción multifactorial de enfermedades no transmisibles (CARMEN). Washington, DC: OPS/OMS; 2003.
  223. Banegas J, Rodríguez F, Graciani A. Interacción de los factores de riesgo en las enfermedades crónicas. *Rev Esp Salud Publica*. 2002;76:1–5.
  224. Baena JM, Álvarez B, Piñol P, Martín R, Nicolau M, Altès A. Asociación entre la agrupación (clustering) de factores de riesgo cardiovascular y el riesgo de enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Salud Publica*. 2002;76:7–15.
  225. Gómez LF, Lucumí DI, Girón SL, Espinosa G. Conglomeración de factores de riesgo de comportamiento asociados a enfermedades crónicas en adultos jóvenes de dos localidades de Bogotá, Colombia: importancia de las diferencias de género. *Rev Esp Salud Publica*. 2004;78:493–504.
  226. Warner KE, MacKay J. The global tobacco disease pandemic: nature, causes, and cures. *Global Pub Health*. 2006; 1(1):65–86.
  227. Estados Unidos, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. The Burden of Chronic Diseases and Their Risk Factors. National and State Perspectives. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2002.
  228. Mackay J, Eriksen M, Shafey O. El atlas del tabaco. Atlanta: American Cancer Society; 2006.
  229. Jacoby E, Bull F, Neiman A. Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas [editorial]. *Rev Panam Salud Publica*. 2003;14(4):223–5.
  230. Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una consulta mixta de expertos OMS/FAO. Ginebra: OMS; 2003.
  231. World Health Organization. Global InfoBase [base de datos]. Ginebra: WHO. Disponible en: <http://infobase.who.int>. Acceso el 10 de septiembre de 2006.

232. Lara A, Rosas M, Pastelín G, Aguilar C, Attie F, Velásquez O. Hipercolesterolemia e hipertensión arterial en México. Consolidación urbana actual con obesidad, diabetes y tabaquismo. *Arch Cardiol de Mex.* 2004;74(3):231–45.
233. Argentina, Ministerio de Salud y Ambiente. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente; 2006.
234. Chile, Ministerio de Salud. Resultados Encuesta de Salud, Chile 2003. Santiago: Ministerio de Salud; 2004.
235. Miranda M, Landmann C, Borges PR. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. *Cad Saude Publica.* 2005;21(Suppl):S43–S53.
236. Jacoby E, Goldstein J, López A, Núñez E, López T. Social class, family, and life-style factors associated with overweight and obesity among adults in Peruvian cities. *Prev Med.* 2003;37:396–405.
237. Goldstein J, Jacoby E, del Agila R, López A. Poverty is a predictor of non-communicable disease among adults in Peruvian cities. *Prev Med.* 2005;41:800–6.
238. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS/OMS; 2004.
239. World Health Organization. The Preliminary Report of the Global Survey on Assessing the Progress in National Chronic Diseases Prevention and Control. Ginebra: WHO; 2006.
240. Estados Unidos, Harvard School of Public Health, Center for Population and Development Studies. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press; 1990.
241. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;18(4/5):229–40.
242. Andrade LH, Lolio CA, Gentil V, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Psiquiatr Clin.* 1999;26:257–62.
243. Saldivia S, Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Torres S. Use of mental health services in Chile. *Psychiatr Serv.* 2004;55:71–6.
244. Bonander J, Kohn R, Arana B, Levav I. An anthropological and epidemiological overview of mental health in Belize. *Transcult Psychiatry.* 2000;37:57–72.
245. Kohn R, Levav I, Donair I, Machuca M, Tamashiro R. Psychological and psychopathological reactions in Honduras following Hurricane Mitch: implications for service planning. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;18(4/5):287–95.
246. Rodríguez J, Barret T, Saxena S, Narvaez S, Levav I. Los servicios de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua. (Manuscrito en preparación).
247. Organización Mundial de la Salud. Atlas de salud mental 2005. Ginebra: OMS; 2005.
248. Caldas de Almeida JM. Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;18(4/5):314–26.
249. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
250. Organización Panamericana de Salud. Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental. 47º Consejo Directivo. Washington, DC: OPS; 2006. (CD47/14).
251. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;31(Suppl.1):3–24.
252. Organización Panamericana de la Salud. Promoviendo la salud oral en la Región. Reunión Regional de Jefes de Salud Oral, La Habana, OPS, 2004.
253. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y programáticas para 1999–2002. Washington, DC: OPS; 1999.
254. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th edition. Ginebra: WHO; 1997.
255. Estupiñán-Day S. Promoting Oral Health: The Use of Salt Fluoridation to Prevent Dental Caries. Washington, DC: PAHO; 2005. (Publicación científica y técnica 615).
256. de Crouzas P, Marthaler TM, Wiesner V, Bandi A, Steiner M, Robert A, Meyer R. Caries prevalence in children after 12 years of salt fluoridation in a canton of Switzerland. *Schweiz Monatsschr Zahnheilk.* 1985;95(9):805–15.
257. Toth K. Ten years domestic salt fluoridation in Hungary. *Acta Paediatr Acad Sci Hung.* 1978;19(4):319–27.
258. Estupiñán-Day SR, Baez R, Horowitz H, Warpeha R, Sutherland B, Thamer M. Salt fluoridation and dental caries in Jamaica. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001;29:247–52.
259. Dean HT, Arnold FA Jr, Jay P, Knutson JW. Studies on mass control of dental caries through fluoridation of the public water supply. *Public Health Rep.* 1950;65:1403–8.
260. Estupiñán-Day S. Overview of salt fluoridation in the Region of the Americas. Part I: Strategies, cost-benefit analysis, and legal mechanisms utilized in the National Programs of Salt Fluoridation. En: Geertman RM (ed.). Salt 2000, 8th World Salt Symposium. Amsterdam: Elsevier Science; 2000.
261. Estupiñán-Day S. The Success of Salt Fluoridation in the Region of the Americas after a Decade. Abstract 52080. 128th Annual Meeting of APHA, Boston, 2000.
262. Estupiñán-Day S. Improving oral health in Latin America. *Oral Care Report/Harvard.* 1999;9(3).
263. Marino RJ, Villa AE, Weitz A, Guerrero S. Caries prevalence in a rural Chilean community after cessation of a powdered

- milk fluoridation program. *J Public Health Dent.* 2004; 64(2):101–5.
264. Sanchez H, Parra JH, Cardona D. Dental fluorosis in primary school students of the department of Caldas, Colombia. *Biomedica.* 2005;25(1):46–54.
265. Beltran-Aguilar ED, Barker LK, Canto MT, Dye BA, Gooch BF, Griffin SO, et al. Surveillance for dental caries, dental sealants, tooth retention, edentulism, and enamel fluorosis—United States, 1988–1994 and 1999–2002. *Morb Mortal Wkly Rep. Surveillance Summaries* 2005;54(3):1–43.
266. Beltran-Valladares PR, Cocom-Tun H, Casanova-Rosado JF, Vallejos-Sánchez AA, Medina-Solís CE, Maupomé G. Prevalence of dental fluorosis and additional sources of exposure to fluoride as risk factors to dental fluorosis in schoolchildren of Campeche, Mexico. *Rev Invest Clin.* 2005 Jul–Aug; 57(4):532–9.
267. Soto-Rojas AE, Urena-Cirett JL, Martinez-Mier E. A review of the prevalence of dental fluorosis in Mexico. *Pan Am J Public Health.* 2004;15(1):9–18.
268. Frencken JE, Makoni F, Sithole WD. ART restorations and glass ionomer sealants in Zimbabwe: survival after 3 years. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1998;26:372–81.
269. Holmgren CJ, Lo EC, Hu D, Wan H. ART restorations and sealants placed in Chinese school children. Results after three years. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000;28:314–320.
270. Phantumvanit P, Songpaisan Y, Pilot T, Frencken JE. Atraumatic Restorative Treatment (ART): a three-year community field trial in Thailand. Survival of one-surface restorations in the permanent dentition. *J Public Health Dent.* 1996;56: 141–5.
271. Horowitz AM. Introduction to the symposium on minimal intervention techniques for caries. *J Public Health Dent.* 1996;56(3):133–4; discussion 161–3.
272. Estupiñán-Day S, Millner T, Tellez M. Oral Health of Low Income Children: Procedures for Atraumatic Restorative Treatment (PRAT). Washington, DC: PAHO; 2006.
273. Petersen PE, Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease: the WHO approach. *J Periodontol.* 2005; 76(12):2187–93.
274. Gjermeo P, Rosing CK, Susin C, Oppermann R. Periodontal diseases in Central and South America. *Periodontol* 2000. 2002;29:70–8.
275. Taylor GW. Bidirectional interrelationships between diabetes and periodontal diseases: An epidemiological perspective. *Ann Periodontol.* 2001;6:99–112.
276. Dortbudak O, Eberhardt R, Ulm M, Persson GR. Periodontitis, a marker of risk in pregnancy for preterm birth. *J Clin Periodontol.* 2005;32:45–52.
277. Williams CE, Davenport ES, Sterne JA, Sivapathasundaram V, Fearn JM, Curtis MA. Mechanisms of risk in preterm low birthweight infants. *Periodontol* 2000. 2000;23:142–50.
278. Lopez NJ, Smith PC, Gutierrez J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. *J Periodontol.* 2002;73:911–24.
279. Lopez NJ, Da SI, Ipinza J, Gutierrez J. Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy-associated gingivitis. *J Periodontol.* 2005;76: 2144–53.
280. Pascolini D, Mariotti SP, Pokharel GP, Pararajasegaram R, Etya'ale D, Negrel AD, et al. 2002 Global update of available data on visual impairment: a compilation of population-based prevalence studies. *Ophthalmic Epidemiol.* 2004 Apr;11(2):67–115.
281. Resnikoff S, Pascolini D, Etya'ale D, Kocur I, Pararajasegaram R, Pokharel GP, et al. Global data on visual impairment in the year 2002. *Bull World Health Organ.* 2004 Nov;82(11): 844–51.
282. World Health Organization. State of the World Sight Vision 2020: The Right to Sight: 1999–2005. Ginebra: WHO; 2005.
283. Silva JC, Limburg H. Rapid assessment of cataract surgical services in Latin America. *IAPB News.* 2006 Apr;(49).
284. Nano ME, Nano HD, Mugica JM, Silva JC, Montana G, Limburg H. Rapid assessment of visual impairment due to cataract and cataract surgical services in urban Argentina. *Ophthalmic Epidemiol.* 2006;13(3):191–7.
285. Pongo Aguila L, Carrión R, Luna W, Silva JC, Limburg H. Ceguera por catarata en personas mayores de 50 años en una zona semirural del norte del Perú. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17(5/6):387–93.
286. Pan American Health Organization, Technology and Health Services Delivery. Health Services Organization Series: Eye Diseases in People 40–84. The Barbados Eye Studies: A Summary Report. Washington, DC: PAHO; 2006. (THS/OS/06/8).
287. Morales E, Angeles M, Batlle J, et al. Primera Encuesta de Diabetes y Ceguera en la República Dominicana. Santo Domingo: Editora Colores; 1997. Pág. 1–36.
288. Leske MC, Wu SY, Hyman L, Li X, Hennis A, Connell AM, Schachat AP. Diabetic retinopathy in a black population: the Barbados Eye Study. *Ophthalmol.* 1999;106(10):1893–9.
289. Weih LM, VanNewkirk MR, McCarty CA, Taylor HR. Age-specific causes of bilateral visual impairment. *Arch Ophthalmol.* 2000;118(2):264–9.
290. Wu SY, Nemesure B, Leske MC. Refractive errors in a black adult population: the Barbados Eye Study. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 1999;40(10):2179–84.
291. Maul E, Barroso S, Munoz SR, Sperduto RD, Ellwein LB. Refractive error study in children: results from La Florida, Chile. *Am J Ophthalmol.* 2000;129(4):445–54.
292. Guatemala, Programa de Eliminación de la Oncocercosis en las Américas. ¿Cómo vamos en coberturas de tratamiento con Mectizan®? Reporte de tratamiento 2005, en la Región, por país y foco endémico. Ciudad de Guatemala: OEPA; 2006.

293. Mora JO, Gueri M, Mora OL. Vitamin A deficiency in Latin America and the Caribbean: an overview. *Rev Panam Salud Publica*. 1998;4(3):178–86.
294. Laine A. Activities for the prevention of xerophthalmia and vitamin A deficiency in the communities served by Project HOPE, Haiti. *Sight and Life Newsletter*. 1999;1:20.
295. Organización Mundial de la Salud. Lucha contra el tracoma: perspectivas: informe de una reunión científica mundial. Ginebra: OMS; 1996. Pág. 4–7. (WHO/PBL/96.56).
296. Organización Mundial de la Salud. Informe de la novena reunión de la Alianza de la OMS para la Eliminación Mundial del Tracoma. Ginebra: WHO; 2005. Pág. 1–58. (WHO/PBD/GET 05.1).
297. Pan American Health Organization. Guidelines for development of eye care programs and services in the Caribbean. Washington, DC: PAHO, 1998. Pág. 1–26.
298. Gilbert C, Judnoo R, Eckstein M, O'Sullivan J, Foster A. Retinopathy of prematurity in middle- income countries. *Lancet*. 1997;350(9070):12–24.
299. Frick KD, Foster A. The magnitude and cost of global blindness: an increasing problem that can be alleviated. *Am J Ophthalmol*. 2003 Apr;135(4):471–6.
300. Frick KD, Kymes SM. The calculation and use of economic burden data. *Br J Ophthalmol*. 2006 Mar;90(3):255–7.
301. Silva JC, Bateman JB, Contreras F. Eye disease and care in Latin America and the Caribbean. *Surv Ophthalmol*. 2002; 47(3):267–74.
302. Silva JC. Eye care situation in Latin America and the Caribbean: an update year 2000. Bogotá: PAHO; 2000. Pág. 1–9. (PAHO/PBL/2000.1).
303. Musa J, Silva JC, Cambell F, Graham R, Wormald R, Dineen B, et al. The use of an eye care communication program to detect those with glaucoma and other blinding conditions in Belize. *IAPB News*. 2004 Apr;42:4–5.
304. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CE122.R5. Población y salud reproductiva. 25ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, DC; OPS: 1998. Disponible en: [http://www.ops-oms.org/spanish/gov/csp/csp25\\_4.pdf#search=%22%22poblacion%20y%20salud%20reproductiva%22%20conferencia%20sanitaria%20panamericana%22](http://www.ops-oms.org/spanish/gov/csp/csp25_4.pdf#search=%22%22poblacion%20y%20salud%20reproductiva%22%20conferencia%20sanitaria%20panamericana%22). Acceso el 6 de noviembre de 2006.
305. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Reproductive Health Strategy to Accelerate Progress Towards the Attainment of International Development Goals and Targets. Strategy adopted by the 57th World Health Assembly, May 2004. Disponible en: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/strategy.pdf#search=%22who%20strategy%20for%20accelerating%20progress%20towards%20the%20attainment%22>. Acceso el 6 de noviembre de 2006.
306. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Populations Prospects: The 2004 Revision. Population database. Disponible en: <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=6>. Acceso el 6 de noviembre de 2006.
307. World Health Organization. World Health Statistics 2006. Disponible en: <http://www.who.int/whosis/en/>. Acceso el 6 de noviembre de 2006.
308. Schwarcz R, Fescina R. Maternal mortality in Latin América and the Caribbean. *Lancet*. 2000;356(Suppl. S11):3245–67.
309. Kunst A, Houweling T. A global picture of poor-rich differences in the utilization of delivery care. En: De Brouwere V, Van Lebergne W, (eds). *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Stud Health Serv Organ Policy. 2001; 17:297–316. Disponible en: <http://www.eldis.org/static/DOC12420.htm>. Acceso el 6 de noviembre de 2006.
310. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2003. Disponible en: <http://espanol.iwhc.org/docUploads/WHO%20Guidance%20en%20Espa%C3%B1ol.pdf>. Acceso el 6 de noviembre de 2006.
311. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC: OPS/OMS; 2003. (Publicación científica y técnica 588). Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia\\_2003.htm](http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm). Acceso el 6 de noviembre de 2006.
312. World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality 2006. Country, regional and global estimates. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/241563206\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/241563206_eng.pdf). Acceso el 6 de noviembre de 2006.
313. Argentina, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, <http://www.indec.mecon.gov.ar/>. Brasil, Ministério da Saúde, <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. Chile, Instituto Nacional de Estadística, [http://www.ine.cl/ine/canales/chile\\_estadistico/home.php](http://www.ine.cl/ine/canales/chile_estadistico/home.php). México, Secretaría de Salud, <http://www.salud.gob.mx/>. Acceso el 6 de noviembre de 2006.
314. Jacoby E. Diet, physical activity and health in the Americas: a call to action. *Food Nut Bull*. 2004;25(2):172–4.
315. Shrimpton R, Victora C, de Onis M, Lima RC, Blossner M, Clugston G. The worldwide timing of growth faltering: implications for nutritional interventions. *Pediatrics*. 2001; 107:e75.
316. Lutter CK, Rivera JA. Nutritional status of infants and young children and characteristics of their diets. *J Nutr*. 2003; 133(9S)2941S–9S.
317. Organización Mundial de Salud. Resolución WHA54.2. Nutrición del lactante y del niño pequeño. 54ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2001.
318. Organización Mundial de Salud. VIH y alimentación infantil: marco estratégico para las acciones prioritarias. Ginebra: OMS; 2003.
319. United Nations, Administrative Committee on Coordination Sub-Committee on Nutrition. Fourth Report on the World Nutrition Situation. Ginebra: UN; 2000.



320. World Health Organization. Global prevalence of vitamin A deficiency. Ginebra: WHO; 1995.
321. Hotz CH, Brown KH. Assessment of the risk of zinc deficiency in populations and options for its control. *Food Nutr Bull.* 2004; 25:1;S130–S162.
322. Logan S, Martins S, Gilbert R. Iron therapy for improving psychomotor development and cognitive function in children under the age of three with iron deficiency anemia. *Cochrane Database Sys Rev.* 2001;(3):CD0001444.
323. Lozoff B, Jimenez E, Smith JB. Double burden of iron deficiency in infancy and low socioeconomic status. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160:1109–13.
324. World Health Organization. Global Database on Iodine Deficiency. Iodine Status Worldwide. Ginebra: WHO; 2004.
325. World Health Organization; United Nations Children's Fund; International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders. Indicators for assessing iodine deficiency disorders and their control through salt iodization. Ginebra: WHO; 1994. (WHO/NUT/94.6).
326. World Health Organization; United Nations Children's Fund; International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders. Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring their Elimination. Ginebra: WHO; 2001. (WHO/NHD/01.1).
327. World Health Organization. Global Database on Iodine Deficiency. Iodine Status Worldwide. Ginebra: WHO; 2004.
328. Pretell EA, Delange F, Hostalek U, Corigliano S, Barreda L, Higa AM. Iodine nutrition improves in Latin America. *Thyroid.* 2004;14(8):590–9.
329. Rivera J, Barquera S, Campirano F, Campos I, Safdie M, Tovar V. Epidemiological and nutritional transition in Mexico: rapid increase of non-communicable chronic diseases and obesity. *Pub Health Nutr.* 2002;5(1A):113–22.
330. Vio F, Uauy R. The public policy response to epidemiological and nutritional transition: The case of Chile. En: Freire W (ed). *Nutrition and Active Life: From Knowledge to Action.* Washington, DC: PAHO; 2006. Pág. 205–219.
331. Cortez R, Jacoby E. Determinantes de la obesidad y sobrepeso en el Perú. En: Cortez (ed). *Salud, Equidad y Pobreza en el Perú.* Lima: Universidad del Pacífico; 2002.
332. Organización Mundial de la Salud. Base de datos global: índice de masa corporal. Disponible en: <http://www.who.int/bmi/index.jsp>. Acceso en julio de 2006.
333. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Obesity Trends 1985–2006. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/trend/maps/index.htm>. Acceso en julio de 2006.
334. Uauy R, Monteiro CA. The challenge of improving food and nutrition in Latin America. *Food Nutr Bull.* 2004;25(2):175–182.
335. World Health Organization. Sedentary Lifestyle: A Global Public Health Problem. Ginebra: WHO; 2002.
336. Uauy R, Monteiro CA. The challenge of improving food and nutrition in Latin America. *Food Nutr Bull.* 2004;25(2):175–82.
337. Glasgow RE, Lichtenstein E, Marcus AC. Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *Am J Public Health.* 2003;93(8):1261–67.
338. Forrester T. Report to Caribbean Commission on Health and Development: Cardiovascular Disease and Cancer. Jamaica; 2003.
339. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra: OMS; 2004.
340. Hill JO, Wyatt HR, Reed GW, Peters JC. Obesity and the environment: where do we go from here? *Science.* 2003;299:853–56.
341. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial de salud 2002. Ginebra: OMS; 2002.
342. Eyre H, Robertson RM, Kahn R. Preventing cancer, cardiovascular disease, and diabetes. *Diabetes Care.* 2004;7:1812–24.
343. Organización Mundial de la Salud, Centro para Investigación de la Epidemiología de los Desastres. Base de datos de emergencias. Disponible en: <http://www.em-dat.net>. Acceso en julio de 2006.
344. Organización Panamericana de la Salud, Área de Preparativos de Emergencia en Caso de Desastres y Catástrofes. Estado de Mitigación y Preparativos para Desastres en el Sector Salud. 2006.
345. Organización Panamericana de la Salud. Informe de progreso sobre los preparativos y la respuesta frente a los desastres sanitarios a nivel nacional y regional. 47° Consejo Directivo. Washington, DC: OPS; 2006.
346. Estados Unidos, House of Representatives. A Failure of Initiative. Final Report of the Select Bipartisan Committee to Investigate the Preparation for and Response to Hurricane Katrina. 109th Congress, 2nd Session, febrero de 2006.
347. Organización Panamericana de la Salud. Impacto de los desastres en la salud pública. Bogotá: OPS; 2000.
348. Centro Regional de Información sobre Desastres de América Latina y el Caribe. Disponible en: <http://www.crid.or.cr>. Acceso en julio de 2006.
349. Cardona O. La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo: una crítica y una visión necesaria para la Gestión. Centro de Estudios sobre Desastres y Riesgos, Universidad Nacional de Los Andes, Bogotá, Colombia. 2001.
350. Programas de las Naciones Unidas para el Desarrollo. La reducción del riesgo de desastres: un desafío para el desarrollo. Nueva York: PNUD; 2004.
351. Lavell A. Decision making and risk management. Science Faculty (FLACSO) and La Red de Estudios Sociales en la

- Prevenición de Desastres en América Latina. (Documento preparado y presentado en la conferencia de Furthering Cooperation in Science and Technology for Caribbean Development, Port of Spain, Trinidad, septiembre de 1998).
352. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo: Salud de los pueblos indígenas de las Américas. Washington, DC: OPS; 2004.
  353. Hall G, Patrinos AH. Indigenous Peoples, Poverty and Human Development in Latin America: 1994–2004. Washington, DC: World Bank; 2005.
  354. Montenegro R, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. (Indigenous Health Series no. 2). *Lancet*. 2006; 367:1859–69.
  355. Stephens C, Porter J, Nettleton C, Willis R. Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for indigenous health worldwide. (Indigenous Health Series no. 4). *Lancet*. 2006;367:2019–28.
  356. Stephens C, Nettleton C, Porter J, Willis S. Indigenous people's health—why are they behind everyone, everywhere? *Lancet*. 2005 July;366.
  357. México, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. La situación de los pueblos indígenas. ¿Dónde estamos? [Sitio en Internet]. Disponible en: [http://cdi.gob.mx/index.php?id\\_seccion=176](http://cdi.gob.mx/index.php?id_seccion=176). Acceso el 25 de mayo 2006.
  358. Webster P. Health in the Arctic Circle. *Lancet*. 2005;365: 741–2.
  359. Oostdama J, Donaldson S, Feeley M, Arnold D, Ayotted P, Bondyc G, et al. Contaminants in Canadian Arctic Biota and Implications for Human Health. *Sci Total Environ*. 2005 December;351–2:165–246.
  360. Alonso C, Miranda L, Hughes S, Fauveau L. Reducing maternal mortality among repatriated populations along the Guatemala-Mexico border. En: *Reproductive Health for Displaced People: Investing in the Future. Forced Migration Review*. 2004 January;Vol. 19:13–16.
  361. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamientos estratégicos para reducir la mortalidad materna. Ciudad de Guatemala: Secretaría Presidencial de la Mujer; 2003.
  362. Calvo A. Situación de salud: Sub-Región Andina [presentación en PowerPoint]. Montevideo: Reunión Subregional de Representantes de la OPS/OMS y Directores de Centro del Cono Sur y Área Andina; 2006.
  363. Zolla C. La salud de los pueblos indígenas de México [presentación en PowerPoint]. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México; 2004.
  364. Cardoso A, Mattos I, Koifman, R. Prevalence of risk factors for cardiovascular disease in the Guaraní-Mbyá population of the State of Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2001 Mar/Apr;17(2):345–54.
  365. Anand S, Yusuf S, Jacobs R, Davis D, Yi Q, Gerstein H, et al. Risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease among aboriginal people in Canada: the Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples (SHARE-AP). *Lancet*. 2001;358:1147–53.
  366. Organización Panamericana de la Salud. Salud de los pueblos indígenas: patrones de consumo de alcohol en los Shipibo y Aymara de Perú. Washington, DC: OPS; 2001.
  367. Organización Panamericana de la Salud. Salud de los pueblos indígenas: una aproximación a los patrones de consumo de alcohol. Washington, DC: OPS; 2006.
  368. México, Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones. Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas. 2006. Bonilla A. Drogas y alcohol en Kuna Yala. *La Prensa*. Panamá, 10 de diciembre de 2005. Disponible en: <http://mensual.prensa.com/mensual/contenido/2005/12/10/hoy/nacionales/430486.html>. Acceso el 4 de marzo de 2006.
  369. Ecuador, Ministerio de Salud. Pueblos indígenas en el Ecuador y consumo de bebidas alcohólicas: cosmovisión, conocimientos, actitudes y prácticas, causas y consecuencias. Quito; 2000.
  370. Jackson J. Facing the music. *Perspectives*. 2002;7(1).
  371. Naciones Unidas Colombia. Creciente preocupación por los indígenas colombianos. Boletín de las Naciones Unidas, 2004. Disponible en: <http://www.nacionesunidas.org.co/noticia1.asp?Id=143>. Acceso el 2 de febrero de 2006.
  372. Dodds D. Lobster in the rain forest: The political ecology of Miskito wage labor and agricultural deforestation. *J Polit Ecology*. 1998;5:83–108.
  373. Organización Panamericana de la Salud. Derechos humanos y discapacidad entre los pueblos indígenas. Atención integral de los Buzos Miskito de Honduras. Washington, DC: OPS; 2004. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/MISKITO\\_Derechos.doc](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/MISKITO_Derechos.doc).
  374. Von Gleich U, Gálvez E. Pobreza étnica en Honduras. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999.
  375. Naborre M. Atendiendo la discapacidad en la Mosquitia hondureña. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2004.
  376. Kaplan J, Eidenberg M. Barotrauma. *Emedicine*. 11 November 2004. Disponible en: <http://www.emedicine.com/emerg/topic53.htm>. Acceso el 3 de junio de 2004.
  377. Guatemala, Ministerio de Salud y Asistencia Social; Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002: Mujeres. Ciudad de Guatemala; 2003.
  378. Colombia, Ministerio de la Protección Social; Organización Panamericana de la Salud. Insumos para la conceptualización y discusión de una política de protección social en salud para los grupos étnicos de Colombia. Ministerio de la Protección Social; 2004.

379. Ramírez S. Donde el viento llega cansado: sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí. La Paz: Cooperación Italiana; 2005.
380. Chile, Ministerio de Salud; Fondo Nacional de Salud. Política de Salud y Pueblos Indígenas. Ministerio de Salud; 2006.
381. Yáñez del Pozo J. Allikai: La salud y la enfermedad desde la perspectiva indígena. 1ª edición. Quito: Editorial Abya Yala; 2005.
382. Organización Panamericana de la Salud. Abya-Yala Kuyarinakui: Promoción de la salud sexual y prevención del VIH/sida y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas. Washington, DC: OPS; 2005.
383. Knipper M, Mamallacta G, Narváez M, Santi S. Mal aire entre los Naporuna: enfermedades por viento entre la gente que vivimos a la orilla del río Napo. Quito: 1999.
384. Rojas R. Crecer sanitos. Estrategias, metodologías e instrumentos para investigar y comprender la salud de los niños indígenas. Washington, DC: OPS; 2003.
385. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas. Santiago de Chile: CEPAL; 2006.
386. Banco Interamericano de Desarrollo. Banco de datos de legislación indígena. Disponible en: <http://www.iadb.org/sds/IND/ley/leyn/datamap.cfm>. Acceso el 20 de marzo de 2006.
387. Tauli-Corpus V. Indigenous peoples and the Millennium Development Goals. (Presentado en la Cuarta Sesión del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas, Nueva York, 16–27 de mayo de 2005).
388. Naciones Unidas, Foro Permanente de las Cuestiones Indígenas. Segunda Década Internacional de los Pueblos Indígenas. Resolución RES/59/174, adoptada el 12 de diciembre de 2004.
389. Organización Panamericana de la Salud. 138ª Sesión del Comité Ejecutivo. La salud de los pueblos indígenas de las Américas. Washington, DC: OPS; 2006. (CE138/13, Rev. 1).
390. Urrea F. La población afrodescendiente en Colombia. Los pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL; 2006.
391. Organización Panamericana de la Salud. Trabajando para alcanzar la equidad étnica en salud. Taller Regional para América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2004.
392. Organización Panamericana de la Salud. Informe de progreso sobre la familia y la salud. 46º Consejo Directivo. Washington, DC: OPS; 2005. (CD46/21).
393. Mackino J, Guanais FC, Souza MFM. An evaluation of impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Comm Health*. 2006;60:13–19.
394. Johnson K, Posner SF, Bierman J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, et al. Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care, United States. A Report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR Recommendations and Reports*. 2006 April;55(RR06):1–23.
395. Baptiste DR, Bhana A, Petersen I, Mc Kay, Voisin D, Bell C, et al. Community-collaborative youth focused HIV/AIDS prevention in South Africa and Trinidad: preliminary findings. *J Ped Psych*. 2006;31(9):905–16.
396. Organización Panamericana de la Salud. La familia y la salud. 44º Consejo Directivo. Washington, DC: OPS; 2003. (CD44/10).
397. Organización Panamericana de la Salud. La salud neonatal en el contexto de la salud de la madre. 47º Consejo Directivo. Washington, DC: OPS; 2006.
398. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de las Américas. Santiago de Chile: CEPAL; 2005.
399. Organización Panamericana de la Salud. Estimaciones de mortalidad en menores de 5 años e infantil en la región de las Américas. Washington, DC: OPS; 2005. Inédito.
400. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe 2005. Santiago de Chile: CEPAL; 2006. (LC/G.2311-P/B).
401. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Study Group. ¿Cuántas muertes infantiles se pueden evitar este año? *Lancet*. 2003;362:65–71.
402. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia. Nueva York: UNICEF; 2005.
403. Organización Panamericana de la Salud. La mortalidad por enfermedades transmisibles en la infancia en los países de la Región de las Américas. *Bol AIEPI*. 2000 junio; No. 4.
404. Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; Organización Panamericana de la Salud, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo infantil saludable. Serie FCH/CA 62(3). Washington, DC: OPS; 2001. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-pc.pdf>.
405. Huicho L, Davila M, Gonzales F, Drasbek C, Bryce J, Victora CG. Implementation of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy in Peru and its association with health indicators: an ecological analysis. *Health Policy Plan*. 2005;20:33–41.
406. Quijano AM, Drasbek C. Informe de evaluación de participación y movilización social, Distrito de Chao, Perú. Informe del proyecto. Washington, DC: OPS; 2007. Inédito.
407. Global Health Council. Commitments: youth reproductive health, the World Bank, and the Millennium Development Goals. Washington, DC: Global Health Council; 2004.
408. Naciones Unidas. Declaración de Compromiso sobre el VIH/sida. Asamblea General 26ª Sesión Especial, 5–27 de junio de 2001. Nueva York: NU; 2002.

409. Naciones Unidas. Un mundo apropiado para los niños. Asamblea General, 27ª Sesión, 8–10 de mayo de 2002. Nueva York: NU; 2002.
410. Estados Unidos, Population Reference Bureau. La juventud mundial. Washington, DC: PRB; 2006. Disponible en: [http://www.prb.org/pdf06/06WorldsYouth\\_SP.pdf](http://www.prb.org/pdf06/06WorldsYouth_SP.pdf).
411. Estados Unidos, Georgetown University, School of Foreign Service, Center for Latin American Studies. Pueblos indígenas, democracia y participación política. Acceso en septiembre de 2006. Disponible en: <http://pdba.georgetown.edu/IndigenousPeoples/demographics.html>.
412. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2004. Santiago de Chile: CEPAL; 2004.
413. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La juventud en Iberoamérica: tendencias y urgencias. Santiago de Chile: CEPAL; 2004.
414. United Nations Population Fund. State of World Population 2005 Report: The Promise of Equality Gender Equity, Reproductive Health and the Millennium Development Goals. Nueva York: UNFPA; 2005.
415. United Nations Population Fund. Overcoming gender disparities [sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/adolescents/gender.htm>. Acceso en julio de 2006.
416. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La vulnerabilidad reinterpretada, asimetrías, cruces y fantasmas. Santiago de Chile: CEPAL; 2002.
417. Rodríguez J. Migración interna en América Latina y el Caribe: estudio regional del período 1980–2000. Santiago de Chile: CELADE; 2004.
418. Estados Unidos, National Academies, National Research Council, Institute of Medicine. Growing up global: the changing transitions to adulthood in developing countries. Washington, DC: National Academy Press; 2005.
419. Kalmanovitz S. Emigración colombiana a los Estados Unidos: trasterritorialización de la participación política y socioeconómica. En: Macroeconomía y gasto público en economías de desarrollo intermedio: esquemas de reproducción kaleckianos y marxistas. agosto de 2006. Disponible en: <http://www.lablaa.org/blaavirtual/sociologia/guar-niz-1/perfil.html>.
420. Kliksberg B. O contexto da juventude na América Latina e no Caribe: as grandes interrogações. En: Thompson A. (ed.). Associando-se á juventude para construir o futuro. São Paulo: Fundación W. K. Kellogg; 2006. Pág. 21–58. Disponible en: <http://www.wkkf.org>.
421. Stanley J. Situación de la juventud indígena en Panamá [sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.gobernabilidad.cl>. Acceso en octubre de 2006.
422. Oficina Internacional del Trabajo. Tendencias mundiales del empleo juvenil. Ginebra: OIT; 2004.
423. Estados Unidos Agency for International Development. Country profile Caribbean region (April 2003). Acceso en julio de 2003. Disponible en: <http://www.synergyaids.com/summaries.asp>.
424. International Labor Organization, Inter-American Research and Documentation Center on Vocational Training. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/english/region/ampro/cinterfor/index.htm>. Acceso en julio de 2006.
425. World Health Organization, Family and Community Health; Department of Child and Adolescent Health and Development. Broadening the horizon: balancing risk and protection for adolescents. Ginebra: WHO; 2002.
426. Machinea JL. Panorama social de América Latina 2004 [presentación]. Disponible en: [http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/20386/Presentacion\\_ps04\\_JLM.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/20386/Presentacion_ps04_JLM.pdf).
427. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2002–2003. Santiago de Chile: CEPAL; 2003.
428. Jelin E, Díaz-Muñoz A. Major Trends Affecting Families: South America in Perspective. United Nations; 2003.
429. Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas de salud de las Américas, edición 2006. Washington, DC: OPS; 2006.
430. Organización Panamericana de la Salud, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. [Base de datos]. Washington, DC: OPS; 2005.
431. Jamaica, Ministry of Health. National HIV/STI Prevention and Control Program 2005. HIV/AIDS epidemic update: January to December 2004. Kingston: Ministry of Health; 2005.
432. Organización Mundial de la Salud. Control global de la tuberculosis. Informe OMS 2003. Ginebra: OMS; 2003.
433. Breinabuer C, Maddaleno M. Youth: choices and change: promoting healthy behavior in adolescents. Washington, DC: OPS; 2005. (Publicación científica y técnica 594).
434. Dietz WH. Childhood weights affect adult morbidity and mortality. *J Nutr.* 1998; 128(2supl):411–4.
435. Estados Unidos, Robert Wood Johnson Foundation; American Heart Association. Nation at risk: obesity in the US: a statistical sourcebook. 2005.
436. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health; United States Agency for International Development. Reproductive, maternal, and child health in Central America: trends and challenges facing women and children: El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua. Atlanta: CDC/USAID; 2005.
437. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Informe sobre la epidemia mundial de sida. Edición especial con motivo del décimo aniversario del ONUSIDA. Ginebra: ONUSIDA; 2006.

438. Calderon V. Foro nacional de prevención y atención de prevención y atención de adolescentes embarazadas. República Dominicana, Ministerio de Salud Pública; 2002.
439. Jamaica, National Family Planning Board. Reproductive Health Survey 2002. Kingston: NFPB; 2005.
440. Estados Unidos, Guttmacher Institute. Maternidad temprana en Nicaragua: un desafío constante. Resumen serie 2006, N°3.
441. Estados Unidos, Guttmacher Institute. Maternidad temprana en Honduras: un desafío constante. Resumen serie 2006, N°4.
442. Estados Unidos, Guttmacher Institute. Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante. Resumen serie 2006, N°5.
443. World Health Organization, Family and Community Health, Department of Child and Adolescent Health and Development. Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope. Ginebra: WHO; 2006.
444. El Salvador, Ministerio de Salud Pública. Estudio de línea de base de mortalidad materna. El Salvador: OPS; 2005.
445. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; Feb;192(2):342–9.
446. Halcon L, Blum RW, Beuhring T, Pate E, Campbell-Forrester S, Venema A. Adolescent health in the Caribbean: a regional portrait. *Am J Public Health.* 2003; Nov;93(11):1851–7.
447. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. 4th edition. Ginebra: WHO; 2004.
448. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC: OPS; 2003.
449. Palacio M. Violencia que afecta a los jóvenes: la magnitud en Colombia. En: Curso teoría enfoques y herramientas para la prevención de la violencia que afecta a los jóvenes. Bogotá: OPS; 2006.
450. Organización Panamericana de la Salud. La salud sexual y reproductiva: también un asunto de hombres. Buenos Aires: OPS; 2005.
451. Guatemala, Centro de Estudios de Guatemala. Las maras: ¿amenazas a la seguridad? Informe especial 2005. Disponible en: <http://www.laneta.apc.org/ceg>. Acceso en agosto de 2006.
452. Organización de Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Informe comparativo 7 países, encuestas escolares a nivel nacional: El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Uruguay, 2003. Washington, DC: OEA/ CICAD; 2004.
453. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Populations Prospects: The 2004 Revision. Nueva York: United Nations; 2005.
454. Organización Panamericana de la Salud, Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud, Unidad de Salud Mental y Programas Especializados. Salud del adulto mayor. Washington, DC: OPS; 2003. Inédito.
455. Albala C, Lebrao ML, León EM, Ham-Chande R, Hennis A, Palloni A, Pelaez M, Pratts O. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panamer Salud Publica.* 2005;17(5/6):307–22.
456. México, Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática; Estados Unidos, Universidades de Pennsylvania, Maryland y Wisconsin. Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). Disponible en: <http://www.mhas.pop.upenn.edu/>. Acceso el 17 enero de 2006.
457. Puerto Rico, Universidad de Puerto Rico. Condiciones de salud de los adultos mayores en Puerto Rico (PREHCO). Universidad de Puerto Rico; Universidad de Wisconsin-Madison; 2006. Disponible en: <http://prehco.rcm.upr.edu>. Acceso el 17 enero de 2006.
458. Costa Rica, Universidad de Costa Rica, Centro Centroamericano de Población. Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable (CRELES). Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/creles/>. Acceso el 17 enero de 2006.
459. Estados Unidos, Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics. Older Americans Update 2006: Key Indicators of Well-Being. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2006. Disponible en: <http://www.agingstats.gov>. Acceso el 17 de enero de 2006.
460. Canadá, Canadian Institutes of Health Research. Canadian Longitudinal Study on Aging. Disponible en: <http://www.cls-elcv.ca/>. Acceso el 17 enero de 2006.
461. Naciones Unidas. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/waa/a-conf-197-9b.htm>. Acceso el 17 de enero de 2006.
462. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: hacia una Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/14644/lcl2079e.pdf>. Acceso el 17 de enero de 2006.
463. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Ginebra: OMS; 2002. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02\\_8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02_8.pdf). Acceso el 17 de enero de 2006.
464. Organización Panamericana de la Salud. Seminario Sobre Políticas Sociales y Rehabilitación Integral en los Países del Cono Sur. Montevideo: OPS; 2002.

465. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ginebra: OMS; 2001.
466. Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria en Salud y Rehabilitación. Programa Regional de Rehabilitación OPS/OMS. Documento de trabajo. Managua: OPS; 2005.
467. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la discapacidad en las Américas. Programa Regional de Regional de Rehabilitación OPS/OMS. Documento de trabajo. Managua: OPS; 2004.
468. Organización Panamericana de la Salud. La discapacidad en Nicaragua: situación actual y perspectivas. Managua: OPS; 2005.
469. Chile, Fondo Nacional de la Discapacidad. Discapacidad en Chile. Pasos hacia un modelo integral de funcionamiento humano. Santiago de Chile; 2006.
470. Ecuador, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; Consejo Nacional de Discapacidad. Ecuador: La discapacidad en cifras. Quito; 2005.
471. Organización Panamericana de la Salud. La discapacidad en Panamá: situación actual y perspectivas. Panamá: OPS; 2005.
472. Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo Nacional de Población de. Informe preliminar cifras de población con discapacidad. Bogotá: DANE; 2006.
473. Argentina, Fundación Par. La discapacidad en Argentina. Un diagnóstico de situación y políticas públicas vigentes al 2005. Buenos Aires: Fundación Par; 2005.
474. Argentina, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. La población con discapacidad en Argentina. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI). 2005.
475. Montero F. El derecho a la salud y a la rehabilitación de las personas con discapacidades. Ginebra: OMS; 2006.
476. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2005. Santiago de Chile: CEPAL; 2005.
477. Organización Panamericana de la Salud, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Reunión sobre el control de las helmintiasis intestinales en el contexto de AIEPI: informe. Washington, DC: OPS; 2000.
478. Hurtado AM, Lambourne CA, James P, Hill K, Cheman K, Baca K. Human rights, biomedical science, and infectious diseases among South American indigenous groups. *Annu Rev Anthropol.* 2005 Oct;34:639–65.
479. Guyatt H. Do intestinal nematodes affect productivity in adulthood? *Parasitol Today.* 2000 Apr;16(4):153–8.
480. Crompton DW, Nesheim MC. Nutritional impact of intestinal helminthiasis during the human life cycle. *Annu Rev Nutr.* 2002;22:35–59.
481. Gyorkos, TW, Larocque R, Casapia M, Gotuzzo E. Lack of risk of adverse birth outcomes after deworming in pregnant women. *Pediatr Infect Dis J.* 2006 Sept;25(9):791–4.
482. Larocque R, Casapia M, Gotuzzo E, Gyorkos TW. Relationship between intensity of soil-transmitted helminth infections and anemia during pregnancy. *Am J Trop Med Hyg.* 2005 Oct;73(4):783–9.
483. Ehrenberg JP, de Merida AM, Sentz J. An epidemiological overview of geohelminth and schistosomiasis in the Caribbean. Washington, DC: PAHO; 2003.
484. World Health Organization. Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis. *Wkly Epidemiol Rec.* 2006 junio; 22:221–232. Disponible en: [http://www.filaria.org/pdfs/WER\\_81\\_2006\\_221-232.pdf](http://www.filaria.org/pdfs/WER_81_2006_221-232.pdf).
485. World Health Organization. Fifty-Fourth World Health Assembly Resolution, Provisional agenda item 13.3. Global Health Security: Epidemic alert and response. Ginebra: WHO; 2001.
486. Merianos A, Peiris M. International Health Regulations (2005). *Lancet.* 2005 Oct;366.
487. Organización Mundial de la Salud. Resolución 58.3. Revisiones del Reglamento Sanitario Internacional. 58ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/WHA58\\_3en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3en.pdf). Acceso el 24 de octubre de 2006.
488. Organización Panamericana de la Salud. Programa Regional de Alerta y Respuesta a Epidemias: trabajando para afrontar brotes de enfermedad en las Américas. 2006.
489. Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA56.19. Prevención y control de las pandemias y epidemias anuales de gripe. 56ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 2003.
490. Organización Panamericana de la Salud. Resolución. CD44.R8. Pandemia de influenza: preparación en el continente americano. 44º Consejo Directivo. Washington, DC: OPS; 2003.
491. United Nations. World Urbanization Prospects: The 2005 Revision. Nueva York: UN; 2006. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/WUP2005/2005wup.htm>. Acceso el 17 de enero de 2007.
492. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Helping prevent avian influenza in Latin America and the Caribbean. Rome: FAO; 2006. Disponible en: <http://www.fao.org/newsroom/en/news/2006/1000381/index.html>. Acceso el 11 de enero de 2007.
493. Organización Mundial de la Salud. Resolución 58.3. Revisiones del Reglamento Sanitario Internacional. 58ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2005.
494. Organización Mundial de la Salud. Plan mundial de la OMS de preparación para una pandemia de la influenza. Función y recomendaciones de la OMS para las medidas nacionales antes y durante las pandemias. (WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5). Disponible en: <http://www.who.int/csr/resources/>

- publications/influenza/WHO\_CDS\_CSR\_GIP\_2005\_5SP.pdf. Acceso el 16 de enero de 2007.
495. Meltzer MI, Shoemaker HA, Kownaski M, Crosby R. FluAid 2.0. Software and Manual to Aid State and Local-Level Health Officials Plan, Prepare and Practice for the Next Influenza Pandemic. Atlanta: CDC; 2000. Disponible en: <http://www.cdc.gov/flu/tools/fluaid/>.
496. Zhang X, Meltzer MI, Wortley P. FluSurge 2.0. Software to Estimate the Impact of an Influenza Pandemic on Hospital Surge Capacity. Atlanta: CDC; 2005. Disponible en: <http://www.cdc.gov/flu/tools/flusurge/>.
497. Praveen Dhankhar, Zhang X, Meltzer MI, Bridges CB. FluWorkLoss 1.0. Software and Manual to Aid State and Local Public Health Officials Estimating the Impact of an Influenza Pandemic on Work Day Loss. Atlanta: CDC; 2006. Disponible en: <http://www.cdc.gov/flu/tools/fluworkloss/>.
498. Organización Mundial de la Salud. Lista de verificación de la OMS del plan de preparación para una pandemia de influenza. Ginebra: OMS; 2005. (WHO/CDS/CSR/GIP/2005.4). Disponible en: [http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO\\_CDS\\_CSR\\_GIP\\_2005\\_4SPdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_4SPdf). Acceso el 16 de enero de 2007.
499. Glezen WP. Emerging Infections: Pandemic Influenza. *Epidemiologic Reviews*. 1996;18(1):64–76.
500. Knobler SL, Mack A, Mahmoud A, Lemon SM (eds). *The Threat of Pandemic Influenza: Are We Ready?* Washington, DC: National Academies Press; 2005.
501. World Health Organization. Outbreak News—Severe acute respiratory syndrome (SARS). *Wkly Epidemiol Rec*. 78(12); 81–8.
502. Canadá, Public Health Agency of Canada. Learning from SARS—Renewal of Public Health in Canada. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2003. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/>. Acceso el 15 de febrero de 2007.
503. World Health Organization. Consensus document on the epidemiology of severe acute respiratory syndrome (SARS). Ginebra: WHO; 2003. (WHO/CDC/CSR/GAR/2003.11). Disponible en: <http://www.who.int/csr/sars/guidelines/en/index.html>. Acceso el 15 de febrero de 2007.
504. Organización Mundial de la Salud. Yugulado el último brote de SRAS en China, persiste la preocupación respecto a la bioseguridad. Actualización n° 7 del 18 de mayo de 2004. Disponible en: [http://www.who.int/csr/don/2004\\_05\\_18a/en/index.html](http://www.who.int/csr/don/2004_05_18a/en/index.html). Acceso el 15 de febrero de 2007.
505. Singapore, Ministry of Health. Biosafety and SARS Incident in Singapore September 2003. Report of the Review Panel on New SARS Case and Biosafety. Disponible en: [http://www.moh.gov.sg/corp/sars/pdf/Report\\_SARS\\_Biosafety.pdf](http://www.moh.gov.sg/corp/sars/pdf/Report_SARS_Biosafety.pdf). Acceso el 15 de febrero de 2007.
506. Organización Panamericana de la Salud. EER Noticias: Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, Región de las Américas. Washington, DC: OPS; 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/eid-eer-2007-04-16.htm>. Acceso el 15 de febrero de 2007.

**APÉNDICE. Lista de las principales causas de muerte (CIE-10/LC)**

Total	A00-R99, V01-Y89
LC-01	Enfermedades infecciosas intestinales (A00-A09)
LC-02	Tuberculosis (A15-A19)
LC-03	Enfermedades transmitidas por vectores y rabia (A20, A44, A75-A79, A82-A84, A85, A90-A96, A98.0-A98.2, A98.8, B50-B57)
LC-04	Enfermedades inmunoprevenibles (A33, A37, A80, B01, B05, B06, B15, B16, B17.0, B18.0, B18.1, B18.9, B19, B26)
LC-05	Meningitis (A39, A87, G00-G03)
LC-06	Septicemia (A40-A41)
LC-07	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] (B20-B24)
LC-08	Neoplasia maligna del esófago (C15)
LC-09	Neoplasia maligna del estómago (C16)
LC-10	Neoplasia maligna del colon, sigmoide, recto y ano (C18-C21)
LC-11	Neoplasia maligna del hígado y de las vías biliares intrahepáticas (C22)
LC-12	Neoplasia maligna de la vesícula biliar y de otras partes de las vías biliares (C23, C24)
LC-13	Neoplasia maligna del páncreas (C25)
LC-14	Neoplasia maligna de la laringe (C32)
LC-15	Neoplasia maligna de la tráquea, de los bronquios y del pulmón (C33, C34)
LC-16	Melanoma y otras neoplasias malignas de la piel (C43, C44)

LC-17	Neoplasia maligna de la mama femenina (C50)
LC-18	Neoplasia maligna del útero (C53-C55)
LC-19	Neoplasia maligna del ovario (C56)
LC-20	Neoplasia maligna de la próstata (C61)
LC-21	Neoplasia maligna del riñón, excepto de la pelvis renal (C64)
LC-22	Neoplasia maligna de la vejiga urinaria (C67)
LC-23	Neoplasia maligna del encéfalo (C71)
LC-24	Neoplasia maligna del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines (C81-C96)
LC-25	Neoplasias benignas, in situ y de comportamiento incierto (D00-D48)
LC-26	Diabetes mellitus (E10-E14)
LC-27	Desnutrición y anemias nutricionales (D50-D53, E40-E64)
LC-28	Trastornos de los líquidos, de los electrolitos y del equilibrio ácido-básico (deshidratación) (E86-E87)
LC-29	Demencia y enfermedad de Alzheimer (F01, F03, G30)
LC-30	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (F10-F19)
LC-31	Enfermedad de Parkinson (G20)
LC-32	Epilepsia y estado de mal epiléptico (G40, G41)
LC-33	Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas (I05-I09)
LC-34	Enfermedades hipertensivas (I10-I15)
LC-35	Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)
LC-36	Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar (I26-I28)
LC-37	Trastornos valvulares no reumáticos (I34-I38)
LC-38	Cardiomiopatía (I42)
LC-39	Paro cardíaco (I46)
LC-40	Arritmias cardíacas (I47-I49)
LC-41	Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas del corazón (I50-I51)
LC-42	Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)
LC-43	Aterosclerosis (I70)
LC-44	Aneurisma y disección aórticos (I71)
LC-45	Enfermedades respiratorias agudas excepto influenza y neumonía (J00-J06, J20-J22)
LC-46	Influenza y neumonía (J10-J18)
LC-47	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47)
LC-48	Edema pulmonar y otras enfermedades respiratorias que afectan el intersticio (J80-J84)
LC-49	Insuficiencia respiratoria (J96)
LC-50	Apendicitis, hernia y obstrucción intestinal (K35-K46, K56)
LC-51	Cirrosis y otras enfermedades del hígado (K70-K76)
LC-52	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)
LC-53	Enfermedades del sistema urinario (N00-N39)
LC-54	Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)
LC-55	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)
LC-56	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)
LC-57	Accidentes de transporte terrestre (V00-V89)
LC-58	Caídas accidentales (W00-W19)
LC-59	Disparo de armas de fuego no intencional (W32-W34)
LC-60	Ahogamiento y sumersión accidentales (W65-W74)
LC-61	Accidentes que obstruyen la respiración (W75-W84)
LC-62	Envenenamiento accidental (X40-X49)
LC-63	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) (X60-X84)
LC-64	Agresiones (homicidios) (X85-Y09)
LC-65	Eventos de intención no determinada (Y10-Y34)
LC-88	Resto
LC-99	Causas mal definidas (R00-R99)



# Capítulo 3

## DESARROLLO SOSTENIBLE Y SALUD AMBIENTAL

Una de las principales responsabilidades del sector salud es la protección del bienestar público mediante el aseguramiento de un ambiente físico y social saludable, que posibilite el desarrollo humano sostenible —es decir, el mejoramiento de las condiciones materiales para responder a las necesidades de la actual generación, sin comprometer la respuesta a las necesidades de generaciones futuras— y que proteja a las personas más vulnerables de la sociedad. Para tal fin, el sector salud necesita colaborar con otros sectores—ambiente, trabajo, agricultura y educación, entre otros. Asimismo, las comunidades locales, los países y las alianzas internacionales deberán, individual y colectivamente, monitorear y contrarrestar las muchas causas del deterioro ambiental. Las inequidades —en educación, empleo, salud y derechos políticos— afectan la susceptibilidad de las personas a los impactos ambientales negativos y pueden resultar en cargas de enfermedad y de muerte significativas. Otros factores que también influyen son la globalización, la reforma del Estado, la privatización de los servicios, las características del mercado de trabajo y la urbanización descontrolada. Existe consenso de que el desarrollo humano sostenible depende tanto de la reducción de la pobreza como de la protección y promoción de la salud.

En América Latina y el Caribe, el desafío consiste en la armonización de los objetivos del desarrollo, la salud y el ambiente con los de la equidad social, lo cual requerirá, entre otras medidas, la formulación de políticas efectivas de desarrollo urbano. Vale el ejemplo del agua y saneamiento: al crecer, las poblaciones urbanas aumentan proporcionalmente las demandas de provisión de servicios de agua potable, sistemas de alcantarillado y disposición de desechos sólidos. Desigualdades entre el centro y la periferia de las ciudades y entre las áreas urbanas y rurales con respecto al acceso a esos servicios y a la exposición a factores de riesgo ambiental exacerbaban la vulnerabilidad de los pobres.

El crecimiento acelerado y desordenado del sector industrial causa directamente la contaminación biológica, química y física; provoca aumentos en el transporte y el consumo de energía; genera más desechos,

y hace inadecuada su disposición. La industrialización, aunada a los efectos negativos atribuidos en años recientes al cambio climático, está contribuyendo al deterioro del ambiente y de la calidad de vida y salud de la población. Los procesos de producción —las explotaciones mineras, petroleras y agrícolas (las que emplean agroquímicos en los cultivos), los hospitales, centros de salud y laboratorios, las plantas de energía y la industria manufacturera— son los mayores generadores de desechos químicos y residuos sólidos peligrosos. El consumo de bienes y servicios son un gran desafío a la gestión ambiental en términos del control de riesgos y la promoción de salud.

Ya que la residencia y el lugar de trabajo son los ambientes principales de las personas, las condiciones adecuadas vivenciales y laborales son tan importantes para garantizar la buena salud como lo es el ambiente general. Un problema serio es el de las comunidades rurales, donde los pobres están más expuestos a riesgos de salud, sobre todo aquellos que viven en zonas endémicas de enfermedades transmitidas por vectores —Chagas, malaria, dengue y fiebre amarilla. Otros problemas se relacionan con los cambios en el perfil del trabajo y en la población trabajadora provocados por la globalización, la integración regional, la liberalización del comercio y la modificación de políticas sociales, las cuales impactan sobre las condiciones de vida y la salud de los trabajadores y conducen a mayores inequidades. Al respecto, las proporciones cada vez más grandes de niños y ancianos integrados a la fuerza laboral constituyen una creciente preocupación.

Además del aumento de la pobreza, la inequidad social y la urbanización, la fragmentación y desintegración de estructuras familiares y comunitarias contribuyen a ambientes poco saludables, que favorecen a su vez estilos de vida no saludables y comportamientos de riesgo en todas las etapas de la vida. Al mismo tiempo, persisten los problemas de mortalidad causada por la desnutrición de madres y niños, infecciones y la falta de acceso a bienes y servicios. Existe una relación directa entre la dieta inadecuada y las enfermedades crónicas: tanto las deficiencias como los excesos nutricionales contribuyen a una doble carga de enfermedad que afectan a la población de todas las edades. Las tendencias crecientes en los estilos de vida y comportamientos de riesgo —el consumo de tabaco, alcohol y drogas y varias formas de violencia y accidentes— subrayan la necesidad crítica de estrategias de promoción de la salud.

Los países de la Región reconocen la intrínseca relación entre la salud y el ambiente. Para favorecer esa relación en sus expresiones más positivas —en suma, para prevenir y controlar los efectos adversos del ambiente sobre la salud— han acordado concentrar sus esfuerzos en cinco áreas principales: la intersectorialidad, la descentralización de responsabilidades, los sistemas de información, la participación social y el cumplimiento de compromisos acordados en conferencias internacionales. Están en marcha distintos esfuerzos para monitorear y evaluar la salud ambiental, desarrollar políticas saludables sostenibles a largo plazo,

buscar alianzas, desarrollar recursos humanos, establecer legislación adecuada con respecto al consumo de bienes y servicios y llevar a cabo intervenciones directas. Se está enfatizando el fortalecimiento de las capacidades normativas, reglamentarias y resolutivas de las autoridades nacionales de salud; el fortalecimiento de instituciones ambientales existentes y la redefinición de sus funciones y organización; y el establecimiento de fondos para proteger el ambiente y mitigar los efectos deletéreos sobre la salud causados por los desequilibrios ambientales. Dos grandes respuestas a las necesidades de la población en esta área son la iniciativa regional de escuelas promotoras de salud y la estrategia de municipios y comunidades saludables.

## LA SALUD Y EL AMBIENTE

En las últimas décadas, las desigualdades en materia de condiciones de vida y de salud en las Américas se han ido acentuando, y las relacionadas con la salud ambiental no constituyen una excepción. Se observan desigualdades importantes no solo en los efectos sobre la salud o el acceso a los servicios, sino también en la exposición a riesgos ambientales en cada territorio y grupo de población. Se estima que 24% de la carga mundial de morbilidad y 23% de todas las defunciones pueden atribuirse a factores relacionados con el ambiente (1). En los países en desarrollo el porcentaje de mortalidad atribuible a causas ambientales es de 25%, y en los desarrollados de 17%.

La salud ambiental es el resultado de la interacción de factores que operan en distintos niveles de agregación y en el marco de procesos complejos, que van más allá de los componentes tradicionales biológicos, físicos y químicos del medio ambiente. Para su mejor comprensión, la salud ambiental se puede contextualizar usando como referencia el marco de los factores determinantes de la salud (figura 1). Según este marco, hay una serie de factores determinantes estructurales de carácter social, económico, político, ambiental, tecnológico y de biología humana, algunos relacionados entre sí y en importante interacción con el sistema de salud. Estas relaciones dan lugar a su vez a factores determinantes intermedios que generan condiciones de vida deficientes, riesgos y peligros ambientales, y cambios en los estilos de vida y comportamiento, como consecuencia de los cuales se modifican los niveles de esperanza de vida, se producen enfermedades, daños, discapacidades y muertes, y se ve alterado el bienestar de la población.

El deterioro socioeconómico de la Región, especialmente el aumento de la pobreza y la inequidad, la rápida urbanización, y la fragmentación y desintegración de las estructuras familiares y comunitarias contribuyen a crear ambientes poco saludables que a su vez conllevan estilos de vida y comportamientos de riesgo a

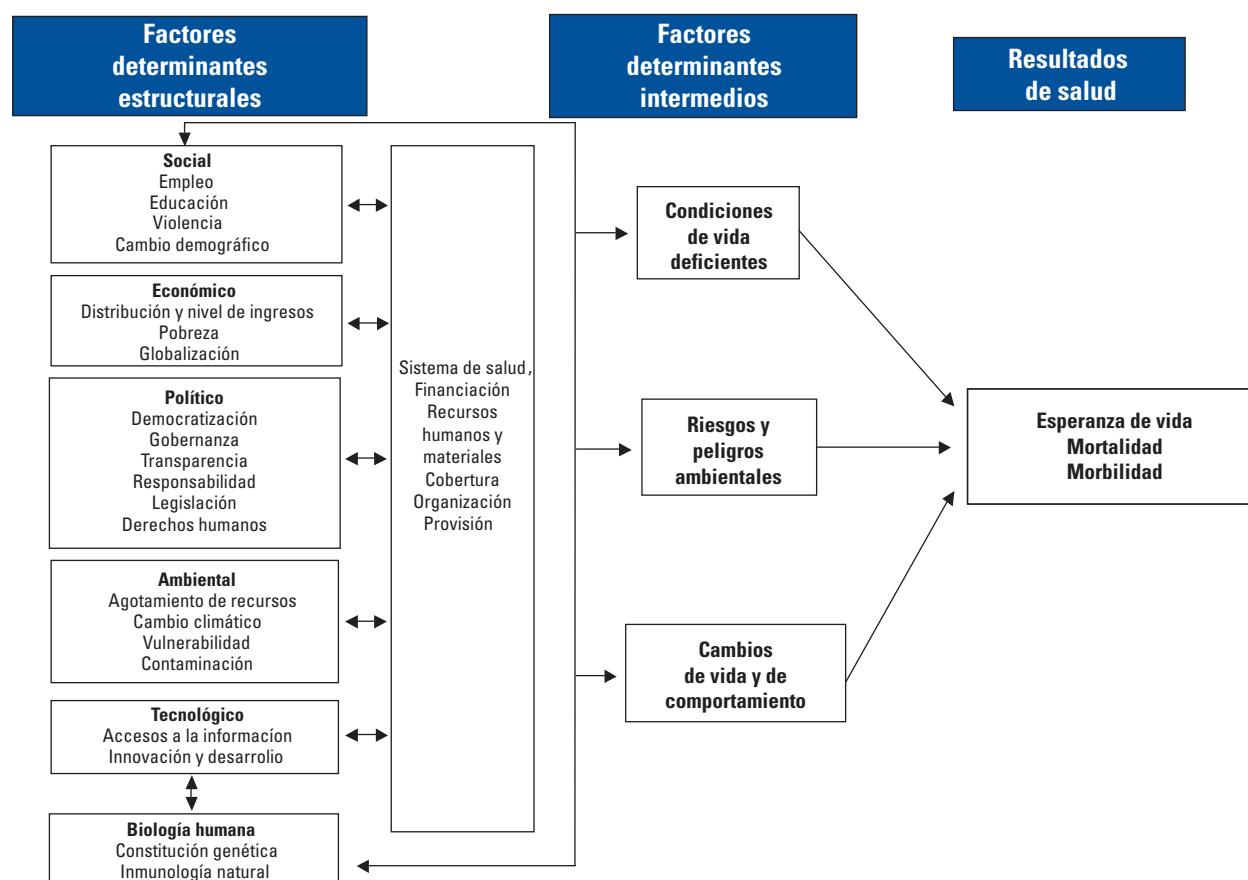
lo largo del ciclo vital. Coexisten en estas condiciones problemas ancestrales de mortalidad materna e infantil por desnutrición, infecciones y falta de acceso a bienes y servicios básicos, así como problemas relacionados con el tabaquismo, el alcoholismo, la violencia, la infección por el VIH/sida y algunos aspectos de la seguridad vial (2).

En la Región de las Américas se han caracterizado desigualdades en materia de salud ambiental en diferentes estados de desarrollo, de manera que pueden identificarse grupos específicos con mayor vulnerabilidad. Algunas de estas desigualdades se observan en las zonas rurales y de ecosistemas relativamente preservados, donde habitan poblaciones tradicionales (por ejemplo indígenas, afrodescendientes, buscadores de oro, o pescadores), o en zonas más desarrolladas con poblaciones de trabajadores agrícolas. Otras desigualdades se presentan en zonas urbanas donde viven los grupos más pobres y marginados (por ejemplo, las “favelas” brasileñas), que suelen hallarse más próximas a residuos peligrosos o contaminadas por ellos, o bien las poblaciones de trabajadores de las industrias más contaminantes.

Muchos problemas de salud continuarán agravándose debido al deterioro de las condiciones de vida a causa de la inseguridad vial, el ruido, la escasa cobertura de agua potable y el saneamiento inadecuado, la eliminación incorrecta de desechos, la contaminación química, el tabaquismo y los riesgos físicos asociados con el hacinamiento urbano. Los problemas originados en asentamientos urbanos y viviendas superpobladas facilitan la propagación de enfermedades infecciosas y contribuyen en gran medida al aumento del uso de drogas ilícitas y la violencia. El crecimiento urbano ha debilitado la capacidad de muchas municipalidades y gobiernos locales para la prestación de servicios básicos de salud.

El crecimiento urbano también significa mayor dependencia de los sistemas de transporte, que a su vez generan contaminación adicional y riesgo de lesiones. La contaminación del aire, tanto ambiental como del interior (incluido el ambiente de tra-

FIGURA 1. La salud y sus factores determinantes: interacciones entre la salud y el ambiente.



Fuente: Loyola E. Progress on Children's Environmental Health in the Americas. International Conference for the Evaluation of Global Health Strategies. Florence, Italy; 2006.

bajo), seguirá siendo la principal causa de infecciones respiratorias, asma e infecciones respiratorias agudas, en particular en los niños, y de enfermedades respiratorias crónicas en las mujeres y ancianos. En América Latina, más de 300 millones de personas viven en grandes ciudades, donde la exposición a material particulado y a otros contaminantes aéreos pone en riesgo sus vidas.

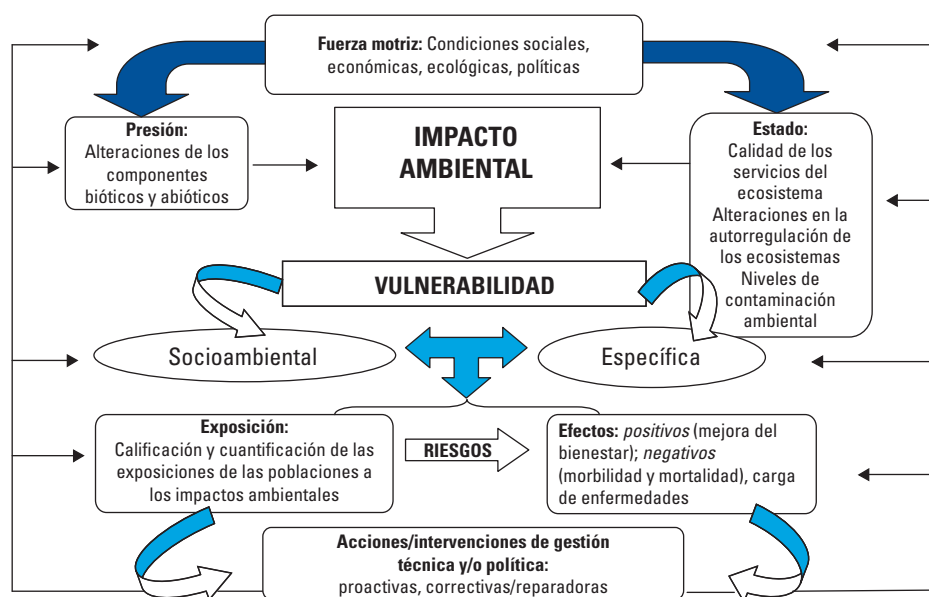
La globalización del comercio, los desplazamientos humanos y los aspectos culturales pueden tener repercusiones tanto positivas como negativas sobre la salud. Un elevado comercio de servicios y productos nocivos para la salud y el ambiente se intercambia, y la migración masiva de poblaciones plantea adicionales amenazas mundiales para la salud. Enfermedades transmisibles como la tuberculosis se están propagando cada vez más a otras naciones desarrolladas, donde afectan a las personas más vulnerables y pobres.

La preocupación por la inocuidad de los alimentos, referida tanto a sustancias químicas como a microorganismos, es cada vez mayor. En muchas partes del mundo, la creciente incidencia de las enfermedades transmitidas por los alimentos ha sido evi-

dente durante el decenio pasado. También son preocupantes las consecuencias directas e indirectas para la salud de la aplicación de biotecnología a la producción de alimentos. El aumento del comercio de alimentos trae beneficios en cuanto a asegurar regímenes seguros y nutritivos, pero también podría contribuir a una mayor difusión de intoxicaciones e infecciones alimentarias. La promoción de las normas para la inocuidad de los alimentos y las pautas internacionales tienen la posibilidad de promover la salud y el comercio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) están trabajando en conjunto para mejorar la vigilancia, el monitoreo y las metodologías de evaluación de riesgos relacionados con los alimentos.

En respuesta a la situación existente, y tomando en cuenta la diversidad socioambiental de América Latina y el Caribe, el Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y la Fundación Oswaldo Cruz del Brasil (FIOCRUZ), basados en el modelo FPPEEA

**FIGURA 2. Diagrama de interacciones para la gestión de la salud ambiental.**



**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud; Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente; Fundación Oswaldo Cruz. GEO-Salud. En búsqueda de herramientas y soluciones integrales a los problemas de medio ambiente y salud en América Latina y el Caribe. México, 2005.

(fuerza motriz, presión, estado, exposición, efecto sobre la salud humana y acción, también conocido como DPSEEA por sus siglas en inglés), han diseñado una estrategia metodológica (Geo-Salud) que facilita la evaluación y monitoreo de la salud ambiental, y permite el desarrollo de políticas saludables sostenibles a largo plazo y la solución o prevención de los problemas (3). La estrategia provee un modelo de análisis multicausal entre las dimensiones biofísicas, espacio-temporales y sociales del ecosistema en el que se aplica la evaluación.

La diferenciación del problema en distintas etapas le da al esquema de análisis que se propone suficiente flexibilidad como para adaptarse a las necesidades de información de los distintos niveles de gestión. Sea cual fuere el nivel en que se aplique, este enfoque metodológico deberá permitir la identificación de las alteraciones ambientales que están afectando negativamente a la salud humana, y el mapeo de riesgos y la evaluación de vulnerabilidades en relación con los impactos ambientales. La información obtenida ayudará a definir las acciones de control necesarias para detener los efectos de esos impactos y revertirlos. Finalmente, si es posible, la evaluación integral debería además prever cuáles serían las consecuencias de no ejecutar acciones a corto y mediano plazo, a fin de sensibilizar a los responsables de las políticas sobre la necesidad de actuar de manera intersectorial, no solo en la evaluación del problema, sino también en la búsqueda de soluciones (figura 2).

La respuesta a los problemas ambientales puede darse mediante la reducción del riesgos específicos, tales como el mejora-

miento de la calidad del agua o las alternativas al uso de plaguicidas. También puede darse mediante la modificación de los determinantes intermedios y estructurales que inciden sobre la salud, a partir de las estrategias de promoción de la salud, reducción de la pobreza y desarrollo sostenible, orientadas al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Entre las contribuciones específicas del sector salud merecen destacarse las estrategias regionales de municipios y comunidades saludables, y la iniciativa de escuelas promotoras de la salud.

La justicia ambiental se presenta como una herramienta para responder a las desigualdades y se concibe como “un conjunto de principios y prácticas que aseguran que ningún grupo social soporte una carga desproporcionada de las consecuencias ambientales negativas de operaciones económicas, decisiones políticas y de programas federales, estatales y locales, así como la ausencia u omisión de tales políticas, permitiendo el acceso justo y equitativo a los recursos del país, acceso a informaciones relevantes para las comunidades afectadas y grupos vulnerables, favoreciendo la construcción de modelos alternativos y democráticos de desarrollo” (4, 5).

En forma coincidente con estos conceptos, la OPS y los Estados Miembros proponen afrontar todo lo referente al medio ambiente y a la salud con acciones orientadas por la justicia ambiental así definida, y con políticas públicas e institucionales sobre salud y ambiente que respondan a enfoques intersectoriales amplios. Entre las primeras se pueden incluir la elaboración de mapas de vulnerabilidad socioambiental que permitan iden-

tificar poblaciones objetivo; la ejecución de programas de educación, acceso a la información y formación de liderazgo comunitario en zonas vulnerables; la participación en los procesos de licenciamiento ambiental desde el análisis de riesgo hasta la construcción de escenarios futuros, aplicando donde sea pertinente los principios de prevención; la limpieza de zonas contaminadas por productos peligrosos; y la elaboración de planes maestros de infraestructura en un marco de ecología urbana y espacios saludables. Entre las segundas se pueden incluir la demarcación de tierras y la creación de reservas; la adopción de políticas de incentivos a la producción agrícola familiar y agroecológica; la ejecución de programas de derechos humanos y políticas antidiscriminatorias; el fomento del turismo comunitario, y la generación y uso de energías alternativas. El futuro de la población actual y de las generaciones venideras dependerá de cómo se proceda en la gestión y desarrollo de un ambiente sostenible y saludable.

### AGUA, SANEAMIENTO Y DISPOSICIÓN SANITARIA DE RESIDUOS SÓLIDOS

El saneamiento forma parte integral de la salud, el desarrollo y las estrategias de reducción de la pobreza. El saneamiento básico es el conjunto de acciones que se ejecutan en el ámbito del ecosistema humano para el mejoramiento de los servicios de abastecimiento de agua y la disposición sanitaria de aguas residuales y excretas, el manejo de los residuos sólidos, la higiene domiciliar y el uso industrial del agua, en un contexto político, legal e institucional en el que participan diversos actores del ámbito nacional, regional y local. Este conjunto de acciones mantiene una interrelación permanente entre la gestión del saneamiento básico y la salud pública. Varios países de la Región integran la gestión de estos aspectos en sectores que incluyen el ordenamiento territorial, el medio ambiente y la vivienda. La articulación ulterior entre estos sectores y el de la salud resulta fundamental para el logro del desarrollo sostenible.

En el tratamiento de los subtemas de acceso de la población al suministro de agua potable, al saneamiento y a la disposición sanitaria de residuos sólidos, los respectivos servicios suelen integrar el saneamiento básico, y todo ello se analiza aquí en el contexto de los Objetivos del Milenio, de la salud pública y de los beneficios económicos en materia de salud, calidad y sostenibilidad de los servicios, contexto que también abarca las situaciones críticas y de emergencia que se manifiestan en América Latina y el Caribe.

En septiembre de 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, 189 Estados Miembros, de los cuales 147 estaban representados por jefes de Estado y de Gobierno, adoptaron la Declaración del Milenio, que estableció los ODM. La Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el período de 2005 a 2015 Decenio Internacional para la Acción, bajo el lema “El agua, fuente de vida” (6), que comenzó el 22 de marzo de 2005, coinci-

*“En el pasado, y con demasiada frecuencia aún hoy en día, el abastecimiento público de agua ha dado origen a morbilidad y mortalidad causadas por enfermedades tales como la tifoidea, la disentería, las diarreas y el cólera. Un abastecimiento seguro de agua es absolutamente esencial, y debe figurar entre las primeras medidas permanentes adoptadas por la comunidad a fin de proteger su salud.”*

Hugh Cumming, 1933

diendo con el Día Mundial del Agua, y exhortó a dar una respuesta coordinada para lograr el cumplimiento de los ODM en materia de agua y saneamiento, y a sentar las bases para seguir avanzando en los años siguientes, sin dejar de lado la necesidad de mejorar la equidad en el acceso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios, incluida la protección de los recursos hídricos.

El Decenio Internacional para la Acción contribuirá a que los objetivos mundiales se centren en acciones orientadas a mejorar la equidad en el acceso a los servicios de agua y saneamiento, a fin de alcanzar los objetivos internacionales proyectados en materia de agua, contenidos en el Programa 21 y su plan de acción local, en la Declaración del Milenio, y en el Plan de Aplicación de Johannesburgo. Esto es importante para América Latina y el Caribe, donde una de cada cuatro personas carece de acceso a agua y saneamiento, mientras que en las zonas y comunidades de la Región más afectadas por las desigualdades socioeconómicas, esa carencia afecta a una de cada dos personas.

El Comentario General No. 15 de las Naciones Unidas sobre el derecho al agua, adoptado en noviembre de 2002 por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, marca un hito en la historia de los derechos humanos. Por primera vez, se reconoce explícitamente el agua como un derecho humano fundamental y se establece así la obligación de los gobiernos de asegurar progresivamente que todos tengan acceso a agua potable segura, en forma equitativa y sin discriminación. El Comentario señala que “el derecho humano al agua otorga derecho a todos a contar con agua suficiente, a precio asequible, físicamente accesible, segura y de calidad aceptable para usos personales y domésticos”. En consecuencia, los Estados Miembros reconocen que el agua debe ser tratada como un bien cultural y social, y no como un bien económico (7), y esta perspectiva representa un cambio respecto del enfoque adoptado en diversos foros internacionales realizados en la década de 1990, cuando se consideraba el agua como una mercancía.

Existe un fuerte movimiento social en defensa del agua como derecho humano y bien común, que se puso de relieve en el IV Foro Mundial del Agua reunido en la Ciudad de México a fines de marzo de 2006 (8). Sin embargo, y pese a las fuertes polémicas desatadas, la declaración final del Foro no reconoce como derecho humano el acceso al agua. Solamente los Gobiernos de Boli-

via, Cuba, Uruguay y Venezuela acordaron una declaración en ese sentido. Paralelamente, organizaciones sociales de más de 40 países organizaron un foro alternativo en el que denunciaron que para muchos gobiernos y empresas el agua potable es solo una de tantas mercancías y no un derecho fundamental que garantiza la sobrevivencia.

Para lograr los ODM en materia de agua y saneamiento, se debe ejercer un intenso cabildeo ante las autoridades de salud. El derecho al agua potable no se alcanzará solamente con enfoques económicos, sino que requiere también una fuerte convicción moral de respeto a tres valores fundamentales: la libertad, la equidad y la solidaridad con los más desposeídos.

### Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el monitoreo de sus metas

El Programa Conjunto de Monitoreo (PCM, o JMP, según sus siglas en inglés) OMS/UNICEF para el Abastecimiento de Agua y Saneamiento evalúa los progresos de los ODM en lo concerniente al cumplimiento de la meta 10 (reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable y a servicios de saneamiento). Se basa en encuestas domiciliarias y en censos de población realizados en los países, y tiene como propósito principal monitorear las tendencias y programas, fortalecer la capacidad de vigilancia, e informar acerca de la situación del sector en materia de políticas nacionales e internacionales. Solo cuando este tipo de datos no se encuentran disponibles, el PCM utiliza la información procedente de las empresas prestadoras de estos servicios en los países. Dada la dificultad actual de efectuar mediciones rutinarias y rápidas sobre la calidad de los servicios de agua potable y saneamiento, el PCM utiliza dos indicadores de acceso o cobertura: el porcentaje de la población (urbana y rural) que utiliza fuentes mejoradas de agua potable, y el porcentaje de la población (urbana y rural) que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento.

De acuerdo con el PCM, agua potable es la que se utiliza con fines domésticos, incluida el agua para consumo e higiene. El Programa considera que si se necesitan más de 30 minutos para ir hasta una fuente de agua y volver de ella en zonas rurales, se tiende a utilizar menos cantidad de agua que la requerida para cubrir las necesidades básicas. Los instrumentos de monitoreo en uso no toman en cuenta los costos, la continuidad del servicio ni la calidad del agua en la fuente u hogar. Las “fuentes mejoradas de agua potable” pueden estar ya contaminadas o, ante la falta de conexión domiciliaria o de continuidad del servicio, el agua puede contaminarse durante el transporte o en el almacenamiento inadecuado en el domicilio. Por ello, la población que dispone de agua segura, como lo requiere la meta 10 de los ODM, es probablemente mucho menor que la que accede a “fuentes mejoradas de agua” (cuadro 1). Para superar estas limitaciones, el PCM aplica una metodología para la evaluación rápida de la calidad del agua en siete países de diferentes regiones, incluida Nicaragua en América Latina.

En Nicaragua, el estudio de evaluación rápida de la calidad del agua potable se llevó a cabo de 2004 a 2005. El estudio destacó la importancia de la sensibilización del personal de campo y de las comunidades en cuanto a la calidad del agua y cómo la interacción entre ambos había contribuido a la mejor educación ambiental. Por medio de esta metodología, se obtuvieron resultados con gran nivel de confianza y con representatividad en función de las tecnologías utilizadas en el suministro de agua y su distribución geográfica a lo largo y ancho del país. El resultado más claro de la evaluación es haber confirmado que existe un problema nacional grave en relación con la calidad del agua que consume la población de Nicaragua. El informe final de 2005 (9) señala que la contaminación del agua potable con arsénico puede estar más expandida geográficamente de lo que se suponía, y que la contaminación fecal a nivel domiciliario es también mayor.

Más adelante, en el apartado referido a la equidad en el acceso sostenible a los servicios de saneamiento básico, se analiza con

**CUADRO 1. Opciones tecnológicas en indicadores para el monitoreo de la meta 10 de los ODM.**

Agua potable		Saneamiento	
Mejoradas	No mejoradas	Mejoradas	No mejoradas
Conexión domiciliaria	Pozo no protegido	Conexión a alcantarillado	Letrina pública
Pileta pública	Manantial no protegido	Conexión a tanque séptico	Letrina de pozo
Pozo perforado	Vendedores ambulantes	Letrina de sifón	Letrina de cubo
Pozo excavado protegido	Agua embotellada	Letrina de pozo simple	Defecación abierta
Manantial protegido	Camiones cisterna	Letrina de pozo ventilado	
Agua de lluvia	Fuentes superficiales	Letrina compostera	

Nota: El PCM considera que con el uso de las tecnologías mejoradas es más probable disponer de cantidad adecuada de agua potable y tener privacidad y uso higiénico que con las tecnologías no mejoradas. Se considera al agua embotellada como fuente no mejorada si es la única disponible o se usa junto con otra fuente no mejorada de agua.

Fuente: Evaluación de medio término del Programa Conjunto de Monitoreo (PCM) del abastecimiento de agua y saneamiento de la OMS y UNICEF. OMS/UNICEF, 2004.

mayor detalle el resultado del monitoreo de la meta 10 relativa a agua y saneamiento, realizado por el PCM. Es probable que el cumplimiento de la meta 10 del ODM 7 no se logre en todos los países de la Región, en especial en las zonas rurales, y sobre todo en lo relativo a saneamiento, debido al mayor déficit que es necesario cubrir. A pesar de los compromisos asumidos por los líderes de los países, el financiamiento necesario para su cumplimiento no ha fluido como se esperaba. En la mayoría de los países aún es preciso realizar reajustes tarifarios que garanticen la sostenibilidad económica y financiera de las entidades que prestan los servicios, crear sistemas de subsidios eficaces para grupos de bajos ingresos, y aplicar cabalmente los marcos regulatorios. Adicionalmente a la inestabilidad macroeconómica y al déficit estructural de las finanzas públicas, las reformas en este sector hasta ahora no han tenido el éxito esperado. El siguiente quinquenio, sin embargo, augura mejores condiciones.

Las orientaciones de desarrollo del sector de residuos sólidos en América Latina y el Caribe deben incorporar las metas del Programa 21 y de los ODM relacionadas con la cobertura universal para 2025, el mejoramiento de las condiciones de vida de 100.000.000 de personas en 2020, el derecho de la población a recibir servicios apropiados, y el logro de la equidad; asimismo, deben promover la constitución formal de un sector de disposición de residuos sólidos —tal como existen los sectores de agua y saneamiento—, el reordenamiento de la gestión de residuos sólidos, el establecimiento de leyes para el sector, y el fortalecimiento de la rectoría, la regulación, la gestión municipal, la coordinación institucional, la sostenibilidad y la participación de la sociedad civil y la iniciativa privada.

“Mejorar el manejo y desarrollo de los recursos hídricos es un factor crítico para lograr el cumplimiento más amplio del conjunto de Objetivos de Desarrollo del Milenio [ . . . ] reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir las principales enfermedades.”

*“Health, dignity, and development: what will it take?”*

*Informe final del equipo de trabajo en agua y saneamiento del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas.*

### Saneamiento básico y salud pública

El Foro Mundial sobre Agua, Saneamiento e Higiene para Todos, realizado en Dakar (Senegal) en 2004, asocia en forma explícita el mejoramiento de la gestión de los residuos sólidos con el logro de los ODM en materia de agua, saneamiento y asentamientos humanos. El logro de la meta 10 es un eje vital para alcanzar las demás metas relacionadas con la salud y el desarrollo. El acceso al suministro de agua y a los servicios de saneamiento contribuye con el logro de otros objetivos, como los de mitigar la pobreza, el hambre y la desnutrición, y es fundamental para sal-

vaguardar la salud de las personas, reducir la mortalidad infantil, promover la igualdad entre los géneros y administrar y proteger los recursos naturales.

Indudablemente, contar con servicios de agua y saneamiento es un requisito indispensable para el mejoramiento de las condiciones de salud de la población en general, pero reviste especial importancia en el caso de los niños y las mujeres, así como de los grupos para los cuales las desigualdades en salud, además de la prestación de servicios, constituyen una realidad latente. En los países más pobres de la Región, los niños son víctimas inocentes porque no se protege su derecho a servicios adecuados de agua potable y saneamiento. La pobreza, que supone viviendas precarias y vecindarios insalubres, aumenta la exposición de los niños a múltiples amenazas para su salud. En el período 2000–2005, la mortalidad atribuible a diarreas agudas en niños menores de 5 años fue de 3,7%, y la subregión andina fue la más afectada, con 7,8% (figura 3).

Las enfermedades diarreicas y las parasitosis se encuentran entre las primeras causas de morbilidad en menores de 5 años en las Américas, y esto incide en tres indicadores de salud: la esperanza de vida al nacer, la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años y la tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años. Para mostrar el impacto del agua y el saneamiento sobre la salud, se ha clasificado (por el método de los conglomerados en un programa informático para análisis estadístico) a los países de las Américas en seis fases de desarrollo, de acuerdo con la relación existente entre la salud (medida por los indicadores antes citados), el agua y saneamiento, y el grado de desarrollo. El cuadro 2 presenta los resultados de esta clasificación y muestra que a mejor cobertura de agua y saneamiento, mejores niveles de desarrollo humano y de salud. Haití, por ejemplo, que presenta los niveles más bajos de cobertura en agua y saneamiento, tiene también los peores niveles en cuanto al índice de desarrollo humano (IDH) y la mortalidad en niños menores de 5 años, en contraste con Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay, entre otros, que presentan los mejores niveles.

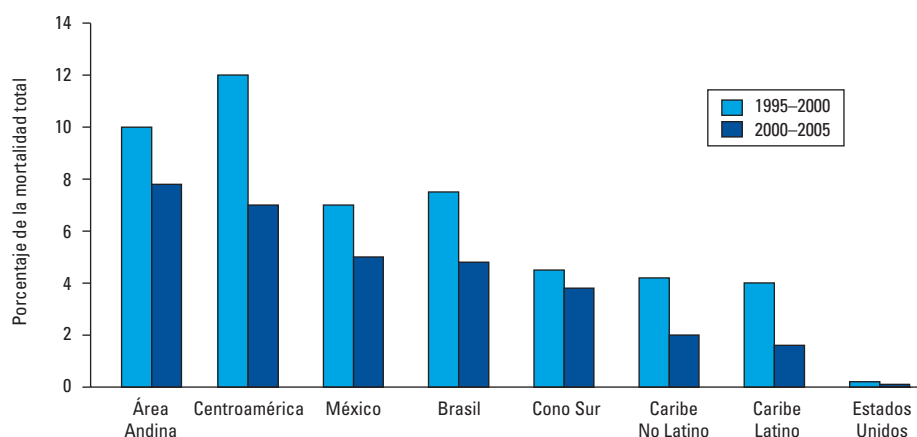
La figura 4 muestra la relación recíproca entre el acceso al agua y el saneamiento y la mortalidad en menores de 5 años en los países de la Región.

La falta de infraestructura de saneamiento adecuada, las descargas de aguas residuales domésticas sin tratamiento en cuerpos receptores, así como el mal funcionamiento de los sistemas de saneamiento in situ (tanques sépticos y letrinas) que contaminan principalmente las aguas subterráneas, crean enormes problemas de salud pública en las Américas. El riego con aguas residuales se ha asociado con la transmisión de enfermedades entéricas, tales como el cólera y la fiebre tifoidea, aun en zonas donde no son endémicas. Otras enfermedades de tipo gastrointestinal, como la disentería, la giardiasis e incluso la hepatitis infecciosa, pueden propagarse a través de las verduras contaminadas.

En los países de América Latina y el Caribe existe una alta correlación entre el Índice de Desarrollo Humano (IDH) y la



**FIGURA 3. Mortalidad en menores de 5 años por enfermedades diarreicas agudas por subregión, Región de las Américas, 1995–2005.**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Área de Desarrollo Sustentable y Salud Ambiental.

**CUADRO 2. Países de las Américas, agrupamientos por nivel de desarrollo en salud.<sup>a</sup>**

Países	Nivel de desarrollo en salud	Índice de desarrollo humano <sup>b</sup>	Esperanza de vida al nacer <sup>c</sup> (años)	Cobertura de agua potable <sup>d</sup> (%)	Cobertura de saneamiento <sup>d</sup> (%)	Desnutrición crónica en menores de 5 años <sup>c</sup> (%)	Mortalidad en menores 5 años <sup>c</sup> (por 1.000 nacidos vivos)
Haití	1	47,5	51,6	71,0	34,0	23,0	117,0
Bolivia y Guyana	2	70,3	63,6	84,0	57,5	19,0	66,5
Honduras, Guatemala	3	66,5	67,5	92,5	64,5	39,0	43,0
Belice, República Dominicana	4	75,1	69,5	92,0	52,0	12,0	35,5
Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Venezuela	5	77,0	72,0	86,4	75,1	15,5	26,8
Antigua y Barbuda, Barbados, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Estados Unidos, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Uruguay	6	84,3	75,7	96,2	94,7	5,8	11,9

**Fuentes:**

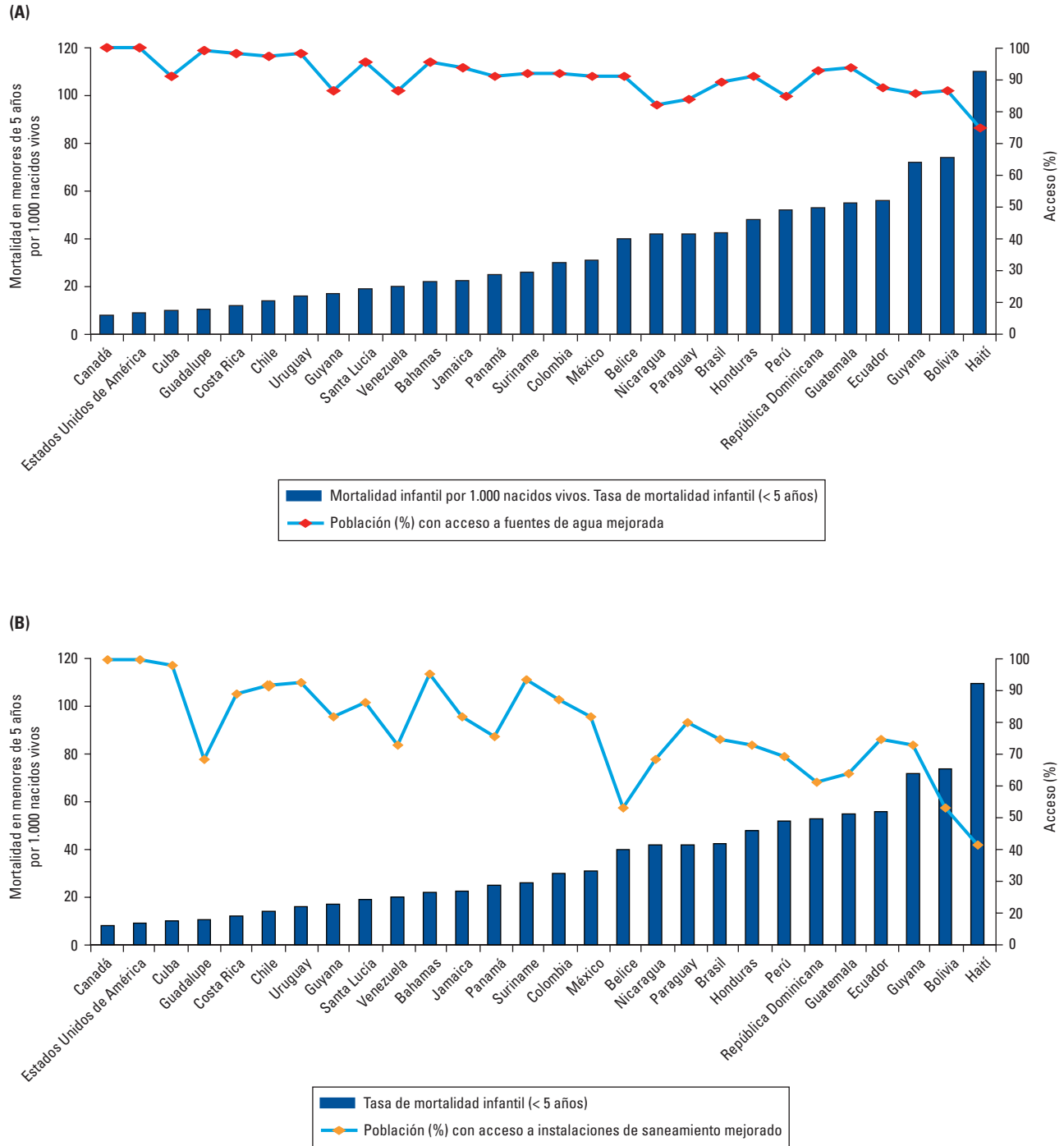
<sup>a</sup>Países agrupados según indicadores seleccionados similares, ordenados por nivel de salud de menor a mayor.

<sup>b</sup>Informe sobre Desarrollo Humano 2004, PNUD. Valores promediados por grupo de países.

<sup>c</sup>Indicadores Básicos 2001, OPS/OMS.

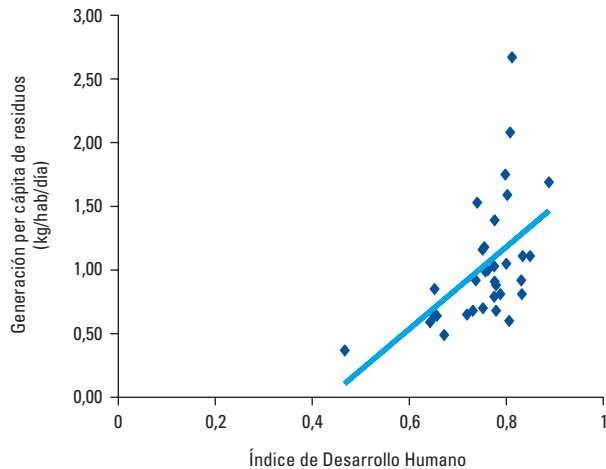
<sup>d</sup>Joint Monitoring Program. Water and sanitation data result for Latin America and the Caribbean; 2002.

**FIGURA 4. Correlación entre el acceso a los servicios de agua (A) y los servicios de saneamiento (B) y la mortalidad en menores de 5 años, por país, Región de las Américas.**



**Fuentes:** Adaptado de Otterstetter H, Galvão LA, Witt V, et al. Health equity in relation to safe drinking water supply. In: Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau. 2001. pp. 99–114, con base en datos de (i) OPS. Indicadores de salud en las Américas 2003 y (ii) PCM. Alcanzar los ODM en agua potable y saneamiento. Evaluación de mitad de período de los progresos realizados. 2004.

**FIGURA 5. Correlación entre el Índice de Desarrollo Humano y la generación de residuos sólidos en América Latina y el Caribe.**



**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud. Informe de la evaluación regional de los servicios de manejo de residuos sólidos municipales en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2005.

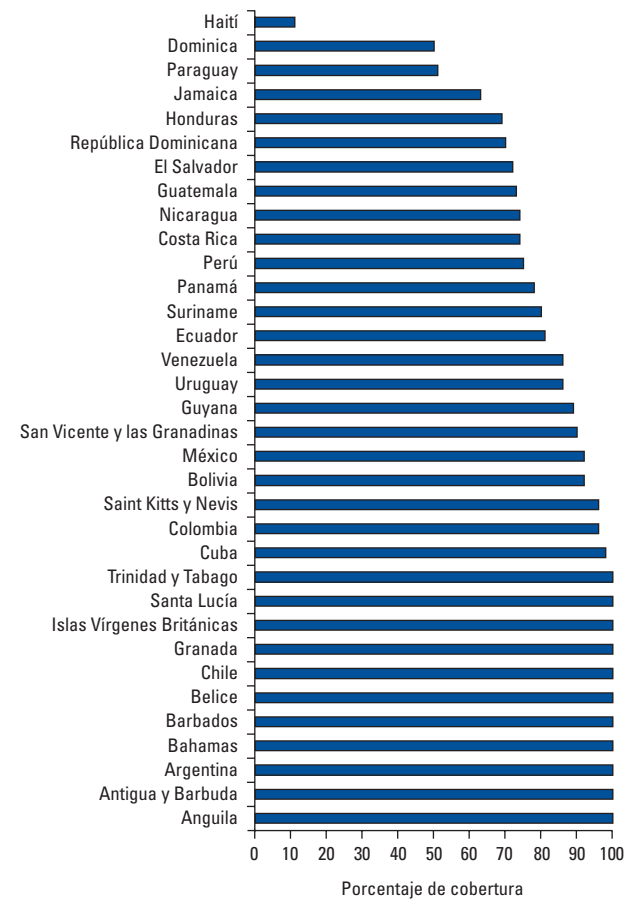
generación de residuos sólidos (figura 5). Naciones como Bolivia, Granada, Guatemala, Haití, Honduras y Nicaragua, con un IDH menor de 0,7, generan menos de 0,6 kg/habitante/día, mientras que la Argentina, el Uruguay y los países del Caribe Inglés, con un IDH mayor de 0,8, producen más de 1,0 kg/habitante/día. Comparativamente, la generación per cápita de residuos sólidos en países industrializados de la Región es de 2,0 kg/habitante/día en los Estados Unidos y de 1,9 kg/habitante/día en el Canadá.

La generación per cápita de residuos sólidos municipales o urbanos varía según el tamaño del núcleo poblacional. En los núcleos poblacionales grandes (más de 201.000 habitantes), el promedio regional ponderado para los residuos domésticos es de 0,88 kg/habitante/día y la generación de residuos municipales es de 1,09 kg/habitante/día. En los núcleos medianos (de 51.000 a 200.000 habitantes) los valores correspondientes son de 0,58 kg/habitante/día y 0,75 kg/habitante/día, respectivamente, y en los núcleos poblacionales pequeños (hasta 50.000 habitantes), de 0,54 kg/habitante/día y 0,52 kg/habitante/día. Los valores promedio para la Región son de 0,79 kg/habitante/día y 0,91 kg/habitante/día, respectivamente.

Como se aprecia en la figura 6, las coberturas de recolección varían bastante entre los países: en la Argentina y Chile, por ejemplo, la cobertura en el ámbito nacional es de alrededor de 100%, mientras que en la República Dominicana es de 70%, y en el Paraguay, de 51%. Los países del Caribe Inglés se caracterizan por una cobertura de recolección cercana a 100%, con la excepción de Dominica, con 50%.

Como se ilustra en el cuadro 3, la generación, almacenamiento, recolección, segregación, reciclaje y disposición inadecuada

**FIGURA 6. Cobertura promedio de recolección de residuos sólidos en los países de América Latina y el Caribe.**



**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud. Informe de la evaluación regional de los servicios de manejo de residuos sólidos municipales en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2005.

de residuos sólidos en la Región afectan a la salud y al ambiente. Las afecciones asociadas incluyen las enfermedades gastrointestinales, parasitarias, respiratorias, dermatológicas, degenerativas, infectocontagiosas, alérgicas y de las mucosas, así como las intoxicaciones, las enfermedades transmitidas por vectores, los accidentes laborales y los trastornos mentales. Los principales grupos expuestos son: la población que carece de sistemas de almacenamiento o recolección adecuados, los trabajadores del sector de residuos sólidos, las personas que se dedican a la segregación de la basura, los que consumen carne de ganado porcino criado en sitios de disposición final de residuos, los que reutilizan envases y la población cercana a los sitios de disposición final o quema de residuos sólidos. Los efectos ambientales asociados incluyen la exposición a residuos peligrosos; la proliferación de vectores; la contaminación del suelo, el aire, el agua y los alimentos; el deterioro del paisaje; la reutilización de envases de productos químicos; la alimentación de ganado con residuos

**CUADRO 3. Problemas ambientales y de salud asociados al manejo inadecuado de los residuos sólidos, países de América Latina y el Caribe.**

Fase de manejo de residuos sólidos	Problema ambiental	Riesgos para la salud	Grupo de población expuesta
Generación y almacenamiento inadecuados	Peligro ambiental por materiales peligrosos o potencialmente peligrosos, de uso cotidiano y doméstico Proliferación de vectores (insectos, ratas, roedores y organismos patógenos) Contaminación de alimentos Malos olores	Enfermedades gastrointestinales Intoxicaciones de infantes y mascotas Dengue Zoonosis	Población carente de sistemas adecuados de almacenamiento, de recolección, o de ambos
Disposición inadecuada en la vía pública	Proliferación de vectores (insectos, ratas, roedores y microorganismos patógenos) Contaminación del aire por quema de residuos sólidos Contaminación de aguas superficiales por vertido de desechos Contaminación de alimentos Malos olores Deterioro del paisaje	Enfermedades gastrointestinales y respiratorias	Población carente de servicios adecuados de recolección
Recolección, transporte, almacenamiento en plantas de transferencias	Deterioro del paisaje Malos olores Ruidos	Enfermedades respiratorias, gastrointestinales y dermatológicas Enfermedades y accidentes laborales (problemas ergométricos, de tránsito, por heridas con arma cortopunzantes y por tracción)	Población general Trabajadores formales e informales del sector de la limpieza urbana, incluida la recolección de residuos
Segregación y reciclaje	Reutilización de envases y contenedores de productos químicos Alimentación con ganado vacuno o porcino con residuos orgánicos insalubres Aplicación de compost contaminado al suelo	Enfermedades respiratorias, gastrointestinales y dermatológicas; enfermedades y accidentes laborales; enfermedades crónico-degenerativas, trastornos mentales, alcoholismo y drogadicción. Intoxicaciones	Segregadores Población que adquiere productos en envases reusados Consumidores de carne vacuna y porcina de animales criados en los basureros o con restos orgánicos de la basura
Tratamiento y disposición final	Contaminación del suelo Contaminación del aire por quema Contaminación de aguas superficiales y de las aguas subterráneas Modificación de los sistemas de drenaje (alcantarillas públicas, canales y cauces de los ríos) Deterioro del paisaje Incendios Alteración de ecosistemas silvestres	Enfermedades infectocontagiosas y parasitarias; enfermedades alérgicas, de las vías respiratorias, de la piel y mucosas; enfermedades y accidentes laborales; enfermedades crónico-degenerativas; problemas de salud mental (alcoholismo y drogadicción); dengue; enfermedades emergentes	Población adyacente a los lugares de disposición final Sectores poblacionales periurbanos donde se acumulan o queman desechos Trabajadores formales e informales del sector

**Fuente:** Informe de la evaluación regional de los servicios de manejo de residuos sólidos municipales en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2005.

**CUADRO 4. Costo/beneficio de escenarios de intervención en agua y saneamiento en América Latina y el Caribe.**

Escenarios (Acceso y nivel de servicio para 2015)	Costo anual <sup>a</sup>	Beneficio anual <sup>a</sup>	Relación costo/ beneficio
1. Reducir en 50% el déficit de acceso a agua	171	2.199	12,8
2. Reducir en 50% el déficit de acceso a agua y saneamiento (según la meta 10 de los ODM con indicadores del PCM)	788	9.635	12,2
3. Reducir en 100% el déficit en agua y saneamiento	1.577	22.532	14,3
4. Acceso universal a agua y saneamiento (escenario 3) más desinfección del agua en punto de uso	1.937	38.129	19,7
5. Acceso universal a sistemas regulados de agua y saneamiento. Tratamiento del agua y de aguas residuales	14.085	69.223	4,9

<sup>a</sup>En millones de US\$ del año 2000.

**Fuente:** Hutton G, Heller L. Evaluation of the costs and benefits of water and sanitation improvements at global level. Geneva: WHO; 2004.

sólidos; la producción de compost contaminado, y la modificación de los sistemas de drenaje. El porcentaje de segregadores de residuos sólidos en la Región que son niños y mujeres supera el 50% (10).

### Saneamiento básico como beneficio económico en salud

La OMS ha llevado a cabo estudios para estimar los costos y beneficios relacionados con el cumplimiento de la meta 10 de los ODM y compararlos en cinco escenarios (cuadro 4). Los estudios incluyeron datos epidemiológicos, demográficos y económicos de diversas fuentes internacionales, de cobertura y costos del PCM del año 2000, y de costos recurrentes en la literatura especializada y en proyectos diversos. El impacto de las intervenciones en agua y saneamiento se midió en términos de la reducción de casos de enfermedad o muerte relacionados con diarreas infecciosas y los ahorros correspondientes de tratamiento para el sector salud y para los pacientes; los valores relacionados con muertes e incapacidades evitadas; el tiempo ahorrado al no necesitar atención médica o no tener que acarrear agua, etcétera. El tiempo ahorrado se refleja en la productividad, la asistencia escolar y la calidad de vida.

Los países de América Latina y el Caribe se incluyeron en tres grupos según sus características epidemiológicas (cuadro 5).

En el cuadro 4 y la figura 7 se consolidan los resultados informados. De ellos se puede considerar que:

- El escenario 2 presenta el análisis del costo/beneficio para dar cumplimiento a la meta 10, según indicador del PCM, aunque parecería una buena opción incluir el manejo de la calidad del agua en el hogar (escenario 4), por tener la mejor

**CUADRO 5. Países de las Américas, según estrato de mortalidad.**

Estrato de mortalidad	Países
A <sup>a</sup>	Canadá, Cuba, Estados Unidos
B <sup>b</sup>	Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Granada, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela
D <sup>c</sup>	Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú

<sup>a</sup>Mortalidad infantil muy baja y baja mortalidad en adultos.

<sup>b</sup>Mortalidad infantil y en adultos baja.

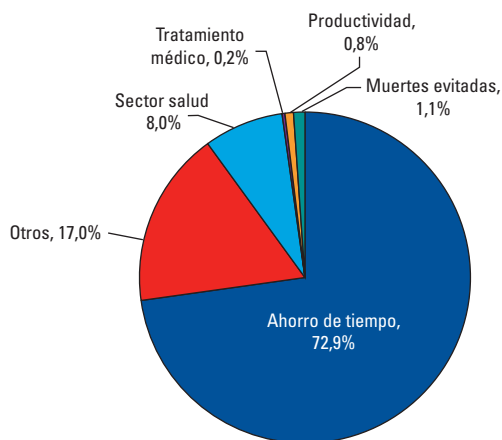
<sup>c</sup>Mortalidad infantil y en adultos alta.

**Fuente:** Hutton G, Heller L. Evaluation of the costs and benefits of water and sanitation improvements at global level. Geneva: WHO; 2004.

relación costo/beneficio y un buen beneficio adicional. Esto debería hacerse en forma paralela, sin sacrificar la búsqueda de acceso universal a servicios regulados con tratamiento de agua potable y de aguas residuales, en armonía con la necesidad de efectuar un manejo integral de las fuentes de agua, y para beneficio del cumplimiento del conjunto de los ODM.

- Si bien existe un beneficio para el sector salud con estas intervenciones, la mayor parte del beneficio es por ahorro de tiempo, que puede traducirse en logros para sectores como educación, agricultura, industria, turismo, etc. Para estimar

**FIGURA 7. Beneficio estimado de las intervenciones en agua y saneamiento asociadas con el escenario 2<sup>a</sup>, meta 10 de los ODM en América Latina y el Caribe, según indicador del PCM.**



<sup>a</sup>Véase el cuadro 4.

Fuente: Hutton G., Heller L. Evaluation of the costs and benefits of water and sanitation improvements at global level. Geneva: WHO; 2004.

el valor de este tiempo, resultaría útil contar con estudios económicos en ámbitos nacionales y locales.

- La financiación de las intervenciones puede provenir de diversos sectores, pero el sector salud puede desempeñar un papel clave en la preparación de programas informáticos (por ejemplo, de educación sanitaria para producir cambios de comportamiento), y contribuir con pruebas y análisis para mejorar la toma de decisiones de otros sectores en beneficio de las poblaciones más vulnerables.

La privatización de los sistemas de agua se realizó durante la década de 1990, en el contexto del modelo de desarrollo conocido como el “Consenso de Washington”. Este modelo —construido sobre los pilares del mercado libre, la austeridad fiscal y la privatización de los servicios públicos— sostiene que el mercado libre, sin la interferencia del Estado y de la corrupción, puede transformar las economías de los países en desarrollo. Los organismos internacionales de crédito han preconizado este modelo en las reformas del Estado que han impulsado, como solución a los problemas de financiamiento inadecuado para la infraestructura y a la ineficiencia en los sistemas de agua, saneamiento y otros servicios públicos. En ocasiones, dichos organismos han impuesto la privatización como prerrequisito para los préstamos que otorgan; hasta que ésta no se concreta, los países afectados suelen padecer escasez de capitales en el sector público encargado de la provisión de agua, lo cual empeora la capacidad operativa de los servicios.

Casi todos los países han puesto o están por poner en práctica alguna forma de participación privada en los sistemas de agua. Las modalidades de privatización varían en función de los países

y de las características particulares de sus respectivos servicios sanitarios, y van desde simples tercerizaciones de las operaciones y el mantenimiento hasta la gestión integral de la provisión de agua y saneamiento. Actualmente, se hace hincapié en la calidad de los servicios y los países están adoptando posiciones programáticas al respecto.

### Equidad en el acceso sostenible a los servicios de saneamiento básico

Entre 1990 y 2004, la población en América Latina y el Caribe pasó de 441,5 millones a 553,7 millones. Al mismo tiempo, el porcentaje de población con acceso a servicios de agua pasó de 83% a 91% y el de población con acceso a servicios de saneamiento aumentó de 68% a 77%. En la evaluación de los servicios de agua potable y saneamiento 2000 en las Américas, se consigna una producción promedio de 600 m<sup>3</sup>/seg de aguas residuales, de las cuales 14% recibían tratamiento pero solo 6% eran aceptables. Esta situación no ha cambiado mucho en la actualidad. Según la evaluación regional de los servicios de manejo de residuos sólidos de 2001, los núcleos urbanos producían alrededor de 369.000 toneladas de residuos sólidos municipales por día, de los cuales 56% lo generaban los grandes centros urbanos, 21% los centros urbanos medianos y 23% los centros urbanos pequeños.

En el caso del agua potable, en promedio, para 2004 se logró reducir el déficit de 1990 (línea de base para los ODM) en 8 puntos porcentuales, de 17% de déficit en 1990 a 9% en 1994 (3 puntos porcentuales, de 7% a 4%, en el ámbito urbano; y 15 puntos porcentuales, de 42% a 27% de déficit, en el ámbito rural), mientras que la reducción total requerida para cumplir con la meta 10 en 2015 es de 9 puntos porcentuales (4 en el ámbito urbano, de 93% en 1990 a 97% con acceso en 2015, y 21 puntos porcentuales en el ámbito rural, de 58% en 1990 a 79% en 2015), según los indicadores definidos y utilizados por el PCM para el monitoreo global (cuadro 6). De acuerdo con esta tendencia, es factible que una parte de los países de la Región logren cumplir con la meta, mientras que en otros países será necesario intensificar las acciones e innovar (figura 8).

En general, al comparar la cobertura de agua potable en las zonas urbanas de la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe en 2004 (11) teniendo en cuenta las tendencias de crecimiento entre 1990 y 2015, cabe esperar que, salvo en el caso de Haití, no existirá mayor problema en alcanzar la meta 10 de los ODM para 2015 referida al indicador de cobertura, pero será necesario insistir en el mejoramiento y monitoreo de indicadores de calidad de servicio en continuidad, calidad, cantidad y costo. Se requerirá mayor esfuerzo en las zonas rurales de países como Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, Haití, Nicaragua, Paraguay y Perú, en los cuales el déficit de cobertura en calidad y cantidad ha sido históricamente inequitativo. Según el informe del PCM (11), en algunos países no se registraron datos y por ese motivo no se graficaron.

**CUADRO 6. Acceso a fuentes mejoradas de agua potable en América Latina y el Caribe.**

Área	Millones de habitantes				Proporción de la población (%)							
	2004				Con acceso						Déficit de acceso	
	Con acceso		Sin acceso	Total	1990	2004			Proyección para 2015 <sup>c</sup>	Meta para 2015 <sup>d</sup>	1990	2004
	Hogar <sup>a</sup>	Otros <sup>b</sup>				Hogar <sup>a</sup>	Otros <sup>b</sup>	Total				
Urbana	378,7	25,3	16,8	420,8	93	90	6	96	98	97	7	4
Rural	59,8	37,2	35,9	132,9	58	45	28	73	83	79	42	27
Total	438,5	62,5	52,7	553,7	83	80	11	91	97	92	17	9

<sup>a</sup>Acceso al servicio de agua a través de conexión domiciliaria directa.

<sup>b</sup>Otros accesos a través de pilas públicas, fuentes públicas y pozos protegidos.

<sup>c</sup>Proyección del acceso hasta 2015, según tendencia en el período 1990 y 2004.

<sup>d</sup>Proyección con base en cumplimiento de meta 10 del ODM 7, según indicador del PCM.

**Fuente:** Evaluación de medio término del Programa Conjunto de Monitoreo (PCM) del abastecimiento de agua y saneamiento de OMS y UNICEF (2006).

Las desigualdades entre las zonas urbanas y rurales son bastante notorias. Según el PCM, de los 53 millones de personas que no cuentan con suministro de agua potable en la Región, la mayor proporción (más de 68%) vive en las zonas rurales. En la figura 9 se presenta la distribución del déficit por subregión. Como puede apreciarse, entre el Brasil y los países del Área Andina se distribuye 66% de la población sin agua, y algo similar ocurre con respecto a los servicios de saneamiento, con más de 127 millones de personas sin acceso a instalaciones mejoradas.

Aunque los niveles de cobertura son más deficitarios en saneamiento básico que en agua potable, la proporción de población sin acceso a agua potable es seis veces mayor en la zona rural que en la zona urbana, y tres veces y media mayor para saneamiento. Esto es más crítico aún si consideramos que en las zonas rurales las condiciones en que se presta el servicio no se ajustan a los requisitos de calidad del agua, y las instalaciones de saneamiento muchas veces no se utilizan según lo planificado. La dispersión de las comunidades rurales es el problema principal para la provisión de servicios, aún más que las diferencias entre los niveles de ingreso que puede haber entre estas comunidades. En países como el Brasil y el Perú, por ejemplo, aun las familias urbanas más pobres presentan mayores niveles de conexión domiciliaria que las familias rurales con el mayor gasto per cápita (figura 10) (12).

En el Perú, existe una desigualdad en la provisión de servicios de agua y saneamiento —especialmente de saneamiento—, que hace que los más pobres tengan el menor porcentaje de acceso a agua y saneamiento (figura 11). En la cobertura de saneamiento, la diferencia entre el quintil más pobre y el más rico es de 68 puntos, y en la desnutrición infantil, es de 30 puntos.

La población de los asentamientos informales en zonas urbano-marginales de la Región se estima en más de 127 millones de personas (cerca de 32% de la población urbana) (13). Se trata, por lo general, de familias numerosas que viven y se desarrollan en condiciones de pobreza, hacinamiento y vulnerabilidad. La falta de acceso a los servicios de agua potable hace que esta población recurra a fuentes de agua no seguras, como son los vendedores informales que proveen agua de dudosa calidad a

precios más altos que los que pagan quienes poseen conexión a la red pública.

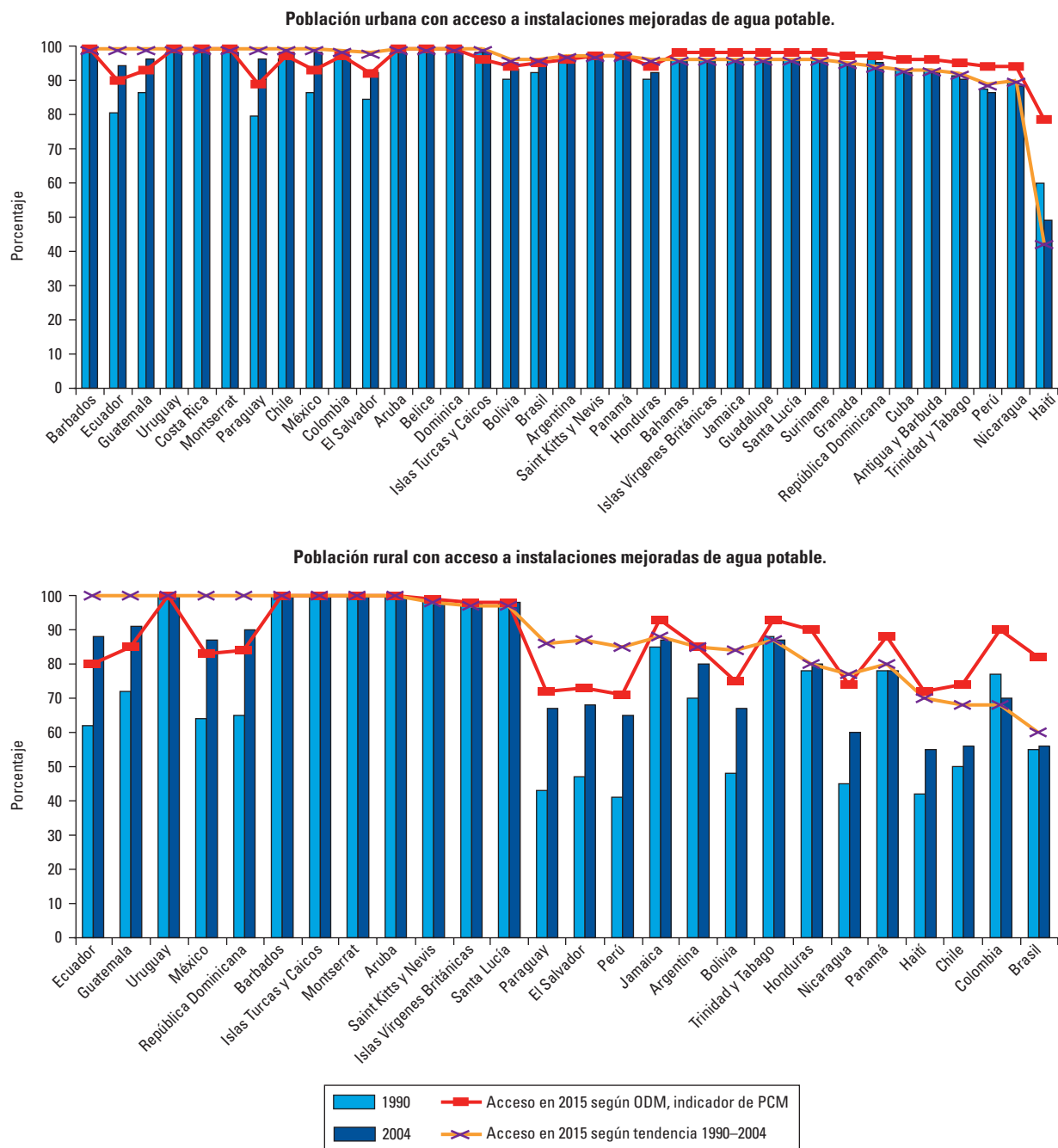
En el caso del saneamiento, en promedio, para 2004 solo se logró reducir el déficit de 1990 en 9 puntos porcentuales, de 32% de déficit en 1990 a 23% en 2004 (13 puntos porcentuales en el ámbito rural y 9 en el ámbito urbano), mientras que la reducción total requerida para cumplir con la meta 10 en 2015, según los indicadores del PCM (cuadro 7), es de 17 puntos porcentuales (32 en el ámbito rural y 10 en el ámbito urbano). Los servicios de saneamiento presentan mayor retraso que los de provisión de agua potable, de manera que en la mayoría de los países será necesario intensificar las acciones e idear nuevas estrategias para cumplir con las metas de acceso al saneamiento planteadas para 2015 (figuras 12 y 16).

Las tendencias del crecimiento de la cobertura en saneamiento entre 1990 y 2015 indican que para 2004, en el nivel urbano, varios países de América Latina y el Caribe (11), entre ellos Bolivia, Brasil, El Salvador, Nicaragua y Perú, tendrán dificultades en alcanzar la meta 10 de los ODM para 2015 referente al indicador de cobertura, y deberán realizar un esfuerzo importante en cuanto al financiamiento de obras y el mantenimiento de la infraestructura. Los mayores problemas para alcanzar la meta 10 se observan en las zonas rurales, sobre todo en países como Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, Haití, Jamaica, Nicaragua, Panamá y Perú.

La figura 13 presenta las diferencias (inequidades) en la cobertura de disposición de excretas que existe en las zonas urbanas y rurales de América Latina y el Caribe; México es el país que presenta la mayor diferencia entre la cobertura urbana y la rural (51%). En contraste, Barbados, Costa Rica y Granada son los que presentan menores diferencias entre la cobertura rural y la urbana.

La figura 14 presenta el grado de exclusión en las zonas rurales y urbanas en las Américas. En el caso de Suriname, por cada poblador urbano sin servicio de saneamiento existen cerca de ocho pobladores rurales sin el mismo servicio. Por lo contrario, en el caso de Costa Rica y Venezuela, el grado de exclusión es mayor en la zona urbana que en la zona rural.

**FIGURA 8. Tendencias en el acceso a agua potable en países de América Latina y el Caribe, según indicadores definidos por el PCM.**



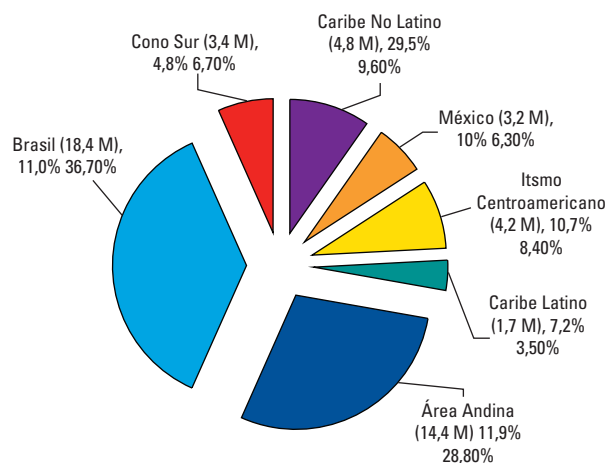
Fuente: Evaluación de medio término del Programa Conjunto de Monitoreo (PCM) del abastecimiento de agua y saneamiento de OMS y UNICEF. OMS/UNICEF, 2006.

Al utilizar el coeficiente de Gini y la curva de Lorenz para estimar la inequidad en la cobertura de saneamiento entre los países de las Américas (figura 15), se observa que 47,5% de la población acumula 86,5% de la deuda sanitaria, además de un grado de desigualdad inaceptable (coeficiente de Gini = 0,53).

A pesar de los avances realizados, persisten limitaciones en los servicios de agua y saneamiento para una parte importante de la población. En efecto, 127 millones de personas (23%) no tienen acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento. El análisis por subregiones pone de relieve que el déficit es más acentuado en los



**FIGURA 9. Población en millones (M) sin acceso a fuentes mejoradas de agua potable, por países o subregiones, América Latina y el Caribe.**



**Nota:** La figura representa en su conjunto los 53 millones de habitantes en América Latina y el Caribe sin acceso a fuentes mejoradas de agua. Población (% a la izquierda) sin acceso con respecto a población total del grupo o país. Población (% a la derecha) sin acceso en el grupo o país respecto a los 53 millones de habitantes sin acceso en América Latina y el Caribe.

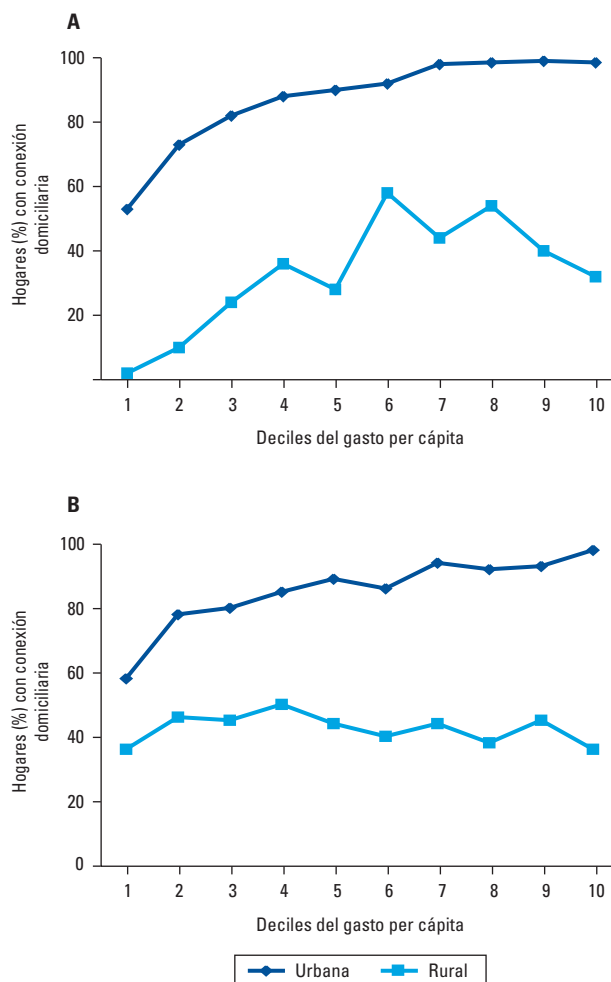
**Fuente:** Evaluación de medio término del Programa Conjunto de Monitoreo (PCM) del abastecimiento de agua y saneamiento de OMS y UNICEF. OMS/UNICEF, 2006.

países del Área Andina y en el Brasil, donde se concentran más de 50% de las deficiencias de cobertura en saneamiento (figura 16). Al igual que en los países en desarrollo, en América Latina y el Caribe el problema en relación con el acceso universal a agua y saneamiento se concentra en los sectores pobres, que en esta parte del mundo tienen rostro e identidad definidos. Son las poblaciones rurales, los sectores periurbanos y las poblaciones indígenas los grupos humanos que sufren las más notorias inequidades en el acceso a los servicios básicos. La mayoría de estas desigualdades se relacionan con la geografía (dada la dispersión de las poblaciones rurales en particular); la situación socioeconómica (todos los grupos señalados se caracterizan por altos niveles de pobreza y pobreza extrema) y el origen étnico.

### Calidad y sostenibilidad de los servicios de saneamiento básico en la Región

Las desigualdades en materia de agua potable y saneamiento están señaladas también por otros indicadores de calidad de los servicios, junto al de acceso o cobertura. En la Evaluación Regional de los Servicios de Agua Potable y Saneamiento (Evaluación 2000) (14), 33 países informaron sobre la continuidad de sus sistemas urbanos de agua, y de ellos, 16 notificaron intermitencia en el servicio. Esta discontinuidad constituye un riesgo para la salud pública y una utilización ineficiente de la infraestructura construida, y contribuye a deteriorar la imagen del servicio y su viabilidad económica.

**FIGURA 10. Cobertura de agua en las zonas rurales y urbanas del Brasil (A) y del Perú (B), y su relación con los deciles de gasto.**

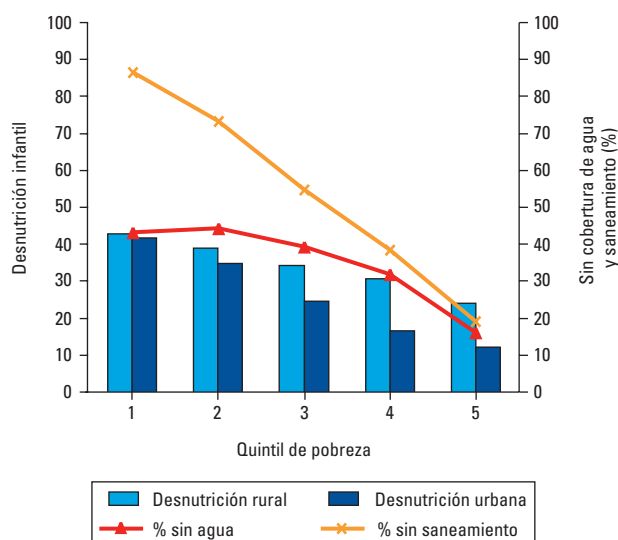


**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud. Desigualdades en el acceso, uso y gasto del agua potable en América Latina y el Caribe. Serie de informes técnicos no. 2 y no. 11. Washington, D.C.: OPS, 2001.

No obstante el interés que comparten las autoridades ambientales y sanitarias de la Región —manifestado a través de las declaraciones de ministros de salud y de ambiente reunidos en Ottawa en 2002 (15) y en Mar del Plata en 2005 (16)— en un manejo más integrado de los recursos hídricos, solo 14% de los efluentes de los alcantarillados en América Latina y el Caribe recibían algún nivel de tratamiento antes de su descarga. El manejo deficiente del recurso hídrico, incluidas las descargas de aguas residuales, junto a las limitaciones en la infraestructura de tratamiento de agua para consumo humano, deterioran la calidad del agua que se distribuye a los usuarios.

Para asegurar la sostenibilidad de los sistemas de agua potable y alcantarillado en los países de la Región, además de proteger los

**FIGURA 11. Porcentajes de población sin cobertura de agua y saneamiento, y de desnutrición infantil por quintil de pobreza, Perú.**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental.

logros alcanzados en materia de cobertura, se deben superar importantes retos en lo concerniente al aseguramiento de la calidad de los servicios, tanto en agua potable como en saneamiento en general. En muchos casos, los sistemas de agua potable y alcantarillado o bien son totalmente obsoletos o necesitan trabajos de rehabilitación y ampliación. A ello se suma el hecho de que en muchos países de la Región persisten graves deficiencias en la operación y mantenimiento de las instalaciones y equipos, y, en consecuencia, se producen interrupciones en el servicio, pérdidas en los sistemas de distribución, fallas en la desinfección, y otros problemas, todo lo cual compromete la eficiencia de las empresas y la calidad de los servicios prestados a los consumidores. En la

Evaluación 2000 se registran valores altos de agua no contabilizada, considerada como la relación entre el agua facturada y el agua producida. En las grandes ciudades, los sistemas de distribución marcaban un promedio de 45% en agua no contabilizada. Aunque en general se aplica el 100% de desinfección a los sistemas de los grandes centros urbanos, en los sistemas rurales la desinfección es bastante deficiente, y en muchos casos inexistente.

La población con sistemas adecuados de vigilancia y control de la calidad del agua es limitada en la zona urbana e insignificante en la rural. Según la Evaluación 2000, 52% de la población urbana contaba con sistemas efectivos de vigilancia de la calidad del agua, porcentaje que era solo de 24% en América Latina y el Caribe. Cabe señalar que en muy pocos países de esta región los programas de vigilancia y control de la calidad del agua cuentan con el apoyo de una legislación o reglamentación adecuada que determine los recursos y establezca las responsabilidades necesarias. La OPS define como programa básico de vigilancia aquel que incluye inspecciones sanitarias de los componentes de los sistemas y al menos determinaciones de cloro residual, pH y turbiedad.

Como parte del aseguramiento de la calidad de los servicios de agua, y en especial de la calidad del agua potable, se debe contar con indicadores medibles e información confiable, con un nivel de certidumbre aceptable para adoptar las medidas preventivas y correctivas necesarias. El problema reside en la capacidad limitada de los países de América Latina y el Caribe (en comparación con los países desarrollados) para efectuar mediciones ambientales, específicamente para determinar la calidad del agua y la presencia de componentes tóxicos en el agua potable y las aguas residuales, y se observan diferencias muy significativas entre las capitales y ciudades grandes, y las ciudades más pequeñas y las poblaciones rurales. Países como Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México y Perú, entre otros, cuentan con capacidad para medir gran número de parámetros, pero los métodos no necesariamente están validados, acreditados y sometidos a un programa de control de calidad permanente. Un estudio de evaluación de 40 laboratorios realizado por el Centro Panamericano de

**CUADRO 7. Acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento en América Latina y el Caribe.**

Área	Millones de habitantes				Proporción de la población (%)							
	2004				Con acceso				Déficit de acceso			
	Con acceso		Sin acceso	Total	2004			Proyección para 2015 <sup>c</sup>	Meta para 2015 <sup>d</sup>	1990	2004	
	Hogar <sup>a</sup>	Otros <sup>b</sup>			Hogar <sup>a</sup>	Otros <sup>b</sup>	Total					
Urbana	260,9	101,0	58,9	420,8	81	62	24	86	90	91	19	14
Rural	14,6	50,5	67,8	132,9	36	11	38	49	59	68	64	51
Total	275,5	151,5	126,7	553,7	68	51	26	77	84	85	32	23

<sup>a</sup>Acceso a una conexión doméstica al alcantarillado.

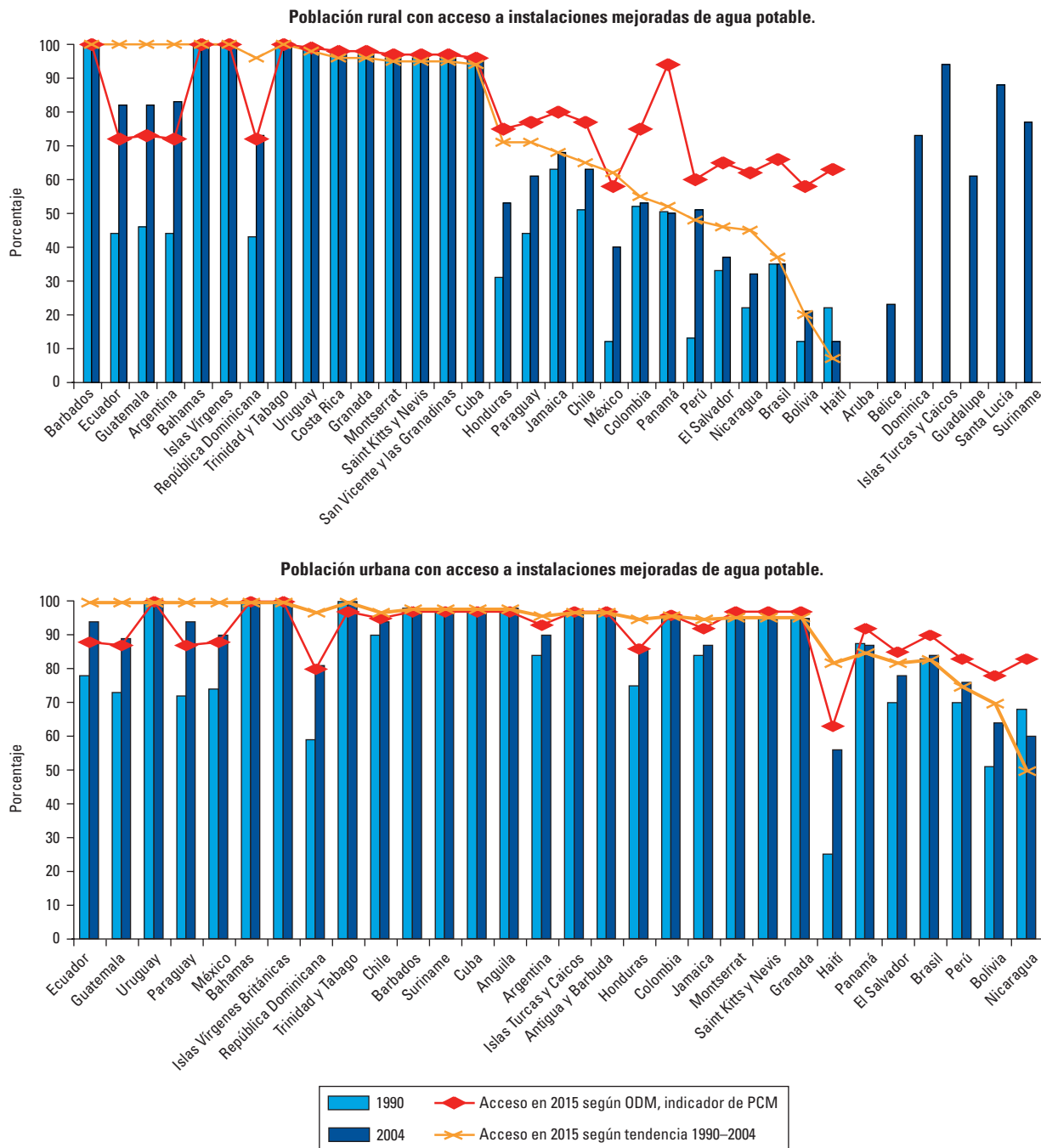
<sup>b</sup>Otros accesos a sistemas de saneamiento individuales in situ, tales como tanques sépticos y letrinas.

<sup>c</sup>Proyección del acceso hasta 2015, según tendencia en el período 1990 y 2004.

<sup>d</sup>Proyección con base en cumplimiento de la meta 10 del ODM 7, según indicador del PCM.

Fuente: Evaluación de medio término del Programa Conjunto de Monitoreo (PCM) del abastecimiento de agua y saneamiento de OMS y UNICEF (2006)

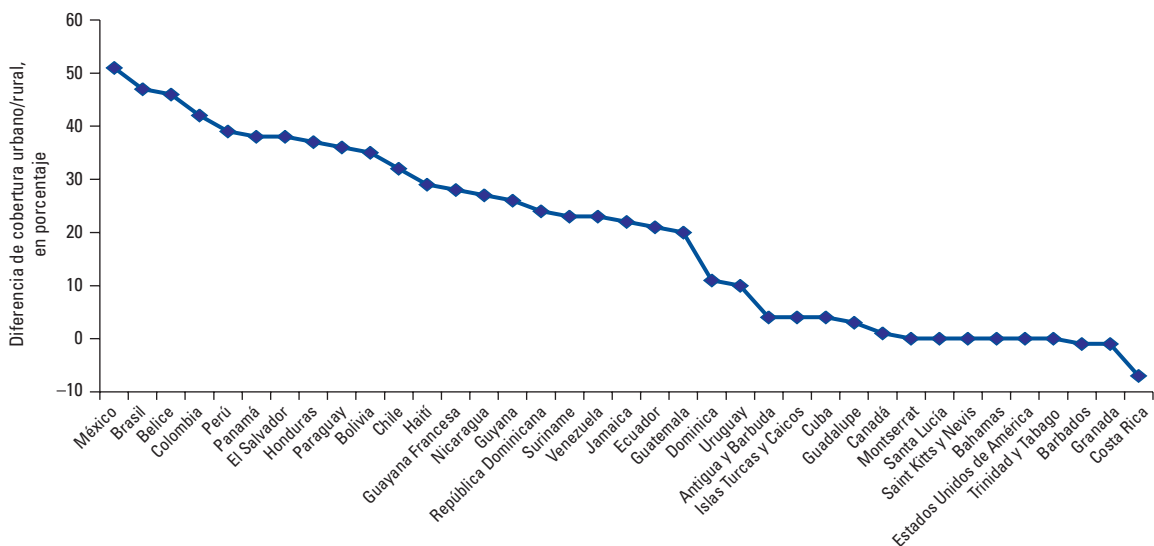
**FIGURA 12. Tendencias en el acceso al saneamiento en América Latina y el Caribe según indicadores definidos por el PCM.**



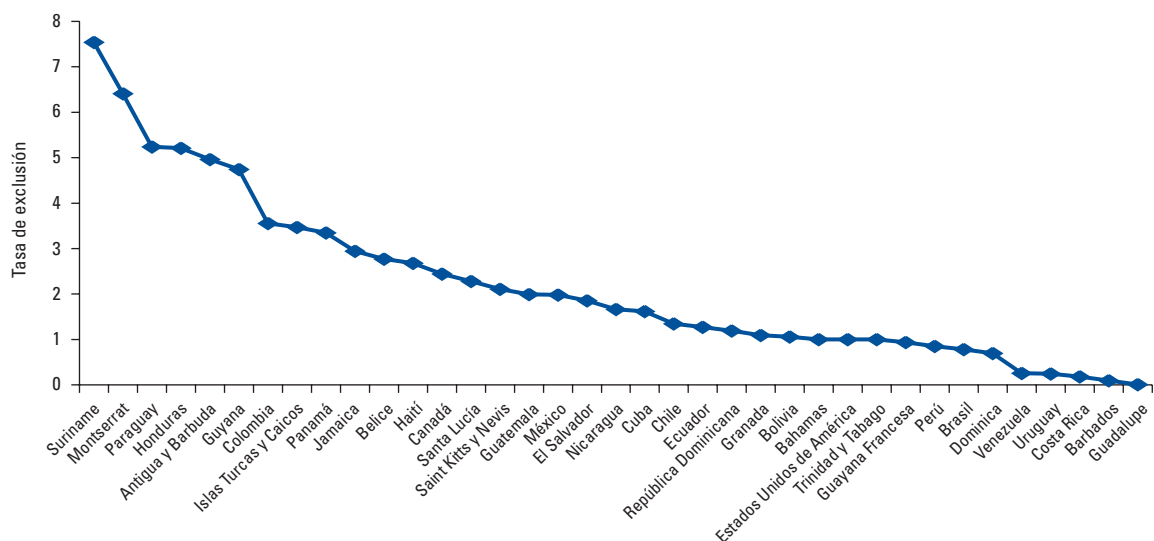
Fuente: Evaluación de medio término del Programa Conjunto de Monitoreo (PCM) del abastecimiento de agua y saneamiento de OMS y UNICEF. OMS/UNICEF, 2006.

Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente de la OPS (CEPIS) (17) estimó que, en promedio, la capacidad de medición es de 86% para parámetros básicos; 37% para nutrientes; 68% para metales tóxicos en general; 46% para plomo, 39% cadmio, 39% cobre y 30% mercurio; 20% para residuos orgánicos tóxicos y pla-

guicidas clorados; 11% para fosforados y otros parámetros más complejos con capacidades mínimas de medición; 51% para indicadores de carga orgánica, y 62% para indicadores de calidad microbiológica. El estudio consideró los laboratorios pertenecientes a la Red de Laboratorios de Ambiente y Salud de América La-

**FIGURA 13. Cobertura de disposición de excretas, Región de las Américas, 2002.**

Fuente: Programme for Water Supply and Sanitation (JMP). Water and sanitation data, Latin America and the Caribbean, 2002.

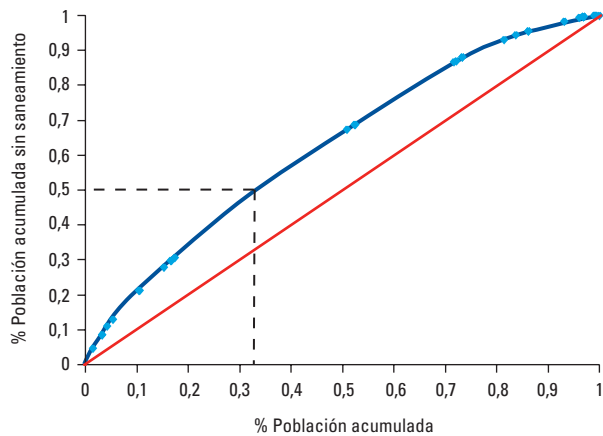
**FIGURA 14. Exclusión de las zonas rurales y urbanas en materia de saneamiento, Región de las Américas, 2002.**

Fuente: Programme for Water Supply and Sanitation (JMP). Water and sanitation data, Latin America and the Caribbean, 2002.

tina y el Caribe (RELAC), principalmente los laboratorios de los ministerios de salud y de ambiente, de las empresas de agua, de algunas universidades y otros. En 58% de los laboratorios se emplean métodos modificados sin validación. Según otro estudio interlaboratorios del CEPIS, la Unidad de Saneamiento Básico y la Unidad de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental de la OPS y el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) (18), alrededor de 25% de los datos de calidad del agua presentan un error mayor de 20%, con variaciones en cuanto a la aceptabilidad de la información según la complejidad de la medición.

Para realizar estas actividades se requieren mediciones de muestras de agua, biota, sedimentos y residuos municipales y peligrosos. Los residuos peligrosos pueden ser domésticos (pilas, envases de insecticidas, plaguicidas, desinfectantes, etcétera), de centros médicos y hospitalarios (residuos de medicamentos, patológicos, radiológicos, de desinfectantes y otros), e industriales (de la pequeña y mediana industria, la agroindustria, la industria metalmeccánica y minera, las fundiciones, y las fábricas de diferente tipo, cuyos residuos y vertimientos peligrosos pueden llegar a las fuentes de agua y contaminarlas). Los países necesitan con-

**FIGURA 15. Curva de Lorenz en el saneamiento en América Latina y el Caribe.**



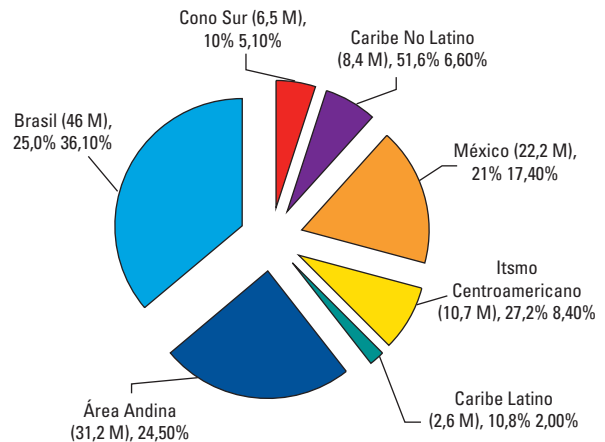
**Fuente:** Elaboración de la Organización Panamericana de la Salud, Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, con base en datos del JMP.

tar con laboratorios confiables que observen los respectivos marcos regulatorios (legislación y normas técnicas) y la vigilancia sanitaria, y produzcan información para la toma de decisiones, la investigación y el control de riesgos y daños en salud pública. Los problemas principales están relacionados con:

- el desconocimiento en el nivel local de los riesgos ambientales, tanto efectivos como potenciales, relacionados con la salud pública;
- la falta de infraestructura para medir los indicadores de control y vigilancia de los factores ambientales que afectan a la salud pública, de personal calificado y de capital destinado al desarrollo de los laboratorios;
- las desigualdades entre países, ciudades capitales, provincias y zonas rurales en cuanto a la capacidad de medición (programas, capacitación y tecnología);
- la necesidad de mejorar la capacidad y la calidad analítica ambiental, y de contar con mayor participación de las autoridades en la implementación de sistemas de gestión de calidad para generar información primaria confiable;
- la necesidad de contar con sistemas nacionales que permitan la certificación y acreditación de laboratorios ambientales.

El CEPIS-BS/SDE/OPS promueve el fortalecimiento de la RELAC con objeto de mejorar la capacidad analítica, la calidad y el análisis comparativo de la información. Para ello, impulsa un plan estratégico regional que incluye la ejecución de programas para el análisis de situación, la capacitación de profesionales y técnicos de laboratorio, el uso de metodologías analíticas validadas y controladas periódicamente, la evaluación del desempeño y la acreditación de los laboratorios, la promoción de la investigación y el desarrollo de metodologías en condiciones específicas.

**FIGURA 16. Población en millones (M) sin acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento, por país o subregión, en América Latina y el Caribe.**



**Nota:** La figura en su conjunto representa 127 millones de habitantes en América Latina y el Caribe sin acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento. Población (% a la izquierda) sin acceso con respecto a población total del grupo o país. Población (% a la derecha) sin acceso en el grupo o país respecto a los 127 millones de habitantes sin acceso en América Latina y el Caribe.

**Fuente:** Evaluación de medio término del Programa Conjunto de Monitoreo (PCM) del abastecimiento de agua y saneamiento de OMS y UNICEF. OMS/UNICEF, 2006.

Se reconoce que para lograr los niveles de cobertura y calidad de los servicios deseados por la población es preciso contar con sistemas financieramente viables. Esto significa que las tarifas tienen que cubrir, como mínimo, los costos de operación y mantenimiento y también, en la mayoría de los casos, las inversiones para expandir los sistemas. Aunque en la Región se observan algunos avances, como los que han realizado la Argentina y Chile, en muchos otros países las tarifas siguen siendo bajas y ni siquiera cubren los costos operativos. En general, el sector continúa dependiendo del presupuesto estatal para financiar las inversiones de capital y, en menor medida, aunque aún apreciable, los costos de operación y mantenimiento (19).

En varios países de la Región se afianzan los procesos de descentralización de los servicios de agua y saneamiento. La tendencia común es hacia la transferencia de responsabilidades para la prestación de estos servicios, ya sea hacia los ámbitos municipal, provincial o regional, o hacia una entidad autónoma que eventualmente será administrada de acuerdo con criterios técnicos y comerciales. El principal problema que se observa es la falta de capacidad de gestión de los servicios por parte de muchas municipalidades, y el consiguiente deterioro de estos, cuya recuperación resulta muy costosa.

#### Protección del recurso agua

La protección de las fuentes de agua potable es la primera de una serie de barreras para salvaguardar el agua de consumo humano de las sustancias y microorganismos que dañan la salud. Para los sistemas de agua potable, la materia prima son las aguas superficiales y las aguas subterráneas, y como tal se las debería

proteger de todo tipo de contaminación, como una forma de propiciar el desarrollo sostenible. Los recursos hídricos subterráneos de la Región han sido abandonados a su suerte, y por tanto fueron contaminados por actividades agrícolas (nitratos, pesticidas), saneamiento in situ (nitratos, microorganismos), disposición de residuos sólidos, y actividades industriales, entre otros factores de contaminación; todo ello hace pensar que la recuperación de los acuíferos va a resultar muy difícil, si no imposible.

La eutroficación es el proceso de sobreproducción de algas y plantas macrófitas en cuerpos de agua, que puede causar problemas para el suministro de agua potable debido a la alteración de sus propiedades organolépticas (olor, sabor), y a distintos trastornos en los procesos de tratamiento potabilizador. Aunque se trata de un proceso que, en forma lenta, puede ser de origen natural, hoy en día es fundamentalmente de carácter cultural, y se acelera por el aporte continuo de nutrientes de origen antropogénico. En algunos lagos y embalses eutrofizados, los altos niveles de sustancias orgánicas, combinados con la aplicación de cloro para el suministro de agua potable, podrían generar sustancias nocivas para la salud de largo plazo, a través de la producción de compuestos orgánicos clorados. Asimismo, se ha documentado el impacto nocivo para la salud, tanto por el contacto recreativo como por su presencia en fuentes de agua potable, de toxinas producidas por diferentes especies de cianobacterias producto del fenómeno de eutroficación. Las poblaciones rurales indígenas están especialmente expuestas a estos riesgos. Los cuerpos de agua eutrofizados también ofrecen un hábitat para algunos vectores de enfermedad, por ejemplo los mosquitos. En un estudio regional del CEPIS, más de 75% de los lagos y embalses evaluados (en Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Venezuela) se clasificaron como eutróficos o en proceso de eutroficación.

Las fuentes de agua escasearán cada vez más, tanto en calidad como en cantidad, en las grandes ciudades de América Latina, y será cada vez más necesario recurrir a fuentes lejanas, de modo que se incrementará la competencia entre los diferentes usos y usuarios (consumo humano, agrícola, industrial, etc.). El desarrollo económico de algunos países, y de determinadas regiones dentro de los países, mejorará la calidad de vida y aumentará la demanda de “agua virtual”, definida como el agua contenida en productos que son importados a los países o a sus regiones.

#### *Protección de las aguas recreativas*

En la mayoría de las ciudades costeras de América Latina y el Caribe, las descargas de aguas residuales crudas se producen en playas públicas de recreo o muy cerca de ellas. Los promedios geométricos de coliformes totales por encima de 100.000 NMP/100 ml (número más probable/100 ml) se ha observado frecuentemente en playas públicas de recreo, en especial en épocas de verano, con mediciones individuales que algunas veces llegan a niveles de aguas residuales crudas. Las descargas de aguas servidas cerca del litoral ocasionan problemas de carácter estético, repre-

**“Dado que los países y territorios de las Américas son esencialmente rurales, existen oportunidades y necesidades crecientes para la promoción por parte de los servicios de salud de niveles satisfactorios de abastecimiento de agua y de disposición segura de aguas residuales en las zonas rurales.”**

**Fred Lowe Soper, 1954**

sentan riesgos potenciales para la ecología y la salud pública, y producen efectos negativos sobre actividades económicas como el turismo.

Un estudio epidemiológico realizado en 2001 por la OMS y el Grupo de Expertos en Aspectos Científicos del Medio Ambiente Marino (GESAMP) (20) documentó la relación entre la salud y el uso recreativo de aguas contaminadas por causa de las descargas de aguas residuales urbanas, y estimó que estas producen 250 millones de casos de gastroenteritis y enfermedades respiratorias cada año, y que el costo para la sociedad es de aproximadamente US\$ 1.600 millones anuales. En el XXVIII Congreso de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS) celebrado en Cancún, México, en 2002, la OMS lanzó las Guías para ambientes seguros en aguas recreativas (21). La OPS está coordinando la adaptación de estas guías a América Latina y el Caribe.

#### *Residuos sólidos*

Se estima que, aproximadamente, 78% de la población de la Región es urbana. Los centros urbanos medianos y pequeños, que son los que tienen mayores dificultades en lo que se refiere a la gestión adecuada de los residuos sólidos, producen 44% de los residuos sólidos municipales. El servicio de recolección en zonas marginales, generalmente pobres y de difícil acceso por las malas condiciones viales y de infraestructura, tiene baja prioridad.

En la Región, el sector de residuos sólidos y su institucionalidad presentan distinto grado de desarrollo. Los ministerios de salud y de ambiente suplen la función de rectoría y regulación. Los municipios mantienen la titularidad de la prestación de los servicios. En general, se observan deficiencias en la conducción del sector, la planificación y la programación a mediano y largo plazo. Por lo común, los municipios no tienen capacidad de gestión gerencial y económica, se observan lagunas en materia de ordenamiento jurídico, faltan instrumentos de control adecuado para verificar el cumplimiento e imponer sanciones, existen superposiciones de legislación, a veces contradictorias, y conflictos jurisdiccionales, y solo algunos países disponen de leyes específicas sobre residuos sólidos.

La mayoría de los países no cuentan con políticas para la gestión integral de los residuos sólidos, y los que sí las tienen, en muchas ocasiones no las aplican ni las difunden. Pocos países poseen planes integrales y planificación estratégica para el sector. En gran parte de la Región, no es posible definir un ente rector del sector a nivel nacional para políticas y planes. Las pocas funciones de rectoría que se cumplen están dispersas en los ministerios de salud y

de ambiente. Los municipios establecen las normativas para los residuos sólidos domésticos, industriales no peligrosos y hospitalarios, y regulan las tarifas con algún control del ejecutivo.

El costo promedio del servicio en la Región es de US\$ 29 por tonelada; 70% corresponde a barrido, recolección y transporte. Sin embargo, la tasa solo cubre 47% de los costos del servicio, y la morosidad alcanza a 50%. Las inversiones en el sector son reducidas en comparación con las que se realizan en electricidad, agua y saneamiento. En la mayoría de los países el sostenimiento del servicio se basa en la recaudación de una tasa municipal, pero esta tasa no es exclusiva del servicio de limpieza, sino que forma parte del alumbrado, los impuestos inmobiliarios y otros gravámenes.

Se estima que en la Región, solamente 22,6% de los residuos generados se deposita en un relleno sanitario; 23,7% va a rellenos controlados y 45,2% a vertederos a cielo abierto o a cursos de agua. La participación de la sociedad en el manejo de los residuos sólidos es limitada y solo se manifiesta eficazmente cuando recibe el apoyo de organizaciones no gubernamentales.

La formación de microempresas y cooperativas para el manejo de los residuos sólidos está aumentando. Ellas representan una alternativa municipal económica, que utiliza tecnología de bajo costo y uso intensivo de mano de obra, crea empleo y genera participación comunitaria. Su participación en servicios de limpieza suele realizarse con el apoyo de organizaciones no gubernamentales. Las cooperativas de gestión de residuos sólidos, aunque son pocas, brindan servicios a la población más pobre.

### Saneamiento básico en situaciones críticas y de emergencia en América Latina y el Caribe

Los desastres naturales y su impacto sobre los sistemas instalados constituyen un factor “externo” que representa una amenaza para los servicios de agua y saneamiento. Las Américas han constituido el segundo continente más afectado por desastres naturales en la década pasada (22). Los efectos de desastres naturales de magnitudes catastróficas sobre todos los aspectos de la economía y el desarrollo han sido evidentes —en especial sobre los sistemas de agua y saneamiento—, con pérdidas económicas de casi US\$ 650 millones solo en el período comprendido entre 1994 y 2003. En Honduras, por ejemplo, tras el paso del huracán Mitch, la situación socioeconómica y la de infraestructura retrocedieron entre 30 y 40 años (23). Debido a la dispersión de muchas comunidades afectadas de la Región, en algunos casos nunca se llegaron a conocer los daños que sufrieron los sistemas más pequeños y sensibles.

Los desastres naturales afectan año tras año a gran cantidad de países de la Región. Los que se describen a continuación tuvieron lugar en los últimos cinco años en las Américas, causando pérdidas de vidas, daños a la infraestructura sanitaria de agua y saneamiento, con las dificultades consiguientes para acceder a agua apta para el consumo humano, y enormes pérdidas económicas.

Entre el 13 y el 14 de diciembre de 1999, lluvias torrenciales provocaron inundaciones y deslizamientos de lodo que afectaron

**CUADRO 8. Daños estimados<sup>a</sup> en agua potable y saneamiento por inundaciones en Venezuela, diciembre de 1999.**

Servicio	Daños		
	Total	Directo	Indirecto
Agua potable	178,2	118,3	59,9
Alcantarillado sanitario	38,3	38,3	0
Drenaje pluvial	9,1	9,1	0
Mayor gasto/menor ingreso	17,3	0	17,3
Total	242,9	165,7	77,2

<sup>a</sup>En millones de dólares

**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Los efectos socioeconómicos de las inundaciones y deslizamientos en Venezuela en 1999. México: CEPAL; 2000.

a 10 estados en el norte de Venezuela, incluida su capital, Caracas. Las autoridades nacionales estimaron que más de 20.000 personas fallecieron a causa de este desastre. La infraestructura de los servicios de agua potable y saneamiento sufrió daños considerables. Más de 200.000 personas resultaron afectadas, y más de 4.000 tuvieron que ser albergadas en La Guaira, Caracas, Maracay y Valencia. La evaluación socioeconómica realizada por la CEPAL en el año 2000 estimó daños a los servicios de agua, saneamiento y drenaje pluvial equivalentes a US\$ 243 millones (cuadro 8).

Los terremotos en El Salvador de enero y febrero de 2001 causaron grandes pérdidas, y los costos de reconstrucción de la infraestructura de los sistemas de agua y saneamiento tanto urbanos como rurales alcanzaron los US\$ 18,6 millones según el informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (24), y afectaron a más de 200 sistemas de agua y saneamiento. Debido a las labores de emergencia se gastaron cerca de US\$ 400.000 solamente en concepto de distribución de agua por medio de camiones cisternas. Según datos de la Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillado de El Salvador (ANDA), en 138 días se repartieron 98.700 m<sup>3</sup> de agua, lo que equivale a un costo de US\$ 4 por m<sup>3</sup>.

El 23 de junio de 2001 se produjo un terremoto en la costa sur del Perú, que afectó principalmente a las ciudades de Arequipa, Moquegua, Ilo, Tacna, Ica y Cusco.

En julio de 2001, una fuerte sequía afectó a El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y, en menor grado, a Costa Rica. Datos de la CEPAL (25) señalan que el sector de agua potable en América Central se vio afectado en aquellos sistemas que tenían como fuente las aguas superficiales. La más castigada fue la zona metropolitana de Tegucigalpa, donde la empresa que atiende al sector acusó mayores gastos y menores ingresos a lo largo del año. Sumado a lo anterior, la CEPAL estimó que los daños impuestos por la sequía en la Región fueron de unos US\$ 3,5 millones.

En noviembre de 2001, el Huracán Michelle afectó a las costas caribeñas de Nicaragua y Honduras y a las islas de Jamaica, Bahamas y Cuba, esta última la más afectada.

En noviembre de 2002 entró en erupción el volcán Reventador, situado 95 kilómetros al nordeste de Quito (Ecuador), y ex-

pulsó una importante cantidad de cenizas que afectaron principalmente a la ciudad de Quito y las provincias centrales (además de Pichincha, a Imbabura, Cotopaxi, Orellana y Sucumbíos). Se dañaron muchos sistemas de distribución de agua, principalmente plantas de tratamiento.

En septiembre de 2004, el huracán Iván, la peor tormenta de la temporada, sembró destrucción en su paso por el Caribe. Las Islas Caimán y Granada recibieron el golpe más duro, pero también Cuba, Haití, San Vicente y las Granadinas, y Jamaica sufrieron sus consecuencias.

Mientras que la atención mundial se centraba en el tsunami de Asia, las inundaciones en Guyana constituyeron el peor desastre natural en la historia reciente de este país. En enero de 2005, lluvias torrenciales equivalentes a casi 10 veces más que las precipitaciones promedio, ocasionaron grandes inundaciones en las zonas costeras de Guyana, la parte más densamente poblada del país. Más de 300.000 guyaneses, es decir, más de la mitad de la población, se vieron afectados. Las inundaciones moderadas no son ajenas a Guyana, pero la inundación masiva y prolongada de enero fue la peor que se ha vivido en una generación. En el momento más grave de la crisis, más de 192.000 personas de Georgetown, la Ribera Oriental y Demerara Oeste estaban afectadas. Tres semanas después, 92.000 personas todavía tenían agua en el interior o en los alrededores de sus viviendas. Los mayores problemas que afrontaron las autoridades fueron los relacionados con la cobertura de agua potable, el aseguramiento de la calidad del agua, el saneamiento y el manejo de la basura.

En los Estados Unidos, en agosto de 2005 el huracán Katrina, que tocó primero tierra en Florida y luego siguió a lo largo de las costas del Golfo para golpear con grado 5 a los estados de Mississippi, Luisiana y Alabama, causó gran destrucción. Inundó la ciudad histórica de Nueva Orleans y provocó la muerte de más de 1.300 personas, convirtiéndose en el desastre natural más destructivo en la historia del país. Juntamente con la Agencia de Manejo de Emergencias de Mississippi (MEMA), la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) asignó más de US\$ 9.400 millones en ayuda para el desastre a Mississippi, de los cuales US\$ 1.600 millones se destinaron a reparar los dispositivos de control del agua, tales como los depósitos y canales de irrigación, y más de US\$ 1.300 millones se asignaron al retiro de desechos y escombros, incluidos casi US\$ 222 millones para los desechos costeros y US\$ 790 millones para los desechos de las tierras inundadas.

En julio de 2005, el huracán Emily afectó a varias islas del Caribe, a las costas de los Estados Unidos y a México. De acuerdo con datos del Centro Nacional de Prevención de Desastres de la Secretaría de Gobernación (CENAPRED) y la CEPAL, en México, debido a los daños ocasionados en los sistemas de agua y saneamiento, más de 226.000 habitantes (43 localidades en 11 municipios, con una extensión de aproximadamente 35.000 kilómetros cuadrados) vieron restringidos estos servicios.

En octubre de 2005, en América Central y México, las lluvias ocasionadas por el huracán Stan produjeron graves inundaciones

y deslizamientos de tierra en poblaciones de la costa del Atlántico en México, Guatemala, Nicaragua y El Salvador. La Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA) de El Salvador informó daños a la infraestructura sanitaria estimados en US\$ 11,5 millones, y Guatemala sufrió pérdidas en instalaciones de agua y saneamiento por US\$ 4 millones. A la tormenta Stan le siguieron las tormentas tropicales Alpha y Betha, que a finales de octubre de 2005 afectaron a Haití y la República Dominicana, para cerrar una de las temporadas de huracanes más activa y destructiva jamás conocida.

Se resumen en el cuadro 9 los principales desastres naturales registrados en las Américas en el período 2000–2005.

## CONTAMINACIÓN DEL AIRE

La contaminación del aire y sus efectos en los seres humanos son una preocupación creciente para la salud pública. Gran variedad de contaminantes se encuentran en el aire bajo la forma de gases, polvos o material particulado, provenientes de actividades humanas tan disímiles como el transporte, la generación de energía y los procesos industriales, la preparación de alimentos y la calefacción de viviendas; otras pocas fuentes contaminantes son producto de procesos naturales del medio ambiente, como los cambios climáticos (aunque cabe recordar que algunos de estos cambios también se relacionan con la actividad humana, tal como el efecto de invernadero debido a la emisión de gases de carbono). Por otro lado, existen diferencias importantes tanto en las fuentes como en la magnitud de la contaminación que de ellas emana en los ambientes externos e internos donde viven y se desarrollan las personas. También hay contrastes en la contaminación de acuerdo al sitio donde esta ocurre; por ejemplo, en el ámbito rural la exposición a productos de carbono está más ligada a la generación de contaminantes de la combustión de biomasa dentro del domicilio, mientras que en el ámbito urbano es particularmente seria en el exterior en las ciudades, y está más relacionada con el uso de combustibles fósiles en el transporte, la generación de energía y la industria.

En respuesta a la preocupación sobre la contaminación del medio ambiente, algunos países han propuesto y ratificado tratados internacionales, en particular el de Kyoto (26), el de Montreal (27) y la Declaración del Milenio, que estableció los ODM (28), entre cuyas metas figura la disminución en las próximas décadas de las emisiones de gases y otros contaminantes que afectan al entorno. En las siguientes secciones se abordan algunos aspectos sobre la contaminación del aire en el exterior de las viviendas humanas y sus efectos en la salud de la población.

### Estado de la calidad del aire en la Región

El aumento en la quema de combustibles fósiles constituye la mayor fuente de contaminación del aire exterior de muchas ciudades de la Región y del mundo. Los principales contaminantes



**CUADRO 9. Principales desastres naturales, por país, Región de las Américas, 2000–2005.**

Países afectados	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Argentina	I (may.)			I (feb., abr.)		
Aruba					H (Iván, sep.)	H (Emily, jul.)
Bahamas	H (Debby, ago.)	H (Michelle, nov.)		TT (Odett, dic.)	H (Frances, ago.) TT (Jeanne, sep.)	H (Wilma, oct.)
Barbados	H (Keith, sep.) TT (Joyce, sep.)	TT (Jerry, oct.) H (Iris, oct.)	TT (Lili, sep.)		H (Iván, sep.)	H (Emily, jul.)
Belice		TT (Chantal, ago.) TT (Jerry, oct.) H (Iris, oct.)		TT (Claudette, jul.)		H (Emily, jul.) H (Stan, oct.) H (Wilma, oct.) TT (Gamma, nov.)
Bolivia	I (abr.)	I (ene.)	I (feb.)	I (ene.) D (abr.)	I (ene.) S (nov.)	
Brasil	D (ago.)	I (dic.)		I (ene.)		
Chile	I (jun.)		I (may.)			T (jun.)
Canadá						
Colombia	I (may.)			I (dic.)	I (May, oct.) H (Iván, sep.) T (nov.)	I (feb.) H (Wilma, oct.) V (Galeras, nov.)
Costa Rica	H (Keith, sep.) TT (Joyce, sep.)		I (may.) I (dic.)	T (dic.)	I (may., nov.) T (nov.)	I (ene.) I (sep.) H (Stan, oct.) H (Beta, oct.)
Cuba	H (Debby, ago.)		TT (Isidora, sep.) TT (Lili, sep.)	TT (Claudette, jul.)	H (Charley, ago.) H (Iván, sep.)	H (Dennis, jul.) H (Emily, jul.) H (Rita, sep.) H (Wilma, oct.)
Ecuador		V (Tungurahua, ago.) ID (jun.)	I (mar.) V (nov.)	V (Tungurahua, jul.)		
El Salvador	H (Keith, sep.) TT (Joyce, sep.)	S (jul.) T (ene., feb.) TT (Jerry, oct.) H (Iris, oct.)	I (sep.)			TT (Adrian, may.) I (jun.) V (Santa Ana, sep.) I (oct.) H (Stan, oct.) H (Beta, oct.)
Estados Unidos					H (Charley, ago.) H (Frances, ago.) H (Iván, sep.) TT (Jeanne, sep.)	H (Dennis, jul.) H (Emily, jul.) H (Katrina, ago.) H (Rita, sep.) H (Wilma, oct.)
Guatemala	I (jun.)	T (ene.) S (jul.) TT (Jerry, oct.) H (Iris, oct.)	V (feb.) D (sep.) TT (Lili, sep.)	D (abr.)	S (nov.)	D (jun.) I (jul.) H (Stan, oct.) H (Beta, oct.) I (ene.)
Guyana						D (jun.)
Haití	H (Debby, ago.)	T (ene.) S (jul.) TT (Chantal, ago.) TT (Jerry, oct.) H (Iris, oct.) H (Michelle, nov.)	I (may.) TT (Lili, sep.)	TT (Odette, dic.) I (dic.)	I (may.) H (Iván, sep.) TT (Jeanne, sep.)	H (Dennis, jul.) H (Emily, jul.) H (Stan, oct.) H (Wilma, oct.) TT (Alpha, oct.)
Honduras	H (Keith, sep.) TT (Joyce, sep.)	S (jul.) TT (Jerry, oct.) H (Iris, oct.)	I (sep.)	I (sep.)	S (nov.)	H (Stan, oct.) H (Wilma, oct.) TT (Betha, oct.) TT (Gamma, nov.)

CUADRO 9. (continuación)

Países afectados	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Jamaica	H (Keith, sep.) TT (Joyce, sep.)	TT (Chantal, ago.) TT (Jerry, oct.) H (Iris, oct.) H (Michelle, nov.)	I (may.) TT (Lili, sep.) TT (Isidora, sep.)	TT (Claudette, jul.) TT (Odette, dic.)	H (Chaley, ago.) H (Iván, sep.)	H (Dennis, jul.) H (Emily, jul.) H (Wilma, oct.)
México	V (Popocatepetl, dic.) H (Keith, sep.) TT (Joyce, sep.) T (ago.)	TT (Chantal, ago.) H (Juliette, sep.) TT (Lorena, oct.) TT (Jerry, oct.) H (Iris, oct.) H (Michelle, nov.)	I (ago.) TT (Isidora, sep.) TT (Lili, sep.) H (Kenna, oct.)	T (ene.) TT (Claudette, jul.) H (Ignacio, ago.) H (Marty, sep.) I (sep.) TT (Larry, oct.) H (Olaf, oct.)	I (abr.) H (Iván, sep.)	H (Emily, jul.) H (Rita, sep.) H (Stan, oct.) H (Wilma, oct.) TT (Gamma, nov.)
Nicaragua	H (Keith, sep.) TT (Joyce, sep.) T (jul.)	S (jul.) H (Michelle, nov.)	I (sep.)		D (jul.)	H (Stan, oct.) H (Wilma, oct.) TT (Betha, oct.)
Panamá	H (Keith, sep.) TT (Joyce, sep.)		I (dic.)	T (ago, dic.)	I (sep., oct.)	I (ene.)
Paraguay			I (may.) S (oct.)			S (Chaco)
Perú		I (mar.) T (jun.)	I (feb.)	I (ene.)	I/S/ (feb.)	T (sep.)
Puerto Rico					H (Frances, ago.) TT (Jeanne, sep.)	
República Dominicana	H (Debby, ago.)	TT (Jerry, oct.) H (Iris, oct.)	TT (Lili, sep.)	T (Sep) I (Nov) TT (Odette, Dic.)	I (may.) H (Frances, ago.) H (Iván, sep.) TT (Jeanne, sep.) H (Iván, sep.)	H (Emily, jul.) H (Dennis, jul.)
Trinidad y Tabago		TT (Chantal, ago.)				H (Emily, jul.)
Uruguay	S (feb.)	I (jun.)				I (ago.)
Venezuela	H (Keith, sep.) TT (Joyce, sep.) I (nov.)		I (jul.)		H (Iván, sep.)	I (feb.) H (Emily, jul.)
Otros países y territorios del Caribe <sup>a</sup>	H (Debby, ago.) H (Keith, sep.) TT (Joyce, sep.)	TT (Jerry, oct.) H (Iris, oct.) H (Michelle, nov.)	TT (Lili, sep.) TT (Isidora, sep.)	TT (Claudette, jul.) TT (Odette, jul.)	H (Frances, ago.) H (Charley, ago.) H (Iván, sep.) TT (Jeanne, sep.)	H (Emily, jul.) H (Dennis, jul.) H (Stan, oct.) H (Wilma, oct.) TT (Gamma, nov.)

I: Inundación  
V: Erupción volcánica  
TT: Tormenta tropical  
D: Deslizamiento  
T: Terremoto  
S: Sequía  
H: Huracán

<sup>a</sup>Incluye: Antillas Neerlandesas, Anguila, Antigua y Barbuda, Bermuda, Dominica, Granada, Guadalupe (Francia), Guayana Francesa (Francia), Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes, Martinica (Francia), Monserrat, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Saint Kitts y Nevis.

**Fuente:** Datos de ReliefWeb (<http://www.reliefweb.int/rw/dbc.nsf/doc100?OpenForm>) ReliefWeb se lanzó en octubre de 1996 y está administrada por la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA).

generados durante este proceso son el material particulado, óxidos de nitrógeno, óxidos de azufre, monóxido de carbono y ozono.

La quema de combustibles fósiles y de biomasa (fundamentalmente leña), que generan deterioro ambiental, es un tema de preocupación que se aborda en las metas de los ODM, en particular la meta 9 del objetivo 7, referido a garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. Dicha meta se relaciona con principios del desarrollo sostenible y la preservación de recursos del medio ambiente, e incluye indicadores sobre el uso de energía y biomasa, y las emisiones a la atmósfera.

De acuerdo con un informe reciente (29), entre 1990 y 2001 el nivel promedio del uso de energía en América Latina y el Caribe, medido a través del consumo de petróleo en kilos por cada dólar del producto interno bruto (PIB), aumentó ligeramente de 0,18 a 0,19; sin embargo, los mayores incrementos (> 0,05) se observaron en Bolivia, Brasil, Haití, Jamaica, Panamá, Trinidad y Tabago, y Venezuela, mientras que en el resto de los países para los que se dispone de información, la tendencia general fue a la disminución (cuadro 10). Durante el mismo período, las emisiones de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) disminuyeron a nivel regional prome-

**CUADRO 10. Consumo de energía y emisiones de dióxido de carbono en países de las Américas, entre 1990 y 2000.**

País	Consumo de energía/dólar del PIB <sup>a</sup>		Toneladas métricas de CO <sub>2</sub> cada 1.000 personas	
	1990	2000	1990	2000
Antigua y Barbuda	...	...	421	3
Argentina	0,17	0,2	2.100	3.300
Bahamas	...	...	66	66
Barbados	...	...	21	12
Belice	...	...	16	28
Bolivia	0,22	0,27	76	77
Brasil	0,15	0,2	8.500	6.200
Chile	0,2	0,2	662	470
Colombia	0,14	0,1	2.000	1.200
Costa Rica	0,12	0,1	267	145
Cuba	...	...	778	504
Dominica	...	...	1	1
Ecuador	0,36	0,22	604	207
El Salvador	0,15	0,16	423	117
Granada	...	...	4	4
Guatemala	0,16	0,18	357	256
Guyana	...	...	19	20
Haití	0,12	0,17	...	169
Honduras	0,23	0,21	115	122
Jamaica	0,36	0,5	424	49
México	0,21	0,2	12.000	2200
Nicaragua	...	...	87	35
Panamá	0,15	0,2	252	180
Paraguay	0,17	0,18	240	116
Perú	0,13	0,1	801	189
República Dominicana	0,17	0,18	274	486
Saint Kitts y Nevis	...	...	6	3
San Vicente y las Granadinas	...	...	2	7
Santa Lucía	...	...	11	3
Trinidad y Tabago	0,73	0,8	138	79
Uruguay	0,11	0,1	416	102
Venezuela	0,42	0,5	3.300	2.500

<sup>a</sup>Uso de energía (equivalente en kilogramos de petróleo) por cada dólar del PIB.

**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe. Santiago: CEPAL; 2005.

dio en América Latina y el Caribe de 5.868 toneladas métricas (TM) por 1.000 personas, a 3.072, situación que se reflejó, con distinta intensidad, en la mayoría de las naciones. Países como Argentina, Brasil, Colombia, México y Venezuela presentaron niveles de CO<sub>2</sub> (promedio 5.580 TM) casi 25 veces mayores que el resto de la Región (promedio 128 TM) en 1990. Asimismo, el grupo de países con niveles de CO<sub>2</sub> más altos en 1990 lograron disminuir los valores a cerca de la mitad (promedio 3.080 TM).

Las exposiciones de corto y largo plazo a los contaminantes han sido asociadas con un incremento de la mortalidad y morbilidad

a causa de enfermedades respiratorias y cardiovasculares (29). Se ha estimado que anualmente se producen 800.000 muertes prematuras en el mundo por causas cardiovasculares y respiratorias, cáncer del pulmón e infecciones respiratorias (en menores de 5 años) relacionados con la exposición al material particulado específicamente (30).

En 2005, la OPS realizó una búsqueda sistemática y una revisión de las pruebas científicas que se han producido en las Américas acerca de los efectos de la exposición al material particulado sobre la salud y su significado para la Región. Como parte de esta iniciativa también se recopiló información sobre las concentraciones de material particulado de 10 micrones de diámetro (MP<sub>10</sub>) notificadas para algunas zonas urbanas de la Región (cuadro 11). La situación de contaminación del aire exterior es bastante diversa. Por ejemplo, en Arequipa (Perú), se han notificado concentraciones de MP<sub>10</sub> elevadas (hasta 111 µg/m<sup>3</sup>); en contraste, en otras ciudades, como Belo Horizonte (Brasil) (13 µg/m<sup>3</sup>) y San Juan (Puerto Rico) (32 µg/m<sup>3</sup>), las concentraciones anuales son más bien bajas. En términos generales, las concentraciones anuales de MP<sub>10</sub> en zonas urbanas sobrepasan las normas nacionales, así como los estándares establecidos en las guías globales de calidad de aire recomendadas por la OMS (29, 31), aunque existe una tendencia a la disminución entre 2000 y 2004 (siete de 11 países con más de tres años de registros en dicho período) (31).

Las guías mundiales de calidad de aire están basadas en los resultados epidemiológicos y toxicológicos de los efectos sobre la salud, y representan el nivel umbral; en otras palabras, el nivel bajo el cual no se observaría un efecto adverso. En la medida en que las concentraciones notificadas sobrepasen estos límites, se puede inferir que un número significativo de personas en la Región están expuestas a concentraciones que producen un efecto adverso para la salud.

Es importante señalar que existen variaciones notables en la disponibilidad de los datos de MP<sub>10</sub> en la Región. En algunas ciudades hay una larga historia de monitoreo de aire; en otras, sin embargo, la concentración promedio anual no estuvo disponible para la totalidad del período o no existe. Lo mismo sucede para los otros contaminantes resultantes de la quema de combustibles fósiles. De hecho, la información disponible para estos es aún mucho más limitada.

La contaminación del aire es un problema relevante en zonas urbanas, porque afecta a toda la población. Debido a la importancia de este problema para la salud pública, es necesario contar con buenos indicadores de la calidad de aire, y ello se logra con sistemas de monitoreo confiables. Un monitoreo apropiado provee las bases para el desarrollo de los perfiles de la calidad del aire con los cuales identificar el grado de exposición humana, desarrollar estudios epidemiológicos sobre el impacto de estas exposiciones, y orientar la selección, implementación y evaluación de acciones de prevención y control.

Además de la quema de combustibles fósiles, la quema de biomasa es otra fuente de contaminación cuyo impacto en la calidad

**CUADRO 11. Concentración anual promedio de material particulado de 10 micrones de diámetro (MP<sub>10</sub> µg/m<sup>3</sup>) en ciudades de América Latina y el Caribe, 2000–2004.**

Ciudad/país	Norma anual (µg/m <sup>3</sup> )	Concentración anual promedio de MP <sub>10</sub> (µg/m <sup>3</sup> )				
		2000	2001	2002	2003	2004
Arequipa, Perú	50	111	91	102	100	90
Belo Horizonte, Brasil	50	13	21	26	...	...
Bogotá, Colombia	65	58	64	66	66	66
Cochabamba, Bolivia	...	...	...	98	104	64
Fortaleza, Brasil	50	84	74	81	...	...
Guatemala, Guatemala	...	...	54	...	...	...
La Habana, Cuba	...	...	75	60	54	...
La Paz, Bolivia	...	...	...	...	...	49
Medellín, Colombia	65	...	...	87	93	...
Ciudad de México, México	50	71	60	65	64	54
Quito, Ecuador	50	...	...	...	...	54
Río de Janeiro, Brasil	50	...	39	40	53	...
San Salvador, El Salvador	50	...	60	...	...	...
San Juan, Puerto Rico	50	32	31	31	32	30
Santiago, Chile	...	77	72	70	74	68
São Paulo, Brasil	50	52	49	51	48	41

*Fuente:* Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de los efectos de la contaminación del aire en la salud de América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2005.

del aire exterior es poco reconocido. En 21 países con información de América Latina y el Caribe se estima que el consumo per cápita de biomasa promedio ha disminuido de 0,7 a 0,6 entre 1990 y 2001; sin embargo, continúa siendo particularmente alto en algunos países, tales como Chile, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panamá y Paraguay, donde es entre 2 y 5 veces mayor que el promedio de la Región (cuadro 12).

La limpieza de terrenos de cultivo y la eliminación de desechos agrícolas mediante la quema es una práctica muy arraigada. En el Brasil, por ejemplo, se notificaron un total de 226.252 focos de incendios forestales en 2005. Este problema no es exclusivo de las zonas rurales. Las sustancias emitidas por los incendios pueden ser transportadas a través de grandes distancias y pueden afectar la calidad del aire de zonas urbanas, e inclusive de países limítrofes.

### Efectos de la contaminación del aire sobre la salud

La bibliografía epidemiológica internacional ha establecido que las exposiciones de corto y largo plazo a los contaminantes que se encuentran en el aire de zonas urbanas están asociadas con la aparición de una amplia gama de episodios respiratorios y cardiovasculares (cuadro 13). Además, la exposición materna a estos contaminantes durante el embarazo podría tener un efecto adverso en el desarrollo del feto (32).

Una revisión de la literatura regional sobre los efectos de la contaminación del aire en la salud (29) que abarcó de 1994 a 2004, identificó 85 estudios publicados en revistas científicas. La mayor parte de estos trabajos se centraban en las poblaciones de

zonas urbanas de unos pocos países de América Latina: Brasil, Chile, Cuba, México, Perú y Venezuela. Más de la mitad de los artículos revisados eran estudios de series temporales, un tipo de diseño que permite estimar la influencia de las variaciones temporales, usualmente la variación diaria, de los contaminantes del aire en la mortalidad o morbilidad, usando modelos estadísticos en los que se relaciona el número diario de muertes con las concentraciones diarias. Con este diseño se evalúan los efectos de exposiciones de corto plazo.

Los resultados de los estudios de corto plazo de la Región fueron similares a los informados por la bibliografía internacional. Las variaciones temporales de material particulado se han asociado con un incremento de la mortalidad diaria por causas cardiovasculares y respiratorias. También se han asociado con el aumento de admisiones hospitalarias por todas las causas respiratorias.

Como parte de la revisión de las comprobaciones efectuadas, se llevó a cabo un análisis cuantitativo para calcular medidas de resumen del efecto de la exposición al MP<sub>10</sub> en la mortalidad a partir de los resultados de los estudios de series temporales. Tales medidas aportan una estimación más ajustada de la función exposición-respuesta, que puede utilizarse en la formulación de políticas públicas para calcular los costos en salud de la contaminación del aire y los beneficios asociados con una reducción en las concentraciones. Las medidas estimadas para América Latina fueron comparadas con las calculadas para otras regiones del mundo. En este metanálisis se observó que las estimaciones cuantitativas de resumen para la mortalidad en todos los grupos de edad y en mayores de 65 años fueron similares en magnitud a las cifras de otras partes del mundo (cuadro 14).

**CUADRO 12. Consumo per cápita de biomasa<sup>a</sup>, países seleccionados de América Latina y el Caribe, 1990–2001.**

País	Nivel 1990	Nivel 2001	Diferencia
Bolivia	0,09	0,02	-77,8
Brasil	0,05	0,04	-20,0
Chile	0,14	0,18	28,6
Colombia	0,10	0,04	-60,0
Costa Rica	0,16	0,01	-93,8
Ecuador	0,05	0,03	-40,0
El Salvador	0,17	0,16	-5,9
Granada	0,04	0,05	25,0
Guatemala	0,30	0,27	-10,0
Guyana	0,28	0,29	3,6
Haití	0,11	0,11	0,0
Honduras	0,25	0,16	-36,0
Jamaica	0,03	0,04	33,3
México	0,07	0,06	-14,3
Nicaragua	0,22	0,22	0,0
Panamá	0,13	0,13	0,0
Paraguay	0,27	0,18	-33,3
Perú	0,11	0,07	-36,4
República Dominicana	0,08	0,03	-62,5
Suriname	0,08	0,08	0,0
Uruguay	0,10	0,09	-10,0

<sup>a</sup>Incluye: leña, productos de caña y otros primarios.

**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe. Santiago: CEPAL; 2005.

En general, las pruebas latinoamericanas sugieren que la exposición al material particulado está asociada con un incremento de la mortalidad y la morbilidad. Cabe señalar que las estimaciones de resumen se basó en estudios efectuados en tres ciudades de América Latina (Ciudad de México, São Paulo y Santiago de Chile), de modo que los datos no son necesariamente representativos de toda la Región. Las estimaciones cuantitativas de resumen solo se realizaron para algunos efectos en salud y en grupos de edad, y para algunos contaminantes. Se carece de información significativa en la Región sobre los efectos en la mortalidad y morbilidad infantil y la morbilidad en adultos.

Como respuesta a esta situación, la OPS ha reconocido la falta de datos e información recolectados y analizados sistemáticamente, en aspectos tales como la exposición a contaminantes y sus efectos potenciales, por lo que estimula y fortalece los procesos de vigilancia ambiental en los países de la Región. Asimismo, la OPS, conjuntamente con profesionales y grupos de expertos de distintos centros de excelencia técnica en el área, de las Américas y de otras regiones, prepara guías técnicas sobre la medición de exposición ambiental y sus efectos, tales como las Guías de Calidad del Aire lanzadas recientemente. Para fortalecer los procesos de apropiación de la información y el conocimiento sobre estos temas, la OPS ha creado un sitio Web que cuenta con información, bibliografía, metodologías y guías técnicas, y actividades de capacitación, a las que pueden acceder los usuarios, y cuya dirección electrónica es <http://www.bvsde.paho.org>.

**CUADRO 13. Efectos en la salud atribuibles a exposiciones de corto y largo plazo a diferentes tipos de contaminación del aire.<sup>a</sup>***Efectos de corto plazo*

- Mortalidad diaria
- Ingresos hospitalarios por enfermedades respiratorias y cardiovasculares
- Consultas de urgencia por trastornos respiratorios y cardiovasculares
- Consultas médicas por trastornos respiratorios y cardiovasculares
- Uso de medicamentos por trastornos respiratorios y cardiovasculares
- Días de actividad restringida
- Ausentismo laboral y escolar
- Aparición de síntomas agudos (sibilancias, tos, producción de flema, infecciones respiratorias)
- Cambios fisiológicos (función pulmonar)

*Efectos de largo plazo*

- Mortalidad por afecciones respiratorias y cardiovasculares
- Incidencia y prevalencia de enfermedades respiratorias crónicas (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
- Cambios crónicos en la función fisiológica
- Cáncer del pulmón
- Enfermedad cardiovascular crónica
- Restricción del crecimiento intrauterino (retardo del crecimiento intrauterino, bajo peso en partos a término, baja talla para la edad gestacional)

<sup>a</sup>Incluye material particulado, óxidos de nitrógeno, óxidos de azufre, monóxido de carbono y ozono.

**Fuente:** Gouveia N, Maisonet M. Health effects of air pollution. En: Organización Mundial de la Salud. WHO Air Quality Guidelines: 2005 update; 2006.

**CONTAMINANTES QUÍMICOS**

En el campo de la salud ambiental, la prevención o mitigación de la exposición a contaminantes químicos es una de las prioridades de acción de los gobiernos. La globalización de los contaminantes y su presencia en casi todas las fases de los procesos productivos (extracción de materia prima, transformación en productos, consumo y, finalmente, desechos) colocan en riesgo permanente a toda la población, pero sobre todo a los grupos más vulnerables: los niños, las mujeres embarazadas, los trabajadores expuestos, los adultos mayores y la población analfabeta o con escasa educación, sin acceso a información básica sobre la toxicidad de esas sustancias.

Los desechos químicos se han convertido en un grave problema ambiental que debe ser objeto de especial atención. En el Brasil, por ejemplo, en 2004 se identificaron 1.964.380 personas expuestas a productos químicos en 703 sitios con suelos contaminados. El gobierno dispuso la realización de evaluaciones de riesgo en las zonas de exposición a residuos contaminantes: organoclorados (Cidade dos Meninos, Estado de Río de Janeiro);

**CUADRO 14. Estimación cuantitativa del cambio de porcentaje de la mortalidad por todas las causas asociado con un aumento de 10 µg/m<sup>3</sup> de MP<sub>10</sub>, regiones seleccionadas del mundo.**

Todas las causas, todas las edades		
Región	Cambio de porcentaje (IC)	Referencia
Asia	0,49 (0,23; 0,76)	HEI, 2004
Europa	0,60 (0,40; 0,80)	Katsouyanni, 2001
América Latina	0,61 (0,16; 1,07)	OPS, 2005
Estados Unidos	0,21 (0,09; 0,33)	Dominici, 2003
En todo el mundo	0,65 (0,51; 0,76)	Stieb, 2002
Todas las causas, mayores de 65 años		
Europa	0,70 (0,50; 1,00)	Katsouyanni, 2001
América Latina	0,86 (0,49; 1,24)	OPS, 2005
En todo el mundo	0,86 (0,61; 1,11)	Stieb, 2002

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de los efectos de la contaminación del aire en la salud de América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2005.

plomo (Santo Amaro da Purificação, Estado de Bahía); solventes (Campinas, Estado de São Paulo); y compuestos orgánicos volátiles (Barão de Mauá, Estado de São Paulo) (33, 34).

En América del Norte, la Comisión para la Cooperación Ambiental (CCA), creada por el Canadá, los Estados Unidos y México, en base en la información disponible hasta 2004 señaló a los niños como el grupo más expuesto a las sustancias químicas peligrosas y, por lo tanto, recomendó asignar prioridad a las acciones preventivas (35). A pesar de los esfuerzos que están realizando algunos países y subregiones del continente, los datos disponibles sobre las sustancias químicas y sus efectos en el ambiente y en la salud (intoxicaciones agudas y fundamentalmente intoxicaciones crónicas) no reflejan la magnitud del problema. De los distintos grupos de sustancias químicas utilizados en forma creciente en la Región, los metales y los plaguicidas han requerido especial atención de las autoridades sanitarias debido a los problemas surgidos en el último quinquenio.

Con respecto a los metales, la CCA cita un estudio que muestra la disminución de la concentración media de plomo en la sangre de los niños menores de 5 años en los Estados Unidos, de 15 µg/dL en 1976–1980 a 1,7 µg/dL en el 2001–2002, asociada a la eliminación de fuentes de plomo de la gasolina y de las pinturas, y a la vigilancia epidemiológica. En México, estudios realizados entre 1992 y 2005 en niños de poblaciones rurales y urbanas indican concentraciones altas de plomo, que en algunos casos sobrepasan más de cinco veces el nivel de 10 µg/dL (35).

En la subregión de la Amazonia, que comprende a Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú, Suriname y Venezuela, la contaminación por el mercurio utilizado en la producción del oro amenaza la salud de la población. El Brasil produce un promedio de 200 toneladas/año, y en consecuencia es responsable por la emisión de mercurio a la atmósfera, los suelos y los ríos.

**CUADRO 15. Plaguicidas utilizados y número de intoxicaciones registradas, países seleccionados de las Américas, 2000–2005.**

País	Plaguicidas utilizados (kg)	Intoxicaciones
Argentina	46.347.000 (2001)	3.881 (2001)
Barbados	295.000 (2002)	2 (2002)
Bolivia	6.700.000 (2000)	2.208 (2000)
Brasil <sup>a</sup>	131.970.000 (2001)	4.273 (2001)
Colombia	77.000.000 (2000)	2.763 (2005)
Chile	24.197.000 (2000)	804 (2005)
Ecuador	36.118.222 (2004)	1.991 (2004)
San Vicente y las Granadinas	546.000 (2002)	29 (2002)
Santa Lucía	44.000 (2002)	3 (2002)
Uruguay	7.600.000 (2000)	439 (2002)

<sup>a</sup>Cuarto mayor consumidor en el mundo.

**Fuente:** Ministerios de Salud y Agricultura.

Algunos estudios han demostrado la posibilidad de una exposición “natural” al mercurio en la Amazonia brasileña. Las concentraciones promedio de este metal halladas en el cabello de habitantes de comunidades no expuestas en forma directa a fuentes antropogénicas de mercurio, que viven en el estado de Pará, se han encontrado elevadas en límites que oscilan entre 3,98 y 8,58 µg/g (valores superiores a los hallados en personas no expuestas al mercurio en algunos países del hemisferio norte, donde el promedio de mercurio en el cabello normalmente no alcanza a 3 µg/g) (36).

En cuanto a los plaguicidas, en los países de América del Sur y del Caribe estas sustancias también suponen un grave problema de salud pública. Algunos países informan sobre los volúmenes de plaguicidas utilizados y los casos de intoxicaciones agudas, tal como se indica en el cuadro 15. En los últimos 40 años, se rociaron en Mesoamérica (México y siete países del Istmo Centroamericano) aproximadamente 85.000 toneladas de DDT para combatir plagas en la agricultura y para luchar contra los mosquitos vectores de la malaria. El DDT es un compuesto tóxico sumamente estable que se acumula en los organismos vivos, persiste en el suelo durante decenios y es transportado por el ciclo del agua a zonas remotas donde nunca fue utilizado, y ello contribuye a la contaminación ambiental en todo el mundo. Los países del Istmo Centroamericano forman una subregión predominantemente agrícola y forestal en la cual se ha producido un incremento constante en el empleo de plaguicidas. En 2001 se registraron importaciones por 46 millones de kilogramos de ingrediente activo, lo cual representa por persona 1,5 veces más que el promedio mundial estimado por la OMS. El uso de plaguicidas químicos como forma dominante del control de plagas representa costos sociales importantes, ya que ha ocasionado efectos perjudiciales agudos y crónicos en la salud de las personas y daños al ambiente, los animales y los alimentos.

## Intervenciones

Con el propósito de afrontar los problemas generados por el uso de plaguicidas en Mesoamérica, los gobiernos de los países y la OPS, a través de su Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE), han venido ejecutando los proyectos subregionales que se describen a continuación.

El Proyecto Aspectos ocupacionales y ambientales de la exposición a plaguicidas en el Istmo Centroamericano (PLAGSALUD) fue ejecutado en el período 1994–2003, y financiado por la Agencia Danesa para el Desarrollo Internacional (DANIDA). PLAGSALUD tuvo como objetivo reducir la prevalencia de los problemas de salud relacionados con los plaguicidas en los 10 años siguientes a su inicio, y apoyar la implementación de alternativas de agricultura sostenible. Entre los más importantes logros del proyecto se destacan los siguientes:

**Vigilancia sanitaria:** todos los países lograron establecer la vigilancia de las intoxicaciones agudas por plaguicidas e incorporarla a los sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica, lo que permitió orientar más oportunamente las acciones de prevención y control requeridas (37). Como resultado, se incrementó inicialmente la notificación de intoxicaciones, y entre 1999 y 2002, luego de las diversas intervenciones del Proyecto en Centroamérica, las intoxicaciones agudas notificadas disminuyeron de 7.227 a 6.010, y las muertes, de 867 a 712. La tasa de intoxicaciones por 100.000 habitantes descendió de 20,3 a 15,8; la tasa de mortalidad pasó de 2,4 a 1,8, y la tasa de intoxicaciones por 100.000 trabajadores agrícolas, de 91,7 a 67,7. Los indicadores obtenidos de los sistemas de vigilancia, y las herramientas que se ofrecían, permitieron realizar intervenciones a nivel local sobre los factores de riesgo para la salud y el ambiente. Esta información influyó también en los responsables políticos en los sectores de salud, trabajo, educación, agricultura y medio ambiente para la adecuada atención de las intoxicaciones, el desarrollo de acciones de prevención y control, y el mejoramiento de la legislación existente en materia de plaguicidas, no solo en el ámbito municipal sino también a nivel nacional y de la subregión centroamericana. El documento marco del sistema se puede consultar en el *Boletín Epidemiológico* de la OPS de 2001 (38).

**Coordinación intersectorial e interinstitucional:** uno de los resultados más efectivos y prácticos de PLAGSALUD fue el establecimiento de más de 300 comisiones locales intersectoriales de plaguicidas (CLIPS) en toda la subregión, integradas por representantes de diversas instituciones (salud, trabajo, educación, ambiente y agricultura), alcaldías, organizaciones no gubernamentales, trabajadores y representantes de la sociedad civil. Estas comisiones fueron la expresión más viva del trabajo realizado en Centroamérica en el ámbito local, que incluyó la reducción de los efectos negativos de los plaguicidas, la sensibilización de la comunidad sobre este problema y el empleo de alternativas al uso de agroquímicos.

**Legislación:** las líneas de acción para el mejoramiento de la legislación sobre plaguicidas desarrolladas durante el Proyecto facilitaron los siguientes logros: en cada uno de los siete países se compiló y analizó la legislación relacionada con las restricciones y prohibiciones en cuanto al uso de plaguicidas. Además, para fomentar y consolidar una participación ciudadana institucionalizada que permitiera su compromiso continuo en todas las etapas de los procesos de decisiones, dicha legislación se difundió ampliamente en los sectores interesados. Se logró asimismo la aprobación del Acuerdo No. 9, sobre la prohibición de 107 plaguicidas y la restricción del uso de otros 12, en la XVI Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), realizada en el año 2000. Este foro integra el tema de la salud al proceso de desarrollo social de la subregión, y su propósito principal es promover el intercambio de experiencias y, sobre todo, lograr el compromiso de los estados participantes para abordar en forma conjunta y coordinada los problemas comunes de salud pública y ambiente, en el marco del espíritu centroamericano de integración.

**Educación:** PLAGSALUD preparó y publicó material educativo dirigido a la comunidad en general, los niños en edad escolar, los trabajadores, los profesionales de la salud y los técnicos agropecuarios sobre los siguientes temas: diagnóstico, tratamiento y prevención de intoxicaciones agudas por plaguicidas; vigilancia sanitaria de plaguicidas; alternativas al empleo de plaguicidas (manejo integrado de plagas y agricultura orgánica); legislación sobre plaguicidas; situación epidemiológica de las intoxicaciones agudas por plaguicidas; y resultados de investigaciones. Este material se sigue utilizando en la actualidad, no solo en los países de Centroamérica sino también en otros del continente. Merece mención especial la creación en varios países de huertos escolares orgánicos. Con el fin de crear conciencia en los niños sobre el cuidado del ambiente y la viabilidad de cultivar productos agrícolas sin la aplicación de plaguicidas químicos, PLAGSALUD apoyó esta importante iniciativa, en la cual los alumnos participan de manera activa en los huertos aledaños a las escuelas especialmente destinados para ese fin, durante los ciclos escolares.

**Investigación:** en todos los países, tanto en el ámbito local como nacional, se capacitó a profesionales en metodología de la investigación, lo que posibilitó la posterior realización de estudios sobre aspectos prioritarios referentes a plaguicidas y generó los conocimientos necesarios para efectuar un diagnóstico adecuado de la situación y proponer intervenciones pertinentes. Entre estas investigaciones se destacan las de Conocimientos, actitudes y prácticas en materia de plaguicidas, y Subregistro de intoxicaciones agudas por plaguicidas (realizadas en Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá); Monitoreo de cuerpos de agua (Honduras y Belice); Determinación de los niveles de plaguicidas organoclorados y organofosforados en seis plantas potabilizadoras de San Salvador; Conocimiento del personal de servicios de salud sobre el manejo de

pacientes con intoxicaciones agudas por plaguicidas; Exposición a plaguicidas en mujeres que trabajan en floricultura; Nivel de conocimiento sobre uso, manejo y legislación de los plaguicidas en trabajadores de expendios agroquímicos (Guatemala); y Roles de género en el comportamiento social del uso de plaguicidas en cooperativas bananeras (Panamá).

Otra iniciativa de los países de Mesoamérica en conjunto con la OPS es el Programa Regional de Acción y Demostración de Alternativas Sostenibles para el Control de Vectores de la Malaria sin el uso de DDT en México y Centro América (DDT/PNUMA/GEF/OPS). El programa, con duración de cuatro años (2004–2008), cuenta con el apoyo del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), el Fondo para el Medio Ambiente Mundial (FMAM), y la CCA.

La malaria es un problema de salud pública transfronterizo y de abordaje multisectorial que afecta a aproximadamente 89 millones de personas de Mesoamérica, la mayor parte de las cuales viven en comunidades indígenas. El crecimiento de la población, la rápida expansión de la frontera agrícola, la degradación ambiental y la alta migración de las personas afectadas facilitan la transmisión de la enfermedad a través de las fronteras nacionales. En base a las consideraciones anteriores, y teniendo en cuenta los efectos negativos, tanto para la salud de las personas como para el medio ambiente, del uso intensivo del DDT y de otros insecticidas persistentes, la OPS, junto a los Gobiernos de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá, ejecuta el Programa DDT/PNUMA/GEF/OPS (39), cuyo principal objetivo es demostrar que los métodos alternativos al DDT para el control de esta enfermedad son eficaces en función de sus costos, y sostenibles con participación comunitaria, y evitar la reintroducción del DDT en la subregión, y consta de tres componentes:

**Proyectos de diseminación y de demostración.** Utilizan el modelo de control integral del vector de la malaria (sin el uso de DDT), en el cual se articula la epidemiología con las ciencias sociales mediante la participación activa de los sectores de salud, educación, ambiente, agricultura y otros, y se basan en la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo”, de la OMS, y en la exitosa experiencia mexicana. Estos proyectos ejecutan una combinación de varias intervenciones dirigidas al vector, al diagnóstico precoz y al tratamiento oportuno de los casos, y privilegian el control físico, con medidas centradas en el saneamiento ambiental, la limpieza de la vivienda y el patio, y el encalamiento de las viviendas, y el control biológico con peces larvívoros, árboles repelentes, larvicidas biológicos y otras formas de control amigables con el ambiente. Un importante enfoque del proyecto es el reforzamiento de los principios de equidad social, dado por la mayor cobertura de intervenciones en comunidades rurales indígenas históricamente excluidas y con poca atención en salud. Más de 80% de los pobladores de las áreas seleccionadas para estos proyectos son comunidades indígenas con alta transmisión de malaria. Por ello, se han asignado recursos para que las nuevas modalidades de control vectorial se realicen con amplia participación de los líderes y las organizaciones

autóctonas, y se adapten a las características culturales de cada comunidad. Los foros de discusión, en los que participan líderes indígenas, técnicos locales, representantes de gobiernos municipales y autoridades de diversos sectores gubernamentales, han reforzado la aceptación de las comunidades indígenas hacia las nuevas alternativas de control de la malaria, sin depender del uso de insecticidas persistentes. La experiencia adquirida con estos proyectos servirá de modelo que podrá aplicarse no solo en otros países de la Región sino también en otros continentes. El enfoque “de abajo arriba”, basado en la participación activa de las comunidades locales, las organizaciones no gubernamentales y las instituciones de gobierno, contribuirá a la sostenibilidad deseada de los modelos introducidos por este Programa.

**Fortalecimiento de la capacidad institucional de los países para el control de la malaria sin DDT.** Mediante este componente se ha contribuido a reforzar las capacidades nacionales para la evaluación del riesgo de transmisión de la malaria, y se ha mejorado la infraestructura de los laboratorios e incrementado los conocimientos de la población sobre la malaria.

**Eliminación de remanentes de DDT y otros contaminantes orgánicos persistentes.** Con este componente, el Programa, en cumplimiento de los convenios de Basilea sobre el control de los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y su eliminación, de Rotterdam sobre el Procedimiento de consentimiento fundamentado previo aplicable a la exportación de productos químicos, y de Estocolmo sobre contaminantes orgánicos persistentes (40, 41, 42), permitirá eliminar adecuadamente por incineración las 136 toneladas de DDT y las 64 toneladas de otros COP (toxafeno, clordano, hexaclorobenceno [HCB], aldrín, dieldrina y mirex) encontrados en los ocho países participantes, mal almacenados y con alto riesgo de contaminación.

### Seguridad química en América Latina y el Caribe

Las acciones relacionadas con la seguridad química en América Latina y el Caribe han seguido las recomendaciones del Programa 21 de la Declaración de Río sobre Medio Ambiente y Desarrollo, en su capítulo 19, relacionado con la gestión ecológicamente racional de los productos químicos; la tercera sesión del Foro Intergubernamental de Sustancias Químicas, efectuada en octubre de 2000, en Salvador, Bahía, y la Conferencia Internacional sobre Gestión de Productos Químicos, de febrero de 2006, donde se definió la estrategia de política global y el Plan de Acción Mundial para las actividades internacionales en esta materia. En estas líneas de trabajo, se ha avanzado en los siguientes aspectos:

- varios países de la Región cuentan hoy en día con perfiles nacionales de seguridad química (Argentina, Brasil y Venezuela, entre otros), instrumentos que permiten evaluar la infraestructura existente y las capacidades para la gestión de estos productos;



- en 17 países funcionan uno o más centros de información y atención a intoxicados;
- se ha mejorado el intercambio de información sobre productos químicos por medio de la creación de redes de toxicología y seguridad química, tanto a nivel regional de América Latina y el Caribe (RETOXLAC), como nacional: REDARTOX (Argentina), RENACIAT (Brasil), LINATOX (Cuba), RITA (Chile), RETOMEX (México), REPATOX (Panamá);
- ocho centros colaboradores de la OPS/OMS en la Región han apoyado activamente las actividades relacionadas con la evaluación y gestión de riesgos químicos;
- se ha recopilado información sobre sustancias químicas en la Biblioteca Virtual de SDE (<http://www.bvsde.ops-oms.org>), y con ello se ha fortalecido la capacidad de los recursos humanos para el diagnóstico y manejo del riesgo mediante los siguientes cursos que se encuentran disponibles en la Biblioteca: de autoaprendizaje de comunicación de riesgos; de diagnóstico, tratamiento y prevención de intoxicaciones agudas causadas por plaguicidas; metodología de identificación de riesgos para la salud en sitios contaminados; y prevención, preparación y respuesta para desastres causados por productos químicos;
- para disminuir o abolir la exposición a los plaguicidas más peligrosos, se ha venido trabajando en América Central y América del Sur en la homologación de los requerimientos para su registro;
- si bien los países cuentan con planes nacionales para la gestión integral de sustancias químicas, la tendencia actual es el diseño y ejecución de planes subregionales que potencien las capacidades de los países. Tal es el caso del Plan Subregional para Centroamérica, en el marco de la RESSCAD, y el Plan Subregional para los Países Andinos;
- se trabaja en la aplicación del nuevo sistema mundial de clasificación y etiquetado de productos químicos.

## INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS

La contaminación química y microbiológica de los alimentos continúa afectando de manera significativa a la salud pública e indirectamente al turismo y al comercio internacional de alimentos. Las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) constituyen un problema mundial que en las últimas décadas se ha complicado debido a los cambios que se observan en el escenario internacional, tales como el crecimiento de la población, la pobreza, la rápida urbanización en los países en desarrollo, y el creciente comercio internacional de alimentos destinados al consumo humano y animal, así como a la aparición de nuevos agentes causantes de ETA o microorganismos mutantes con mayor patogenicidad. Las ETA pueden tener consecuencias graves no solo para la salud sino también para las economías de las personas, las familias y los países, y afectan sobre todo a los grupos más vulne-

rables, como los niños, los ancianos y las personas inmunodeprimidas. Estudios realizados en las tres últimas décadas sobre las enfermedades diarreicas agudas (EDA) (principal síntoma de las ETA) demostraron que las tasas de mortalidad por esta causa han declinado, pero las tasas de morbilidad se han mantenido relativamente estables. Estas infecciones continúan siendo una de las causas principales de morbimortalidad en los niños menores de 5 años, con 1.500 millones de episodios de diarrea anuales en el mundo, que causan 21% de las defunciones de los menores de 5 años y representan cada año, según estimaciones, de 1,5 a 2,5 millones de las muertes en ese grupo de edad (43).

En muchos países se han registrado aumentos considerables en la incidencia de enfermedades provocadas por microorganismos transmitidos principalmente por los alimentos, como *Salmonella* spp. y *Campylobacter* spp. Datos del programa de la OMS para la vigilancia epidemiológica de *Salmonella* y otros microorganismos entéricos (44), correspondientes a América del Sur, indican que entre 2000 y 2004 se produjo un incremento de 43,5% en el número de aislamientos de *Salmonella*, para un total de 15.737 aislamientos. En este período, los serotipos más prevalentes fueron *S. enteritidis* (40%) y *S. typhimurium* (16%) (44). Por otra parte, han surgido nuevos y graves peligros en la cadena alimentaria, tales como las infecciones por *Escherichia coli* enterohemorrágica, y la encefalopatía espongiiforme bovina.

Los contaminantes químicos siguen siendo causa importante de enfermedades de transmisión alimentaria. Un buen ejemplo reciente es la intoxicación masiva por metanol que tuvo lugar en septiembre de 2006 en Nicaragua, cuyo Ministerio de Salud notificó la aparición de 788 casos, con 44 defunciones. Del mismo modo, toxinas naturales, como las micotoxinas y las toxinas marinas, y contaminantes ambientales como el mercurio y el plomo, han estado asociados con brotes de ETA.

Cabe señalar que en los países de la Región persisten las deficiencias en la cobertura de vigilancia epidemiológica en general, y la referida al componente ETA en particular, así como en otros aspectos, como la detección e investigación de brotes, la notificación y el análisis, y las desigualdades por razones geográficas. Entre 1993 y 2002 el sistema regional de ETA de la OPS recibió informes de brotes de 22 países de la Región: de 4.093 brotes en los que se identificó el agente etiológico, 21% se debieron a toxinas marinas (838 de ellos por ciguatoxina) y 4,6% a contaminantes químicos no especificados. Más recientemente, en una consulta de expertos de la OMS sobre la carga de las ETA realizada en septiembre de 2006 (45) se determinó que el arsénico, el cadmio, el flúor, el plomo y el metilmercurio son los contaminantes químicos sobre los cuales se dispone de mayor información cuantitativa como agentes de ETA.

Es importante destacar la relación entre el turismo y la inocuidad de los alimentos. El turismo es una de las industrias de mayor expansión en la Región, donde la cantidad de visitantes experimentó un crecimiento acumulado de 5% en la década pasada (1990–2000). En algunos países de la Región la actividad

turística representa hasta 25% del PIB, y constituye el principal rubro de ocupación e ingresos. Según datos del Consejo Mundial de Viajes y Turismo, en el Caribe esta industria proveyó 2,4 millones de puestos de trabajo y generó una actividad económica de US\$ 35.300 millones en el año 2000, lo que representa un aumento de casi 10 veces respecto a los US\$ 3.800 millones de 1980. En consecuencia, todos los aspectos que inciden en la calidad y la competitividad son muy importantes. Los brotes de ETA en hoteles de ciudades y zonas turísticas han provocado cancelaciones de viajes y reservas, así como una creciente preocupación en las agencias de turismo, las autoridades, los empresarios del sector y los seguros médicos. En varios países se ha registrado un aumento del número de notificaciones de “diarreas del viajero” por distintos agentes bacterianos y virales asociados a alimentos contaminados. Se ha informado que de 20% a 50% de los viajeros sufren al menos un episodio diarreico (46). El costo directo asociado a estos episodios es también significativo: Jamaica, por ejemplo, informa que el tratamiento médico a cada viajero afectado representa un perjuicio de US\$ 116,50 a la economía nacional, monto de los costos estimados por caso (47).

Del mismo modo, existe una relación muy directa entre la inocuidad de los alimentos y el comercio agroalimentario. Los productos frescos, que incluyen hortalizas, frutas, carnes y mariscos, corresponden aproximadamente a la mitad del total de las exportaciones alimentarias y agrícolas de todos los países en desarrollo. En América Latina cabe destacar la importancia de las exportaciones agrícolas en Centroamérica, el Cono Sur y la Región Andina, que contribuyen con 48%, 34% y 23% de todas las exportaciones, respectivamente. En el Brasil, por ejemplo, el agro-negocio representa 33,8% del PIB, 44% de las exportaciones y 37% del empleo. Todo este comercio se rige por el Acuerdo de Implementación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias de la Organización Mundial del Comercio, cuyos estándares de inocuidad de alimentos desempeñan un papel fundamental. Garantizar la inocuidad de los alimentos es esencial para lograr un crecimiento económico sostenido.

Los países han realizado importantes esfuerzos para mejorar sus sistemas de control de la inocuidad alimentaria: el Uruguay, con el proyecto de la Agencia Uruguaya de Seguridad Alimentaria; Venezuela y el Ecuador, con el desarrollo de sistemas nacionales integrados de control de los alimentos; Colombia y Perú, con la aplicación de sistemas de vigilancia epidemiológica, con su componente de enfermedades transmitidas por los alimentos. Sin embargo, siguen observándose debilidades en los sistemas vigentes de control de alimentos, según lo ha demostrado un estudio de la OPS (48) que caracterizó la organización de los sistemas de inocuidad de alimentos de los países miembros en términos de su institucionalidad, mediante análisis de conglomerados, y definió cinco marcos de trabajo: leyes y regulaciones de los alimentos; gestión del control de alimentos; servicios de inspección; monitoreo de los alimentos/vigilancia epidemiológica y servicios de laboratorio; e información, educación, comunicación y entre-

namiento. El análisis realizado generó siete conglomerados que satisfacen 87% de toda la variabilidad estudiada. Los datos obtenidos no reflejan con exactitud la realidad de los países debido a que fueron insuficientes, pero sí reflejan la tendencia observada en los sistemas de inocuidad de alimentos de los países evaluados.

El primer conglomerado está integrado por tres países cuyos sistemas de inocuidad alimentaria presentan las mejores condiciones, al alcanzar, en los marcos de trabajo definidos, un nivel de desarrollo que oscila entre 96% y 100%, con un promedio global de 99%; por tanto, el grado de desarrollo general de este conglomerado es casi equivalente al ideal planteado. En contraste, los otros dos conglomerados, integrados por 19 países, están constituidos por países con sistemas de inocuidad de alimentos de menor nivel de desarrollo, que oscila entre 25% y 60%, y un promedio global de 44% y 48%, respectivamente. Las cifras demuestran que estos países ni siquiera alcanzan la mitad de las condiciones del sistema ideal planteado en el estudio, y permiten identificar un ámbito de trabajo potencial para su modernización. Los cuatro conglomerados restantes, integrados por 11 países, presentan un promedio global en su nivel de desarrollo que varía de 58% a 81%, y pueden caracterizarse como países con sistemas de inocuidad de los alimentos de desarrollo medio. Su desarrollo completo se podría alcanzar con un programa coordinado de reestructuración y modernización.

Finalmente, la carga de morbilidad y discapacidad de las enfermedades de transmisión alimentaria no está bien definida en los países de la Región. La OPS, en coordinación con las autoridades nacionales de salud pública, ha organizado varias actividades regionales diseñadas para ayudar a los países a fortalecer sus sistemas de vigilancia de enfermedades y para determinar la carga de morbilidad de la gastroenteritis aguda. Los datos obtenidos permitirán evaluar la carga de gastroenteritis aguda de origen alimentario, la asociada con agentes patógenos específicos generalmente transmitidos por los alimentos, y la asociada con alimentos y grupos específicos de alimentos. Para 2004, la red de vigilancia activa de enfermedades transmitidas por los alimentos en los Estados Unidos (*Food net*) estimó que la tasa de gastroenteritis aguda transmitida por alimentos era de 0,72 casos por años-persona, lo que indicaría la existencia de 195 millones de episodios en el ámbito nacional (49).

El primer protocolo de estudios de carga de enfermedad desarrollado en conjunto con la OMS, la Agencia Canadiense de Salud Pública (PHAC), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), el Ministerio de Salud de Cuba y la OPS, se completó en el primer semestre de 2006. Datos preliminares determinaron que los tres sitios centinela seleccionados con base en las diferencias culturales, económicas, geográficas y climatológicas, hallaron que por cada caso de infección por *Shigella* spp. notificado al sistema de vigilancia, había 688, 639 y 570 personas que solicitaron atención médica en la comunidad, respectivamente (50).

Este estudio preliminar refuerza claramente la necesidad de determinar la verdadera carga de las ETA. La estimación del subregistro de estas enfermedades y la adaptación de metodologías mejoradas (microbiológicas y epidemiológicas) para la detección y notificación de los agentes patógenos en el ámbito nacional, permitirán el fortalecimiento de la capacidad de análisis epidemiológico para desarrollar sistemas de vigilancia activa de las ETA a partir de los casos diagnosticados.

## SALUD DE LOS TRABAJADORES

Las enfermedades, muertes y lesiones relacionadas con el trabajo no solo están determinadas por los riesgos ocupacionales tradicionales y emergentes, sino también por determinantes sociales (situación laboral, nivel de ingresos, género, grupo étnico), así como por el acceso a programas y servicios de salud ocupacional, y las prácticas de trabajo que afectan a la salud. Las características estructurales de los países de la Región (incluidos los aspectos demográficos y económicos, así como la participación relativa del sector privado) han contribuido a acentuar las inequidades que afectan las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores. Un estudio de la CEPAL determinó que entre 20% y 40% de la población con empleo continuó percibiendo ingresos insuficientes para adquirir una canasta básica de bienes (51). También se estableció que solamente 30% de los trabajadores del sector formal recibieron algún tipo de atención en salud ocupacional (52), que por lo general estaba dirigida al tratamiento y no a la prevención o promoción. Las tasas de accidentes mortales en el trabajo fueron 2,5 veces mayores en América Latina y el Caribe que en los Estados Unidos de América y el Canadá (53).

Desde 1992, las tasas de accidentes de trabajo mortales entre los trabajadores de la construcción de origen latinoamericano han sido marcadamente mayores que las de los demás trabajadores. En 2001 (el año más reciente medido), las tasas de defunción por lesiones relacionadas con el trabajo de la construcción entre los latinos fue de 19,5 por 100.000 trabajadores de tiempo completo (62,5% mayor que la tasa de 12,0 para los demás obreros de la construcción) (54). Además, 44,0% de los latinoamericanos perciben salarios debajo de la línea de pobreza y 19,4% tienen salarios debajo de la línea de pobreza extrema (55). En Honduras y Nicaragua se estima que entre 8% y 12% de todos los niños y de los jóvenes menores de 18 años trabajan o viven en las calles. Se calcula que el número de niños que trabajan seguirá creciendo a causa de la urbanización rápida, la distribución desigual de los ingresos, las crisis económicas, los desastres naturales y la pobreza (56). Estas inequidades se han agravado debido a las modificaciones de las políticas macroeconómicas y sociales relacionadas con la globalización, las reformas estatales, de la salud y de la seguridad social, la llamada flexibilización del mercado de trabajo y la extensión de la jornada laboral (57).

Sin embargo, hay que reconocer que ha disminuido el número de niños y jóvenes trabajadores en América Latina y el Caribe. En América Latina, en el año 2000, aproximadamente 17,4 millones de niños de 5 a 14 años trabajaban (16,1% del total de los niños de la Región), mientras que en 2004, la cifra se redujo a 5,7 millones de niños (5,1% del total de los niños de la Región). La cantidad de niños económicamente activos descendió entonces en más de dos tercios en esos cuatro años. La tasa de actividad reciente de la Región (5,1%) se acerca ahora a la de un conjunto heterogéneo de naciones, que comprende países en desarrollo, economías en transición y varios países de Oriente Medio y África del Norte (58).

Las tendencias levemente positivas del mercado de trabajo registradas en América Latina y el Caribe en los últimos años, son en parte el resultado de tres años sucesivos de crecimiento económico de más de 4%. La tasa de desempleo respecto de la población total se modificó levemente en 2006, pero aumentó 1,8 puntos porcentuales durante el decenio pasado. Ello se debió principalmente al aumento en la proporción de mujeres empleadas, que pasó de 41,5% en 1996 a 47,0% en 2006. La tasa de participación femenina en la fuerza de trabajo aumentó de 46,1% en 1995 a 52,4% en 2006 (59).

En cuanto a la protección social, la cobertura de los países es muy variable (cuadro 16) y no se dispone de suficiente información confiable y comparable, como lo demostró la encuesta de evaluación del Plan Regional de Salud de los Trabajadores de la OPS (60).

De acuerdo con la OIT, entre 1992 y 2002 la economía informal de América Latina creció de 42,8% a 46,5%. En general, el empleo informal se asocia a mayores riesgos ocupacionales, con falta de protección legal, de compensaciones y de beneficios de salud, así como a condiciones de trabajo inestables y escasas posibilidades de superar el nivel de una economía de subsistencia. Las mujeres, los niños y los ancianos son los trabajadores más desprotegidos (61).

### Riesgos ocupacionales y carga de morbilidad

Cerca de la mitad de la población de las Américas pasa la tercera parte de su vida trabajando. De acuerdo con la OMS, dos terceras partes de los trabajadores están expuestos a condiciones de trabajo inseguras e insalubres, en las que prevalecen varios riesgos con efectos sobre la salud (cuadro 17) (62).

En un informe de la OMS de 2005 sobre la contribución de los riesgos ocupacionales a la carga mundial de enfermedades laborales, se evaluaron cinco factores predominantes: los carcinógenos, las partículas transportadas por el aire, el ruido, los estresores ergonómicos y los riesgos de lesiones. El informe señala que en 2000 estos riesgos ocasionaron en todo el mundo 850.000 muertes —casi 40% del total de 2,2 millones de defunciones totales estimado por la OIT (63)—, además de la pérdida de unos 24 millones de años de vida sana.

**CUADRO 16. Cobertura de los sistemas de protección de los riesgos del trabajo, países seleccionados de las Américas, 2001–2004.**

País	Año	Porcentaje de población económicamente activa	Porcentaje de población ocupada	Porcentaje de asalariados	Fuente
Cuba	2004	79,4	100	ND	INSAT. Cálculos de la Encuesta de Evaluación del Plan Regional de la OPS
Canadá	2004	68,0	100	ND	Cálculos de la Encuesta de Evaluación del Plan Regional de la OPS
Estados Unidos	2004	63,0	75,4	81,5	Universidad de Texas. Cálculos de la Encuesta de Evaluación del Plan Regional de la OPS
Chile	2004	61,9	68,3	96,1	MinSalud. Cálculos de la Encuesta de Evaluación del Plan Regional de la OPS
Panamá	2002	56,7	66,2	ND	MSST. Cálculos de la Encuesta de Evaluación del Plan Regional de la OPS
Costa Rica	2001	52,4	72,6	72,6	FISO/BID
	2004	50,9	71,5	71,5	CCSS
Argentina	2004	32,3	45,1	59,1	SRT Cálculos de la Encuesta de Evaluación del Plan Regional de la OPS
México	2003	28,7	29,4	ND	IMSS Informe al Ejecutivo Federal 2003–2004, Junio 2004
Guatemala	2001	24,6	ND	ND	FISO/BID 2002
Colombia	2004	23,4	27,0		SENA Cálculos de la Encuesta de Evaluación del Plan Regional de la OPS
El Salvador	2000	19,6	24,5	47,2	FISO/BID 2002
Nicaragua	2001	16,5	18,5	ND	FISO/BID 2002
	2004	16,2	18,5	ND	OPS Cálculos de la Encuesta de Evaluación del Plan Regional de la OPS
Perú	2004	9,5	12,0	90	MSST Cálculos de la Encuesta de Evaluación del Plan Regional de la OPS
Brasil	2001	ND	40,0	NS	OIT Panorama Laboral 2003
Ecuador	ND	ND	ND	ND	ND
República Dominicana	2002	ND	ND	(9,0)	No se conoce el número de asegurados (OIT 2004)
Paraguay	2001	ND	9,0	ND	OIT Panorama Laboral 2003
Uruguay	ND	ND	ND	ND	ND
Venezuela	ND	ND	ND	ND	ND

ND: información no disponible.

INSAT: Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores.

OIT: Organización Internacional del Trabajo.

FISO/BID: Fundación Iberoamericana de Seguridad y Salud Ocupacional/Banco Interamericano de Desarrollo.

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.

SRT: Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

SENA: Servicio Nacional de Aprendizaje.

MSST (Panamá): Ministerio de Seguridad Social y Trabajo.

MSST (Perú): Mesa de Seguridad y Salud en el Trabajo.

A pesar de la gravedad de esta situación, en América Latina y el Caribe se destacan la escasez de datos y las dificultades para recolectar información confiable sobre lesiones y enfermedades ocupacionales debido a la falta de sistemas de vigilancia adecuados para definir los daños y sus factores de riesgo, el subdiag-

nóstico, el subregistro, y la necesidad de contar con profesionales más capacitados en los campos médico y de salud pública. Se estima que solamente entre 5% y 10% de las enfermedades ocupacionales se notifican en los países en desarrollo. Sin embargo, en algunos países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Ni-

**CUADRO 17. Factores de riesgo ocupacional, por tipo, Región de las Américas.**

Factores de riesgo	Principales actividades económicas	Consecuencias (efectos)	Situación en la Región
<b>Físicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruido</li> <li>• Vibraciones</li> <li>• Radiaciones (ionizantes y no ionizantes)</li> <li>• Temperatura extrema</li> <li>• Campos electromagnéticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minería</li> <li>• Agricultura</li> <li>• Construcción</li> <li>• Pesca</li> <li>• Selvicultura</li> </ul>	<p>La sordera es una de las primeras causas de morbilidad laboral en varios países de la Región. Según la OMS, 16% de los casos de hipoacusia son atribuibles a la exposición en el lugar de trabajo. Las enfermedades derivadas de la exposición a los otros factores de riesgo físicos también generan morbilidad laboral y discapacidad importante en la Región.</p>	<p>La complejidad de la etiología, diagnóstico y evaluación de los factores de riesgo físicos hace difícil su intervención integral. Estos factores afectan hasta a 80% de la población laboral en países en desarrollo.</p>
<b>Ergonómicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Levantamiento de cargas pesadas</li> <li>• Trabajo monótono y repetitivo</li> <li>• Ritmos acelerados de trabajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minería</li> <li>• Agricultura</li> <li>• Construcción</li> <li>• Sector servicios</li> </ul>	<p>Los trastornos musculoesqueléticos son una de las primeras causas de morbilidad laboral.</p> <p>La OMS ha estimado que 37% de todos los dolores en la región lumbar en el mundo son atribuibles al trabajo.</p>	<p>Los trastornos musculoesqueléticos, referidos especialmente a los miembros superiores y las lumbalgias, son actualmente las enfermedades ocupacionales más comunes en los países de la Región, y suponen una importante discapacidad, especialmente entre los trabajadores jóvenes.</p>
<b>Biológicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Más de 200 tipos de virus, bacterias, hongos, parásitos, mohos, polen y polvo orgánico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sector servicios (trabajadores de la salud)</li> <li>• Agricultura</li> </ul>	<p>Enfermedades infecciosas transmitidas por la vía respiratoria y sanguínea, como la tuberculosis, la infección por el VIH, la hepatitis, las infecciones emergentes como el síndrome agudo respiratorio severo (SARS) o la gripe aviar.</p>	<p>En América Latina y el Caribe, algunos países han notificado que los trabajadores de la salud tienen de 1,5 a 2 veces más riesgo de adquirir el virus de la hepatitis B. Sin embargo, la inmunización contra esta infección llega solamente a 39% de cobertura en varios países.</p>
<b>Psicosociales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrés ocupacional</li> <li>• Acoso psicológico</li> <li>• Sobrecarga</li> <li>• Poco control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sector servicios (financiero, banca, seguros y teletrabajo)</li> <li>• Agricultura</li> <li>• Manufactura</li> </ul>	<p>El estrés ocupacional y el acoso psicológico en el trabajo son las consecuencias más comunes de este tipo de riesgos. También se incluye el síndrome de estrés postraumático, especialmente en trabajadores de la salud. El estrés ocupacional también se asocia con problemas cardiovasculares y del aparato digestivo y con enfermedades inmunológicas, entre otros.</p>	<p>Los riesgos psicosociales han sido referidos como la segunda causa más común de problemas relacionados con el trabajo en los trabajadores estadounidenses, y cada vez más figuran como causa de discapacidad, disminución de la productividad y ausentismo en diversos países de la Región.</p>
<b>Químicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de químicos</li> <li>• Fuego y explosión</li> <li>• Disposición de residuos peligrosos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agricultura, Industria química, Manufactura, Industria farmacéutica, Producción de químicos</li> </ul>	<p>La exposición a contaminantes químicos en el lugar de trabajo es responsable de problemas tales como intoxicaciones, asma, lesiones del sistema nervioso central, lesiones hepáticas, diversas formas de cáncer y dermatitis.</p>	<p>De 1.500 a 2.000 productos químicos son utilizados intensivamente, causando intoxicación por plaguicidas y metales pesados, con lesiones del sistema nervioso periférico y central, lesiones hepáticas, dermatitis, asma, alergias, problemas reproductivos, cáncer ocupacional y otros.</p> <p>Para el año 2002, la tasa de intoxicación aguda por plaguicidas en Centroamérica fue de 15,8 por 100.000 habitantes, con un total de 712 muertes en el año.</p>

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud, Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental.

caragua) el creciente interés político, aunado a los procesos de integración, ha llevado a cambios legislativos importantes y a un fortalecimiento de los sistemas de vigilancia ocupacional.

#### *Accidentes ocupacionales*

El informe de la OMS antes mencionado estima que los accidentes laborales, que representan 8% de todos los accidentes en el mundo, provocan 312.000 muertes y una pérdida de 10 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). La agricultura, la construcción y la minería siguen siendo las actividades económicas más peligrosas, especialmente en los países en desarrollo. En América Latina y el Caribe, entre los países que poseen un sistema de información más confiable, la encuesta de evaluación del Plan Regional de Salud de los Trabajadores reveló que, en 2003, el porcentaje de trabajadores que habían sufrido accidentes ascendía a 8,8% en Chile (64), 8,8% en la Argentina, 6,8% en Colombia, 5,0% en los Estados Unidos y 2,0% en el Canadá. Muchos otros países no contaban con cifras o estas correspondían a años anteriores al período 2000–2005.

En cuanto a las tendencias de los accidentes ocupacionales, en México las estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) indican, que en el decenio 1992–2002, la tasa de accidentes de trabajo por cada 100 asegurados descendió de 6,6 en 1992 a 3,5 en 2002 para los hombres, y de 2,7 a 1,3 en el mismo período para las mujeres (60).

En el caso de Chile, la Encuesta Laboral 2004 (65) muestra que la tasa disminuyó de 10,4% en 1997 a 7,1% en 2004. Al mismo tiempo, la tasa de accidentes fatales disminuyó de 12% en 2003 a 9% en 2004 (53). Esta información contrasta con la que ofrece el Informe de Equidad en Salud Ocupacional 2005, que señala una escasa reducción en la tasa de accidentes entre 1990 y 2002 (de 11,5% a 9,0%), y con la de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), que registra una disminución de 9,1% en 2000 a 8,8% en 2003 (64).

En Colombia, se observa un incremento constante en el número y la tasa de accidentes de trabajo entre 1994 y 2003; en 2004 comienzan a descender y hacia el final de 2005 se registraron 327.235 presuntos accidentes de trabajo, de los cuales más de 75% fueron calificados como de origen profesional, con una tasa de 5,2% (66).

#### *Enfermedades ocupacionales*

La enfermedad profesional de las últimas décadas se caracteriza por perfiles de riesgo mixtos, con prevalencia de las “viejas epidemias”, como las enfermedades respiratorias ocupacionales, las dermatosis, la hipoacusia profesional y las intoxicaciones, junto con las “nuevas epidemias”, como los trastornos musculoesqueléticos, las enfermedades cardiovasculares crónicas, el estrés ocupacional, el acoso psicológico, y otras enfermedades emergentes, como la hipersensibilidad química múltiple, el cáncer ocupacional y los efectos de la nanotecnología.

La exposición a amianto, sílice y productos químicos peligrosos en los lugares de trabajo es responsable de 9% de todos los

cánceres del pulmón, la tráquea y los bronquios, y de 2% de todas las leucemias en el mundo. Se estima que durante 2000 la exposición ocupacional a agentes cancerígenos ocasionó 102.000 muertes y 1 millón de AVAD en el mundo. La fracción atribuible al trabajo de las neumoconiosis (sílice, amianto y carbón) y del mesotelioma es de 100%. En el Brasil, el número de trabajadores expuestos al silicio durante más de 30% de la jornada de trabajo es superior a los 2 millones concentrados en la construcción, la minería, la industria metalúrgica y de transformación de minerales no metálicos. En Bolivia y en el Perú las prevalencias son similares, pero registran también silicotuberculosis. En 2005, en el Perú, entre 3.500 y 4.000 trabajadores con silicosis no tenían cobertura de la seguridad social.

De acuerdo con las estimaciones de la OMS, las enfermedades pulmonares crónicas no malignas habrían causado 360.000 muertes y cerca de 6,6 millones de AVAD (63). En el año 2000, se consideró que 11% de todos los casos de asma en el mundo son derivados de la exposición ocupacional. Con respecto a los estresores ergonómicos, el informe de la OMS estimó que producían 800.000 AVAD perdidos. Asimismo, las pérdidas de la audición habrían causado 4,2 millones de AVAD perdidos. Para el personal de salud, el informe determinó que 40% de las hepatitis B y C, y entre 1% y 12% de todos los casos de VIH/sida son debidas a pinchazos.

En cuanto a la frecuencia de enfermedades ocupacionales en las Américas, cuando se formuló el Plan Regional de la OPS, a finales del decenio de 1990, se estimó que en América Latina y el Caribe solo se notificaban entre 1% y 4% de los casos, y se propuso fortalecer las estrategias para el diagnóstico y reconocimiento de estas enfermedades en toda la Región. Sin embargo, los resultados no son muy halagüeños. La encuesta del Plan Regional de Salud de los Trabajadores y algunas otras fuentes, así como estudios realizados recientemente, muestran que Chile notificó un incremento significativo del número de casos entre 2000 (4.481) y 2004 (9.200). La Argentina informó 5.630 casos para 2003, con una tasa de 10 por 10.000 trabajadores. Colombia notificó para 2003 una tasa de 2,43 por 10.000 trabajadores, mientras que en los Estados Unidos se estimaba para el mismo año una tasa de 33,3 por 10.000 trabajadores. Los demás países no disponían de datos nacionales, aunque la gran mayoría de ellos contaban con un listado oficial de enfermedades profesionales. Las diferencias entre las tasas de los Estados Unidos y las de América Latina se deben al problema de la subnotificación en los países latinoamericanos.

En México, por ejemplo, entre 1992 y 2002 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) registró 5.212.372 riesgos de trabajo, de los cuales solo 0,9% fueron catalogados como enfermedades de trabajo. Las más frecuentes fueron los trastornos del oído y las sorderas traumáticas, las infecciones respiratorias por diversas exposiciones de origen químico (neumoconiosis, antracosis y bronquitis crónica) y las dermatitis por contacto. Existe un subregistro importante, dado que más de 50% de los

“Tenemos que poder determinar con mayor precisión los límites esenciales de la calidad ambiental de forma que podamos establecer estándares realistas que por un lado no interrumpen el desarrollo, y que por otro no comprometan la salud.”

Abraham Horwitz, 1973

trabajadores no están asegurados por el IMSS o no son cotizantes de este.

En Costa Rica, los registros de enfermedad profesional se incluyen dentro de las estadísticas de accidentes de trabajo, por lo cual su discriminación y análisis no resultan fáciles. Para 2004 se incluyeron envenenamiento e intoxicaciones (430), disfonías (398), efectos por exposición climatológica (224), asfixias (101), efectos por electricidad (81), efectos nocivos de radiaciones (33), lumbalgias (5.693) y otras (4.474). Sin embargo, es difícil correlacionar los registros de exposición y los daños, de modo que no se pueden sacar conclusiones con respecto a la situación de las enfermedades profesionales más allá de pensar que hay un registro relativamente alto de lumbalgias, intoxicaciones (no se sabe de qué tipo) y disfonías.

En la Argentina, la Superintendencia de Riesgos del Trabajo señaló que durante 2003 las enfermedades profesionales representaron 1,4% de los casos de accidentes notificados, y estimó una incidencia de enfermedades profesionales de 1 por 1.000 trabajadores. Las enfermedades más frecuentes son las del oído (hipoacusia), con más de 50% de los casos (67).

La Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) de Chile indicó que para 2004, 44,3% de las enfermedades profesionales generaron incapacidad temporal, 0,8% invalidez parcial, 0,01% invalidez total (ocho casos) y una sola muerte. Sin embargo, no fue posible encontrar en esta fuente diagnósticos registrados como tales. La Asociación de Mutualidades del Trabajo (AMAT) registró para el año 2000 una cifra única de 4.481 enfermedades profesionales declaradas, principalmente lesiones de la piel, trastornos osteoarticulares, enfermedades de las vías respiratorias altas y bajas, intoxicaciones, e hipoacusia (68), cifra que se mantuvo durante el bienio 2000–2001.

En Colombia, el número de enfermedades profesionales registradas fue de alrededor de 700 casos anuales entre 1996 y 1999, y de cerca de 900 casos anuales entre 2000 y 2003, con una tasa promedio anual de 2 casos por 10.000 trabajadores. En el último bienio, el registro tuvo un importante incremento y llegó a duplicar las cifras para 2005, con 1.909 casos calificados (tasa de 3,74 por 10.000) (69). Entre las enfermedades profesionales, las del sistema musculoesquelético continúan siendo las más frecuentes y costosas, pues representan 33,8% de todas ellas, a pesar del subregistro y las dificultades diagnósticas. Le siguieron en orden de frecuencia, las enfermedades respiratorias crónicas, con 23,8%,

las dermatosis, con 18,4%, y la hipoacusia profesional, con 14,5%.

Un estudio sobre las condiciones de salud ocupacional realizado en Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá (más de 12 millones de trabajadores), también reconoció los problemas de registro y subregistro de las enfermedades profesionales en esos países (70). Es llamativo que en tres de ellos (Costa Rica, Nicaragua y Panamá), varios problemas crónicos de salud fueron notificados como asociados a la exposición ocupacional a plaguicidas, incluidos la alta incidencia de lesiones de la piel, los efectos neurotóxicos crónicos entre trabajadores con intoxicaciones previas por insecticidas organofosforados y entre trabajadores expuestos al DDT (hombres y mujeres que trabajan en plantaciones bananeras).

#### Mortalidad laboral

Según datos de la OIT, globalmente la mortalidad laboral, tanto por accidentes de trabajo como por enfermedades profesionales, se ha venido incrementando. La OIT atribuye a América Latina 11% de los accidentes de trabajo mortales en el mundo y estima en cerca de 140.000 las muertes relacionadas con el trabajo en 2003. Para América Latina y el Caribe, los números absolutos revelan que los casos están representados principalmente por accidentes de trabajo y violencia, trastornos genitourinarios, enfermedades circulatorias, neoplasias malignas y enfermedades infectocontagiosas. Las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias malignas figuran entre las primeras causas, con cerca de 55% de todos los casos, seguidas de accidentes y violencia, con 22%.

Solo 46% de los países encuestados informaron sobre estadísticas de accidentes de trabajo mortales, y 30% notificaron estadísticas de mortalidad por enfermedad profesional. La tasa de mortalidad por accidentes de trabajo fluctuó entre 32,8% en Nicaragua y 4,0% en los Estados Unidos. En América Central, los registros de mortalidad por intoxicación aguda con plaguicidas (proyecto PLAGSALUD) indican una tendencia progresiva al aumento de la tasa, que pasó de 0,30 por 100.000 habitantes en 1992 a 2,44 por 100.000 en 1999, y descendió luego a 1,87 en 2002 (60).

#### Políticas y alianzas internacionales

En el período 2001–2005 se han observado importantes progresos en el campo de la salud de los trabajadores en la Región, que se reflejaron en la IV Cumbre de las Américas, realizada en Mar del Plata en noviembre de 2005, donde los jefes de Estado se comprometieron a promover “marcos integrados de políticas públicas ambientales, de empleo, de salud y de seguridad social para proteger la salud y seguridad de todos los trabajadores y trabajadoras” y a impulsar “una cultura de prevención y control de riesgos ocupacionales en el Hemisferio” (71). Fue el resultado de un trabajo intenso y efectivo de programas y buenas prácticas de salud de los trabajadores, basado en alianzas estratégicas, programáticas y operativas con instituciones subregionales, regionales e

internacionales (la OMS, la OIT, la Comisión Internacional para la Salud Laboral (ICOH), Fondo para el Medio Ambiente Mundial (FMAM), la Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe (OREALC), la Organización de Estados Americanos (OEA), la Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Comisión Interamericana de Educación (CIE), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), el MERCOSUR y la Comunidad Andina de Naciones (CAN)), y nacionales, incluidas las instituciones gubernamentales, del sector laboral, privado y académico (Red de Centros de Excelencia y Colaboradores de OPS/OMS), y las organizaciones no gubernamentales (Red del Foro Hispano en los Estados Unidos).

El trabajo sinérgico de estas alianzas ha estado orientado principalmente por la Iniciativa de Ambientes de Trabajo Saludables, que constituye la estrategia transversal del Plan Regional de Salud de los Trabajadores de la OPS y se dirige al fortalecimiento institucional de los países mediante la formación de recursos humanos, el establecimiento de sistemas de información, el apoyo a la investigación aplicada, la divulgación de información, la gerencia de sistemas de salud de los trabajadores y el intercambio de información y de buenas prácticas.

Entre los avances realizados se destacan la ejecución en Centroamérica de los programas consolidados de la OEA/CIMT (Conferencia Interamericana de Ministros de Trabajo de la OEA) y la OIT, sobre buenas prácticas, en los que se utilizó la caja de herramientas OPS/CERSSO (Centro Regional de Seguridad y Salud Ocupacional) para la implementación de la iniciativa de ambientes de trabajo saludables en el sector de la maquila y la floricultura. El análisis del costo beneficio con la caja de herramientas puso de relieve que las inversiones en prevención en las maquiladoras, por ejemplo las efectuadas en Guatemala y la República Dominicana, tendrían un retorno de inversión de entre 3 y 33 veces (72).

Es de destacar el compromiso de la OPS con la promoción de la Alianza Estratégica Hemisférica Intersectorial entre Salud, Trabajo, Educación y Ambiente, como una herramienta de cooperación técnica horizontal orientada a buscar sinergias entre sectores con objetivos comunes.

Otro avance importante es el trabajo conjunto con la OIT para fortalecer los sistemas de información y reducir los factores que favorecen el subregistro. Se ha acordado con la CIMT y la OIT preparar dos indicadores básicos regionales: accidentes mortales y no mortales, e intoxicación por plaguicidas, como los primeros para constituir el conjunto de datos básicos de la OPS. Esta propuesta se apoyará en sistemas de información establecidos y confiables en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Jamaica, México y Nicaragua, con el fortalecimiento del diagnóstico y registro de la enfermedad ocupacional, y el establecimiento de Observatorios de Salud de los Trabajadores requeridos por la ley. En relación con la divulgación de información, juntamente con la OIT, la OPS

ha patrocinado y respaldado técnicamente una red virtual para el campo de la salud y la seguridad en el trabajo, que opera como un foro de discusión, agrupando a participantes de 40 países de habla hispana y portuguesa.

Con el apoyo de los Centros Colaboradores de la OPS/OMS, el Instituto Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo de los Estados Unidos (NIOSH), el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP), FUNDACENTRO, del Brasil, y el Programa de Salud de los Trabajadores de la OMS, se puso en marcha el Plan Regional de las Américas para la Eliminación de la Silicosis en esta Región.

## SALUD AMBIENTAL INFANTIL

En los últimos 10 años, la Región ha experimentado una dinámica demográfica y socioeconómica caracterizada por el crecimiento acelerado de la población, el desplazamiento de personas desde las zonas rurales hacia los centros urbanos, la pobreza, la proliferación de asentamientos humanos informales y la sobrepoblación de las zonas periféricas de las grandes ciudades, además de un amplio desarrollo industrial, comercial y agrícola. Todo ello ha contribuido a una contaminación sin precedentes del aire, el agua y el suelo, y a la aparición de muchas enfermedades que afectan principalmente a los grupos más vulnerables, sobre todo a los niños.

En los países industrializados, los niños enfrentan nuevos riesgos y amenazas derivados de la contaminación urbana y los desechos químicos y radiactivos, así como de las transformaciones del ambiente social debido al aumento del abuso de sustancias psicotrópicas, la violencia y las lesiones causadas por accidentes. Por su parte, en los países en desarrollo prevalecen los riesgos tradicionales, y las amenazas se acentúan como consecuencia de diversos factores, tales como el crecimiento demográfico desordenado, la pobreza, el escaso acceso a agua potable y saneamiento básico, y la deficiente calidad de las viviendas, que profundizan las condiciones de desigualdad e inequidad. Las interrelaciones de todos estos factores siguen manifestándose en las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias y las enfermedades transmitidas por mosquitos y otros vectores, a las que puede agregarse el riesgo de intoxicación por el mal uso y la eliminación inadecuada de los plaguicidas. Además, las transformaciones ambientales causadas por el cambio climático, la deforestación, y las sequías e inundaciones, incrementan la incidencia de las enfermedades emergentes y reemergentes.

Los niños corren mayor peligro que los adultos frente a los riesgos ambientales, por un lado porque pueden verse más fácilmente expuestos a las amenazas ambientales, y por otro lado porque sus organismos y sistemas en desarrollo los vuelven más sensibles a determinadas exposiciones que suponen peligros para su salud. Los comportamientos característicos de las etapas evolutivas tempranas, tales como llevarse cosas a la boca, gatear, reptar, trepar a lugares peligrosos, explorar los alrededores y pro-



bar nuevas habilidades, amplían su exposición. Cuando los niños viven, juegan, aprenden o trabajan en ambientes degradados, los comportamientos antes mencionados los exponen a situaciones peligrosas. Los niños pobres son los más afectados, ya que suelen vivir en ambientes más inseguros y contaminados, y a menudo sus organismos mal nutridos y debilitados no consiguen luchar contra las enfermedades e infecciones. Además, los niños pobres a menudo pasan a formar parte de la fuerza laboral a edades tempranas, ya sea para mantenerse ellos mismos o a sus familias, y suelen realizar actividades peligrosas que aumentan el riesgo de lesiones y enfermedades.

Se necesita contar con mejor información para conocer verdaderamente los ambientes donde viven los niños y comprender las interacciones complejas de esos ambientes con las diversas amenazas que pueden dar lugar a traumatismos o enfermedades. La mejor manera de expresar este conocimiento e información es a través de indicadores específicos que no solo proporcionan signos de las amenazas ambientales y del posible impacto sobre la salud, sino que también ofrecen datos para la toma de decisiones y la evaluación de las intervenciones.

### Compromisos políticos

Cuatro declaraciones internacionales sirven específicamente para ofrecer una perspectiva del desarrollo y de la erradicación de la pobreza, la inversión en el ambiente para la sostenibilidad social del desarrollo, y el compromiso con la salud y el bienestar de los niños como una inversión para el futuro. Se trata de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Cumbre para la Tierra) (73), la Declaración del Milenio (74), la Declaración de Johannesburgo sobre el Desarrollo Sostenible (75), y la Declaración de Mar del Plata (76), que a continuación se reseñan.

#### *Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Cumbre para la Tierra)*

En 1992, durante la Cumbre para la Tierra que tuvo lugar en Río de Janeiro, los líderes de los países adoptaron los principios del desarrollo sostenible. Asimismo, aprobaron el Programa 21, que estableció una plataforma para las obras integradas sobre el desarrollo y la protección ambiental. El artículo 40 del Programa 21 de la Declaración de Río sobre Ambiente y Desarrollo urge a los gobiernos a elaborar indicadores eficaces para la toma de decisiones orientadas a alcanzar un desarrollo sostenible y para la ejecución y evaluación de las intervenciones de desarrollo que podrían afectar al ambiente, la salud humana, o ambos. El primer principio de la Declaración de Río establece que “los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sostenible. Tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza”. Este principio procura despertar el interés de los gobiernos en actividades de desarrollo económico que, al mismo tiempo, contribuyan a aliviar los pro-

blemas de salud y mejorar el bienestar de los seres humanos.

#### *Declaración del Milenio*

En septiembre de 2000, los líderes del mundo adoptaron la Declaración del Milenio, en la que reconocen que “les incumbe la responsabilidad colectiva de respetar y defender los principios de la dignidad humana, la igualdad y la equidad en el plano mundial”. La Declaración plantea también el deber de los líderes de satisfacer en particular las necesidades “de los niños del mundo, a los que pertenece el futuro”, y establece los objetivos de reducir la pobreza, eliminar el hambre, y asegurar el acceso a agua potable y el mejoramiento de las condiciones de vida. Exhorta a los jefes de Estado a velar por que todos los niños del mundo puedan completar los estudios primarios y tengan igualmente acceso a todos los niveles de la enseñanza. Las metas también incluyen reducir la mortalidad infantil y combatir las enfermedades. La Declaración promueve la igualdad de género e insta a adoptar medidas para mejorar las vidas de los habitantes de barrios pobres, y a formular estrategias para que los jóvenes tengan la posibilidad real de encontrar un trabajo digno y productivo. Recuerda al mundo los compromisos contraídos para proteger el ambiente y los ecosistemas, y destaca la necesidad de legar a los niños un mundo rico en recursos naturales. Las metas, medibles y cuantificables, estaban diseñadas para evaluar e informar sobre el progreso anual hacia los objetivos.

#### *Declaración de Johannesburgo sobre Desarrollo Sostenible*

La Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible reunida en Johannesburgo (Sudáfrica) constituyó una oportunidad sin precedentes para el fortalecimiento del papel de la salud en el desarrollo sostenible. Se rescató allí el primer principio de la Declaración de Río, y se subrayó que la salud es un recurso, pero también un producto del desarrollo sostenible, por consiguiente, el desarrollo no puede realizarse cuando la pobreza y las enfermedades debilitan a los seres humanos, y la salud de la población no puede mantenerse sin una respuesta adecuada del sistema de salud dentro de un ambiente sano. Se instó a los países a luchar contra la pobreza, como un medio para lograr la salud de la población y el desarrollo sostenible.

En esta Cumbre se lanzó la Alianza Ambientes Saludables para los Niños, con el propósito de contribuir al logro de las metas del milenio relacionadas con la salud y el ambiente. El objetivo general de esta iniciativa consiste en impulsar una acción mundial para afrontar las amenazas y riesgos para la salud a que están expuestos los niños en los ambientes donde viven, aprenden y juegan. Se consideró un número importante de factores de riesgo para estos tres contextos, incluidos el abastecimiento de agua inadecuado en cantidad y calidad; la falta de higiene y el saneamiento insuficiente; las enfermedades transmitidas por vectores; la contaminación del aire (por el uso de combustibles sólidos y el humo de tabaco en el interior de las viviendas); los traumatismos no intencionados (accidentes) dentro y fuera del

hogar; la exposición a productos químicos (plaguicidas, plomo), y los hábitos nocivos. La iniciativa exige una acción integrada local con la participación de diferentes sectores, tales como salud ambiental, educación, industria, agricultura, energía, así como del gobierno y los sectores de protección social locales. La Cumbre para el Desarrollo Sostenible examinó la necesidad de intercambiar información entre los sectores y de realizar un análisis más profundo de los efectos del desarrollo sobre el medio ambiente y la salud pública, prestando especial atención a los grupos más vulnerables. Bajo el liderazgo de la OMS se creó la Iniciativa Mundial para el Establecimiento de Indicadores de la Salud Ambiental Infantil.

#### *Declaración de Mar del Plata*

Esta declaración, firmada en noviembre de 2005, reitera el compromiso de dirigir los esfuerzos hacia el fortalecimiento y consolidación de las alianzas entre los ministros de salud y de ambiente y los sectores relacionados con la salud y el ambiente; reconoce la importancia de la coordinación de esfuerzos entre estos sectores, y promueve políticas públicas sobre desarrollo sostenible orientadas a la reducción de la pobreza y la inequidad y a la protección de la salud pública de los países de las Américas. En la Agenda de Cooperación del anexo de esta Declaración, a nivel regional y subregional los participantes en la Cumbre centran sus esfuerzos en el manejo integrado de los recursos hídricos y los residuos sólidos; la gestión racional de las sustancias químicas; y la salud ambiental infantil.

En relación con este último punto, subraya los siguientes temas: fortalecer la capacitación en materia de salud ambiental infantil en todos los niveles de atención de salud; fortalecer los programas de educación y los incentivos para la participación social como parte de una estrategia amplia para la promoción de la salud ambiental infantil; incorporar el tema de la salud ambiental infantil en los programas educativos formales; promover la organización de foros sobre la salud ambiental de los niños, e incorporar este tema en otros foros; diseñar estrategias para llevar a la práctica iniciativas sobre salud ambiental de los niños; promover estudios de cohorte sobre los efectos de la contaminación en la salud de niños; promover medidas que apunten a reducir los riesgos ambientales relacionados con las enfermedades zoonóticas; promover la creación y consolidación de redes de unidades pediátricas ambientales, y fortalecer las capacidades para reconocer y tratar intoxicaciones infantiles con plaguicidas y otros productos químicos.

#### **Progresos en la salud ambiental infantil**

Las principales actividades realizadas por la OPS en colaboración con los países fueron:

- En 2003, como parte de la Semana de la Salud en las Américas, se llevó a cabo en Lima un taller regional sobre temas

científicos y políticos clave en relación con la salud ambiental. Durante esa reunión se lanzó la Iniciativa Ambientes Saludables: Niños Saludables, diseñada por la OPS. Se elaboraron recomendaciones de consenso para mejorar la salud de los niños y controlar las amenazas ambientales en toda la Región (77).

- Como antecedentes de la situación, mediante la movilización de grupos intersectoriales nacionales e internacionales se prepararon perfiles de país sobre el estado de la salud ambiental infantil (2004). Los 18 perfiles nacionales presentados brindaron abundante información acerca del estado de la salud ambiental infantil en la Región y sirvieron de base para la elaboración de un resumen regional de los datos y los resultados.
- Para promover las iniciativas de salud ambiental infantil, se prepararon paquetes multimedios promocionales para instrucción, educación y concientización, que fueron puestos a disposición del público en cuatro idiomas (2004). En el marco de este proyecto se diseñaron numerosos mensajes para la prensa escrita, radial y televisiva orientados a captar la atención de los niños y de los miembros de la comunidad y a aumentar la toma de conciencia general en toda la Región sobre la importancia de crear espacios limpios y saludables para proteger a los niños de los peligros ambientales. Se prepararon y distribuyeron 2.000 carpetas, cada una con un vídeo, un DVD y material de apoyo (78).
- El Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental de la OPS (SDE/OPS) colabora con cuatro países (Argentina, Ecuador, Paraguay y la República Dominicana) en la elaboración de planes de acción nacionales en materia de salud ambiental infantil, los cuales incluyen el establecimiento de unidades pediátricas ambientales. Esta actividad se basó en información proveniente de los perfiles nacionales en salud ambiental infantil.
- La OPS lideró iniciativas relacionadas con los indicadores de salud ambiental infantil, o participó en ellas, en su calidad de miembro del grupo consultivo de la CCA del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN). La Comisión publicó en 2006 un conjunto de indicadores en tres escenarios de salud ambiental: calidad del aire, exposiciones a sustancias químicas y calidad del agua (79).
- En 2004, la OPS organizó en Costa Rica una reunión con países de América Latina y el Caribe, en la que se identificó el primer conjunto de indicadores de salud ambiental infantil para la Región. Un documento de antecedentes y un informe de la reunión sirvieron de herramienta a los representantes de los países cuando regresaron de la reunión y se dispusieron a recolectar los datos necesarios (80, 81).
- En 2004 se elaboró un informe técnico sobre los Efectos para la Salud Humana de los Contaminantes Orgánicos Persistentes, con la colaboración del Instituto Regional de Estudios en Sustancias Tóxicas (IRET) (82).

- En la reunión de Ministros de Salud y de Ambiente realizada en Mar del Plata (Argentina) en 2005, la OPS presentó un plan de acción regional sobre medio ambiente y salud infantil.
- Con respecto a la contaminación del aire y los efectos sobre la salud infantil en las Américas, basándose en los datos y la experiencia de toda la Región, el Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental de la OPS produjo un documento científico sobre la contaminación del aire, centrándose en gran parte en la exposición a partículas y sus efectos sobre la salud de los niños. Este documento mostró que por la combinación de contaminación aérea generalizada y densidad de población elevada de muchas zonas urbanas de la Región, gran cantidad de personas se encuentran expuestas a sustancias nocivas. Destacó muchas implicaciones económicas para la sociedad, que abarcan desde una mayor necesidad de atención médica hasta la disminución de la productividad y el empeoramiento de la calidad de vida. Contribuyó a impulsar esta investigación la declaración de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible de 2002, en cuanto a la necesidad de reducir en particular las enfermedades respiratorias y otras consecuencias para la salud resultantes de la contaminación aérea (83).

## SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Un aspecto esencial de la salud humana es la seguridad en la alimentación, entendida como la adecuación nutricional resultante de un buen equilibrio entre la oferta de alimentos y los requerimientos nutricionales. La insatisfacción de las necesidades básicas en materia de alimentos, agua, aire, y otros, constituyen el quehacer de la inseguridad alimentaria y nutricional (84).

La inseguridad alimentaria y nutricional por lo general se observa de modo indirecto, por la prevalencia de sus manifestaciones, que son tardías y casi siempre irreversibles. Las alteraciones en el crecimiento físico y el desarrollo mental; los cambios anormales de peso corporal, con deficiencias y excesos; la morbilidad aguda y crónica; las limitaciones en el rendimiento escolar y en la productividad del adulto, así como la mortalidad en todos los grupos de edad, son algunas de las expresiones a corto y mediano plazo de la inseguridad alimentaria y nutricional, cuya manifestación más tardía es el subdesarrollo humano.

Cabe señalar que si bien las estadísticas sobre las manifestaciones de la inseguridad alimentaria y nutricional son útiles para una visión panorámica de la magnitud y distribución social y geográfica del problema, no resultan suficientes para orientar las decisiones y las políticas públicas que requieren información sobre las condiciones básicas que determinan la inseguridad alimentaria.

La relevancia de la inseguridad alimentaria y nutricional se pone de manifiesto en la propuesta de los ODM, que plantea la reducción del hambre e identifica la importancia de la alimenta-

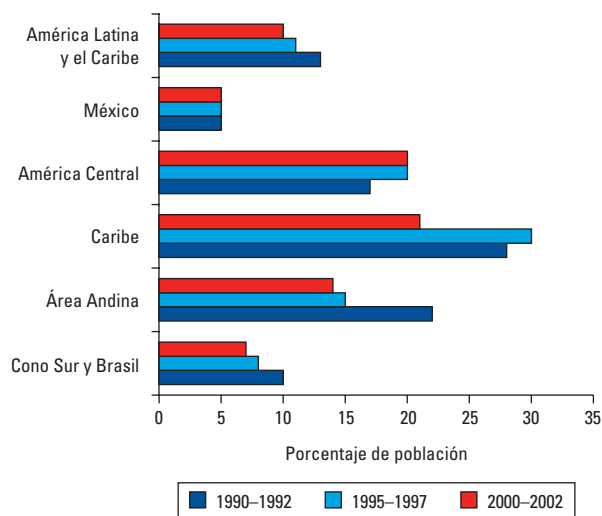
ción y nutrición como causa subyacente de los otros problemas y carencias que afligen a la humanidad y que se espera mitigar para 2015. Específicamente, en lo que se refiere a la meta de reducir a la mitad entre 1990 y 2015 el porcentaje de personas que padecen hambre, se proponen como indicadores de progreso en tal sentido la reducción de la proporción de población que no alcanza a cubrir los requerimientos calóricos mínimos para llevar una vida saludable (subalimentación), y la disminución del porcentaje de niños menores de 5 años con peso bajo para su edad (desnutrición global).

En este apartado se presentará la información relacionada con la subalimentación y la antropometría nutricional, teniendo en cuenta la doble carga de deficiencias y excesos nutricionales en la Región de las Américas.

### Subalimentación

En relación con la meta de reducir a la mitad la proporción de población subalimentada en la Región, entre 1990–1992 y 2000–2002 se registró una disminución de 13% a 10% de la población subalimentada (equivalente a 6,6 millones de personas), según se observa en la figura 17. En el análisis por subregiones, únicamente en los países del Cono Sur y en el Brasil se observa un descenso tanto de la tasa (de 10% a 7%) como de las cantidades absolutas, según puede verse en el cuadro 18. En el Área Andina se redujeron las cifras relativas entre ambas fechas, pero la cantidad absoluta aumentó levemente en 200.000 personas subalimentadas entre 1995–1997 y 2000–2002. Como surge de la figura 17, la subregión del Caribe en su conjunto experimentó un descenso de

**FIGURA 17. Cambios en porcentaje de población subalimentada, América Latina y el Caribe y subregiones específicas, 1990–2002.**



**Fuente:** Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Roma: FAO; 2004.

**CUADRO 18. Números absolutos de población subalimentada por países y subregiones, América Latina y el Caribe, 1990–2002.**

Subregión	Número (en millones) por período		
	1990–1992	1995–1997	2000–2002
Cono Sur y Brasil	21,4	18,6	17,4
Área Andina	20,0	15,2	15,4
Caribe	7,8	8,9	6,7
América Central	5,0	6,5	7,4
México	4,6	5,0	5,2

*Fuente:* Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2003 y 2004. Roma: FAO.

siete puntos porcentuales en todo el decenio, aunque hacia 1995–1997 hubo un aumento tanto de la proporción como de la cantidad absoluta de personas subalimentadas, seguido de un apreciable descenso de los valores porcentuales y absolutos. México presenta una tasa constante de subalimentados a lo largo de todo el período, y, por lo tanto, las cantidades absolutas de personas subalimentadas han crecido con el conjunto de la población. Finalmente, América Central refleja un deterioro en cada uno de los subperíodos: en términos relativos, la tasa aumentó 18%, mientras que en términos absolutos el incremento fue de 48%, posiblemente como resultado del deterioro de las situaciones particulares de Guatemala y Panamá.

Los datos de la Región permiten agrupar a los países según la proporción de subalimentación en el período 2000–2002 en cinco categorías, desde muy baja, por debajo de 2,5%, hasta muy alta,  $\geq 35,0\%$ . El cuadro 19 y la figura 18 ilustran asimismo las disparidades entre los países. En la figura 18 se destacan los altos niveles de subalimentación en Haití, República Dominicana, Bolivia, Venezuela, Paraguay, Colombia, Perú, Trinidad y Tabago, Suriname, y países de la subregión centroamericana, en comparación con el promedio regional.

En relación con la disponibilidad de alimentos, la mayoría de los países no disponen de información suficiente sobre la ingesta calórica total que permita analizar los cambios alimentarios en el

tiempo, pero suelen contar con datos sobre las modalidades de consumo de alimentos en su población, y esto a su vez posibilita conocer la estructura de las dietas, que expresa las distintas proporciones de energía proveniente de los diversos grupos de alimentos. Un estudio sobre las tendencias de las pautas de alimentación en América Latina y el Caribe (85) indica que se han producido modificaciones adversas en los regímenes alimentarios, con incrementos perceptibles en el consumo de azúcar refinado, reducción de la ingesta de frutas, hortalizas y fibras, y aumentos en el total de calorías y grasas, en especial de grasas saturadas. Hay claras evidencias de la relación entre los cambios alimentarios registrados en la Región y los procesos de globalización, modernización y urbanización a partir de 1980, que son similares a los observados anteriormente en los países desarrollados y que representan un mayor costo de la dieta, a la que solo pueden tener acceso los estratos socioeconómicos medios y altos. Se amplió, por ende, la brecha entre los grupos que pueden consumir habitualmente alimentos procesados de alto costo, y los sectores más pobres que mantienen sus dietas tradicionales a base de cereales, hortalizas, leguminosas y tubérculos. En la actualidad, sin embargo, los más pobres también pueden conseguir alimentos procesados con alto contenido de grasas y azúcares, lo que ha hecho aumentar la incidencia de sobrepeso, obesidad y diabetes.

### Antropometría nutricional

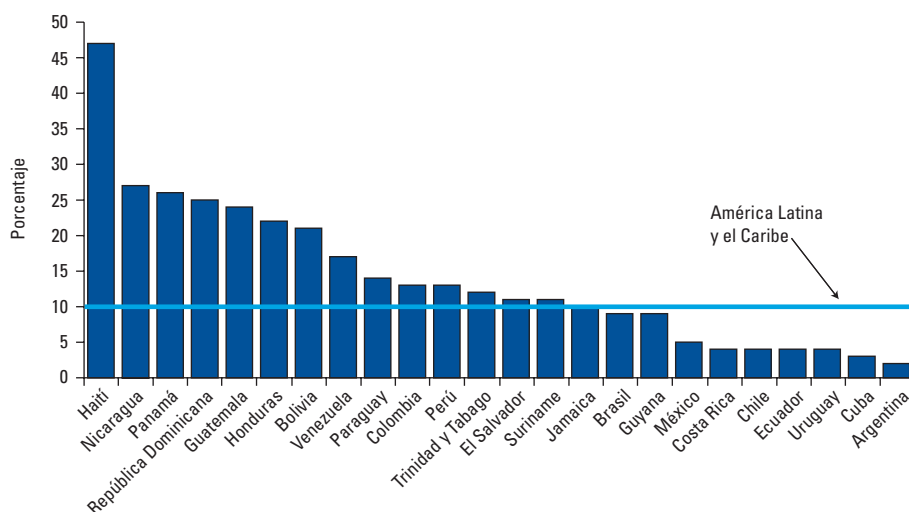
América Latina y el Caribe ha experimentado desde 1980 hasta 2000 mejoras sustanciales en cuanto a la prevalencia de bajo peso para la edad: un descenso de 51% para toda la Región, con una reducción más pronunciada en el Caribe (62%), seguido por América del Sur (56%). Los datos de América Central (que en este caso incluyen los correspondientes a México) revelan que la situación también mejoró, pero a un ritmo menor (44%). La figura 19 muestra la situación de este indicador en niños menores de 5 años en distintos países, en el período 1996–2002. La media de bajo peso para la edad en América Latina y el Caribe se estima en alrededor de 5%.

**CUADRO 19. Proporción de población subalimentada, por categoría y país, América Latina y el Caribe, 2000–2002.**

Muy baja < 2,5%	Baja 2,5%–4,0%	Media 5%–19%	Alta 20%–34%	Muy alta $\geq 35\%$
Argentina	Chile	Brasil	Paraguay	Bolivia
	Costa Rica	Colombia	Perú	Guatemala
	Cuba	El Salvador	Suriname	Honduras
	Ecuador	Guyana	Trinidad y Tabago	Nicaragua
	Uruguay	Jamaica	Venezuela	Panamá
		México		República Dominicana

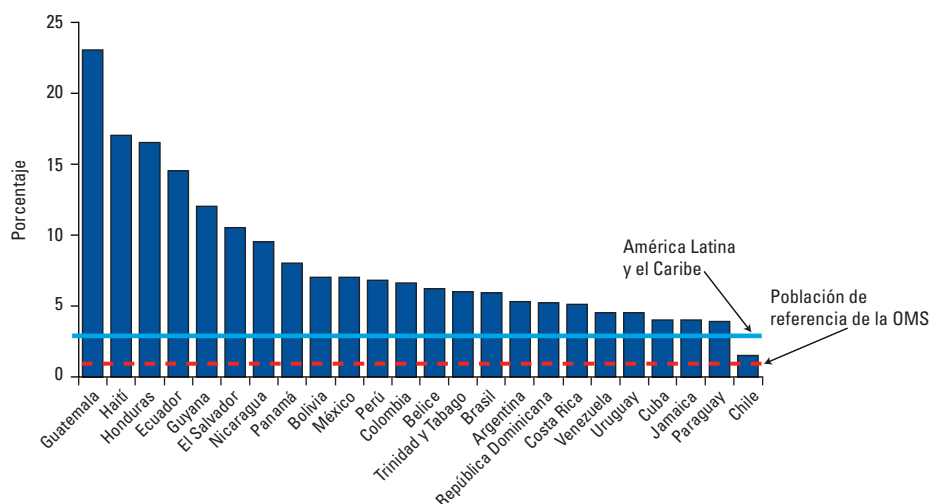
*Fuente:* Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2004. Roma: FAO.

**FIGURA 18. Prevalencia de subalimentación en países seleccionados, América Latina y el Caribe, 2000–2002.**



**Fuente:** Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Roma: FAO; 2004.

**FIGURA 19. Prevalencia de bajo peso para la edad en niños menores de 5 años, América Latina y el Caribe y países seleccionados, 1996–2002.**



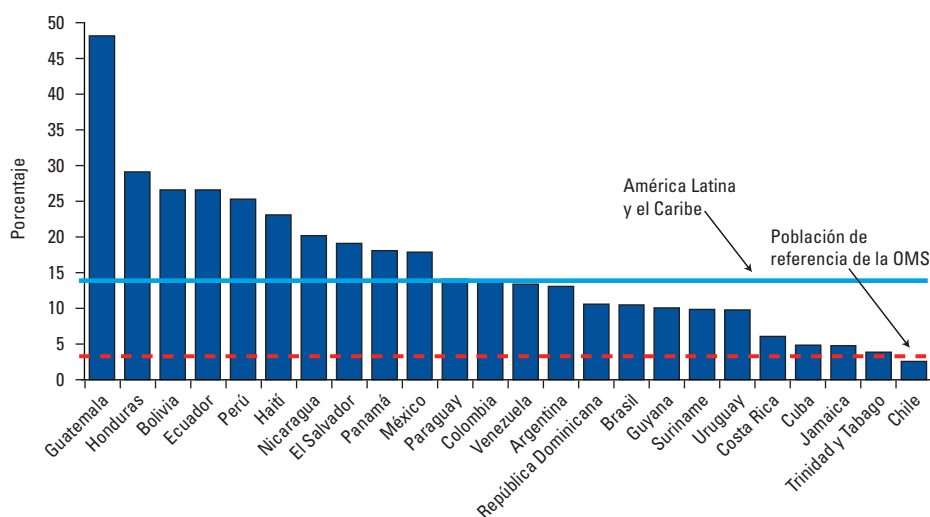
**Fuente:** Organización Mundial de la Salud, Comité Permanente de Nutrición. Quinto informe sobre la situación mundial de nutrición. OMS; 2004. Mother/Child Demographic, Health and Nutrition Surveys.

De los 24 países de América Latina y el Caribe, solo Guatemala se mantiene entre los de alta prevalencia (20%–29%), según la clasificación de la OMS (86). De acuerdo con esa clasificación, Ecuador, El Salvador, Guyana, Haití y Honduras presentan tasas que los colocan entre los países de prevalencia mediana (10%–19%); el resto se agrupa en la categoría baja (< 10%).

En relación con la baja talla para la edad, la disminución de las tasas entre 1980 y 2000 en la Región fue de 44%, cifra más baja

que la tasa de reducción del bajo peso para la edad (51%). En todas las subregiones también mejoraron las prevalencias de baja talla para la edad, y el patrón es idéntico al descrito anteriormente respecto del peso: los países caribeños han mejorado su situación a un ritmo mayor que el resto, y América Central, si bien muestra avances, lo hace nuevamente más despacio que las otras dos subregiones. La figura 20 presenta las disparidades en cuanto a la prevalencia de baja talla para la edad en preescolares de América

**FIGURA 20. Prevalencias de baja talla para la edad en niños menores de 5 años, en América Latina y el Caribe y en países seleccionados, 1996–2002.**



**Fuente:** Organización Mundial de la Salud, Comité Permanente de Nutrición. Quinto informe sobre la situación mundial de nutrición. OMS; 2004. Mother/Child Demographic, Health and Nutrition Surveys.

Latina y el Caribe en el período 1996–2002. La tasa media de baja talla para la edad en esta región se estima en alrededor de 15%.

De los 24 países, solo Guatemala presenta una prevalencia de baja talla para la edad muy alta ( $\geq 40\%$ ), según la clasificación de la OMS. Bolivia, Ecuador, Haití, Honduras, Nicaragua y Perú se ubican en la categoría mediana (20%–29%), y el resto de los países, en el nivel bajo ( $< 20\%$ ).

### Evolución de la situación de sobrepeso y obesidad en América Latina y el Caribe

Como se ha sugerido previamente, muchos países de América Latina y el Caribe iniciaron su transición nutricional tempranamente, de modo que han alcanzado la etapa de enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a la nutrición antes que otras regiones. En la actualidad existe una gran heterogeneidad en la Región, con países como Haití y algunas poblaciones en Centroamérica donde aún se encuentran bolsones de hambre y pobreza (87), mientras que, por otro lado, la carga general de enfermedades se ha transferido hacia los sectores pobres de algunas poblaciones de la Región. El Brasil y Chile fueron los primeros en llegar a esta etapa: estudios realizados en ambos países (88) señalan que la mayor carga de obesidad se concentra en los grupos pobres de la población de ambos sexos en el caso de Chile, y en la población de mujeres en el caso del Brasil. En México, por otra parte, se han dado en corto tiempo aumentos considerables en las tasas de obesidad (de 10,4% a 24,4% de la población femenina, entre 1987 y 1999), con una alta prevalencia de diabetes en grupos adultos (7%). El caso de Cuba ejemplifica cómo los cambios de naturaleza

macroeconómica pueden tener efectos positivos sobre los desequilibrios energéticos y la obesidad; los análisis sugieren una reducción anual de 0,64 puntos porcentuales en la prevalencia de obesidad en la población femenina entre 1982 y 1998.

En comparación con los Estados Unidos y Europa, donde el crecimiento anual de la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 0,25, en América Latina y el Caribe las tasas de crecimiento correspondientes son muy altas: estudios recientes apuntan a un incremento anual que va de 0,48 entre las mujeres cubanas a 2,38 entre las mexicanas (87). La información disponible de sobrepeso y obesidad en las Américas pone de relieve la necesidad de otorgar prioridad a esta dimensión de la malnutrición, tanto por la magnitud del problema como por su tendencia al incremento. En el período 1992–2002, las prevalencias de sobrepeso y obesidad en menores de 5 años de 11 países se encontraban por arriba del promedio regional de América Latina y el Caribe, que es de 4,4%. Las tasas específicas se presentan en el cuadro 20.

Por las particularidades del proceso de transición nutricional en América Latina y el Caribe, se detecta en un mismo hogar la coexistencia de desnutrición en niños y sobrepeso en adultos, lo cual pone de manifiesto las deficiencias, excesos y desequilibrios nutricionales (carencia de alimentos energéticos, así como de macronutrientes y micronutrientes), y supone una carga doble de morbilidad en países con altos índices de postergación social, que deberán aplicar políticas y programas orientados a prevenir los factores condicionantes de las deficiencias y los excesos alimentarios. La coexistencia de madres con sobrepeso y obesidad e hijos con desnutrición crónica en un mismo hogar puede encontrarse hasta en 16% de las familias, como lo revelan recientes encuestas

**CUADRO 20. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños menores de 5 años, en países seleccionados de América Latina, 1992–2002**

País	Porcentaje
Argentina	9,2
República Dominicana	8,4
Chile	8,0
Bolivia	6,5
Perú	6,4
Uruguay	6,2
Costa Rica	6,2
Guatemala	5,4
México	5,3
Cuba	5,2
Brasil	4,9
Promedio regional	4,4

*Fuente:* Global database on child growth and malnutrition; Geneva. Disponible en: [www.who.int/nutgrowthdb/en/](http://www.who.int/nutgrowthdb/en/).

realizadas en Guatemala y Honduras, tales como la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (ENSMI 2002), realizada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Nacional de Estadística (INE) de Guatemala, y la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 2001 (ENESF–2001), a cargo de la Asociación Hondureña de Planificación de Familia (ASHONPLAFA) y la Secretaría de Salud Pública de Honduras.

### Hacia una iniciativa regional

De acuerdo con información consolidada por el Banco Mundial (88), de 17 países de América Latina y el Caribe que dispo-

nen de datos de encuestas o de estudios secuenciales para realizar análisis de tendencias, solo 10 tienen posibilidades de alcanzar la meta de reducir a la mitad el porcentaje de niños con desnutrición global para 2015 (véase el cuadro 21).

De acuerdo con una compilación de la CEPAL (89) basada en información proveniente de los organismos especializados de las Naciones Unidas, al final de la década de 1990 se había logrado aproximadamente 55% de avance en la reducción de la desnutrición según el indicador de bajo peso para la edad, superior a la estimación original de 40% prevista para ese período. A pesar de que el ritmo de los progresos regionales permite suponer que se alcanzaría la meta en 2015, las perspectivas cambian para cada uno de los países. De acuerdo con esta publicación, ya se alcanzó la meta en la República Dominicana, y en Bolivia, México, Perú y Venezuela se ha logrado en más de 75%. Por otra parte, son 17 los países con un porcentaje de cumplimiento por debajo de 75%; nueve de ellos (Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Nicaragua y Uruguay) presentan progresos equivalentes al mínimo esperado, o levemente superiores (entre 31% y 71% de cumplimiento), y solo podrán alcanzar la meta si se mantienen las políticas y programas y no se producen crisis económicas y ambientales. El análisis de la evolución de Honduras, Jamaica, Panamá, y Trinidad y Tabago parece indicar una probabilidad menor de alcanzar la meta. Finalmente, la situación de Argentina, Costa Rica, Ecuador y Paraguay refleja un retroceso.

En respuesta a la persistencia de los problemas de malnutrición por deficiencias energéticas, de proteínas y micronutrientes, y a la rápida aparición de nuevos problemas por excesos y otros desequilibrios de la nutrición, los gobiernos latinoamericanos han suscrito declaraciones que exigen el desarrollo de esfuerzos colaborativos, en el corto, mediano y largo plazo, entre las organizaciones no gubernamentales, los organismos del sector público,

**CUADRO 21. Clasificación de países de América Latina y el Caribe según su probabilidad de alcanzar la meta de reducir la desnutrición infantil.**

Hacia el logro de la meta	Grado de avance		
	Avance no suficiente para lograr la meta	En deterioro	Sin información
Bolivia	El Salvador	Argentina	Belice
Chile	Guatemala	Costa Rica	Brasil
Colombia	Honduras	Panamá	Dominica
República Dominicana	Nicaragua		Ecuador
Guyana			Granada
Haití			Paraguay
Jamaica			Saint Kitts y Nevis
México			Santa Lucía
Perú			San Vicente
Venezuela			Suriname
			Trinidad y Tabago
			Uruguay

*Fuente:* World Bank. Repositioning nutrition as central to development, a strategy for large-scale action. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2006.

las fuerzas vivas de la sociedad civil, los gobiernos locales y las instituciones regionales e internacionales, para abordar los problemas de inseguridad alimentaria y nutricional.

A partir de estas consideraciones, la OPS ha elaborado la Estrategia Regional de Nutrición para la Salud y el Desarrollo, con el propósito de responder de manera corporativa a los problemas regionales en materia de salud y nutrición. El objetivo de esta estrategia es contribuir a la promoción de la equidad en salud para combatir las enfermedades y mejorar la calidad de vida de la población de las Américas mediante una nutrición adecuada durante todo el ciclo de vida, especialmente entre los más pobres y otros grupos vulnerables, impulsando los esfuerzos estratégicos y colaborativos entre los Estados Miembros y otros socios, para alcanzar los ODM. Todo ello apunta a una agenda político-técnica integral de nutrición para 2015, basada en pruebas científicas, que promueva e implemente a nivel regional, subregional y nacional, el mejoramiento de la seguridad alimentaria de toda la población.

La estrategia propuesta y el plan de acción para concertar en los distintos niveles, con el objetivo de mejorar la situación alimentaria en la Región, se centrarán en tres aspectos que promuevan cambios impactantes, medibles y sostenibles: alimentación y nutrición en la salud y el desarrollo; nutrición subóptima y deficiencias nutricionales; nutrición y actividad física en enfermedades crónicas no transmisibles.

## ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LA SEGURIDAD ALIMENTARIA

La relación entre salud y agricultura es de gran importancia para el bienestar y la calidad de vida de los pueblos de las Américas. La producción sostenible de alimentos y el logro de la seguridad alimentaria y nutricional en los países de la Región son elementos esenciales para eliminar el hambre y reducir la pobreza. Por medio de la mejoría de la producción de alimentos se puede aumentar la disponibilidad de proteína animal, de frutas y hortalizas, el ingreso familiar, las ofertas de trabajo en el medio rural y, en consecuencia, las condiciones de vida y de salud de la población. La erradicación de la pobreza extrema y el hambre en América Latina y el Caribe, y en particular la eliminación de la desnutrición crónica en los menores de 5 años, constituyen compromisos dentro de los ODM, y van unidos al desarrollo de las estrategias de atención primaria de salud y desarrollo local (90).

La salud de los seres humanos está estrechamente vinculada a la de los animales, y viceversa. La aparición de enfermedades infecciosas como el sida en los últimos 20 años, y los brotes recientes de enfermedades como la encefalopatía espongiforme bovina (EEB) y la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vECJ), el síndrome respiratorio agudo grave (SARS) y la influenza aviar A (H5N1), han atraído la atención pública, particularmente por la propiedad que tienen de propagarse entre dife-

rentes especies, incluido el ser humano. La globalización del comercio de alimentos, animales y sus productos derivados, y la gran cantidad de personas que viajan continuamente por todo el mundo, facilitan la difusión rápida de infecciones (91). Esto no solo causa pérdidas económicas directas a la industria pecuaria, sino que también contribuye a crear un estado de alerta mundial por riesgos a la salud pública. Se calcula que el aumento de los brotes de enfermedades pecuarias emergentes y reemergentes en todo el mundo desde mediados del decenio de 1990, incluidas la EEB, la fiebre aftosa, la influenza aviar y la peste porcina, ha costado al mundo US\$ 80.000 millones. La OPS ha venido impulsando el diálogo entre los dos sectores a través de las Reuniones Interamericanas a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA) desde 1968 (92), con el propósito de fortalecer acciones integradas en temas relacionados con el enlace entre la salud humana y la salud animal.

A continuación se presenta la situación de las principales enfermedades que ponen en riesgo la producción animal y que, en consecuencia, pueden afectar la seguridad alimentaria y causar grandes pérdidas a la economía de los países de la Región.

### Fiebre aftosa

En el periodo 2001–2005 se observaron grandes cambios en el registro de esta enfermedad en la Región. El año 2001 se caracterizó por una situación de emergencia en el Cono Sur, con 4.198 focos por virus tipo “A” en la Argentina, el Uruguay y el Estado de Río Grande do Sul (Brasil). La situación fue controlada mediante una enérgica intervención de los servicios de sanidad animal de estos países, basada en el sacrificio de los animales afectados y sus contactos, el control del tránsito de los animales, vacunaciones estratégicas e investigaciones seroepidemiológicas. Simultáneamente, la enfermedad recrudesció en algunas regiones y se reintrodujo en otras anteriormente consideradas libres con y sin vacunación. No obstante, América del Sur registró un avance en el logro de zonas y países libres de aftosa. El Ecuador y Venezuela mantuvieron su condición endémica, con algunas situaciones epidémicas entre 2002 y 2004 (93, 94, 95). Esta situación de contrastes causó impactos económicos y sociales sobre el sector productivo, en especial por la pérdida de mercados internacionales y las repercusiones en las relaciones de trabajo y en los negocios de los países afectados.

En 2002 se registró en una propiedad un foco por virus tipo “O” en el Departamento de Canindeyú, Paraguay, que causó la pérdida de la condición de país libre de aftosa con vacunación. En 2003, la enfermedad se registró en la región del Gran Chaco que comparten Bolivia y el Paraguay, y luego de un año sin registros, en la Argentina. Análisis filogenéticos realizados en muestras de virus “O” aisladas en el Cono Sur, ponen de manifiesto la existencia de un *pool* de virus muy similares según los estudios de caracterización biomolecular, que se ha perpetuado en la Región. El Centro Panamericano de Fiebre Aftosa de la OPS/OMS



(PANAFTOSA) lideró misiones de cooperación multinacionales para apoyar a los países afectados en la identificación de los problemas regionales y proponer acciones para mitigar la situación, en el marco de un programa zonal con estrategias armonizadas para la erradicación de la enfermedad.

En 2004, en Colombia, en la región amazónica del Brasil y en el Perú se registraron focos aislados y se efectuaron acciones de control (sacrificio de animales, vacunaciones estratégicas y control sanitario de los animales en tránsito). En todos los casos se realizaron estudios seroepidemiológicos para demostrar la ausencia de circulación viral. Colombia presentó un foco en la frontera con Venezuela, país que sufría una situación epidémica y posteriormente, a comienzos de 2005, apareció otro foco en el departamento de Cundinamarca, en el centro del país, supuestamente debido a escape de virus de laboratorio.

Como resultado de las emergencias de 2001, los ministros de Agricultura del Cono Sur decidieron establecer un ciclo de auditorías de los programas de fiebre aftosa en esta subregión, en lo referente a las estructuras de reglamentación y la prestación de servicios de atención veterinaria. Las auditorías fueron coordinadas por PANAFTOSA. Se ejecutaron dos ciclos: uno en 2001 y otro en 2002. La actividad de auditoría se considera estratégica en el Plan Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA) para el período 2005–2009 (96).

El PHEFA es el eje conductor de las políticas de erradicación de la fiebre aftosa en el continente, y desde 1988 tiene como prioridad el fortalecimiento de los programas nacionales de erradicación de esta enfermedad para eliminar la situación endémica en las zonas críticas. Sus estrategias se basan en una caracterización regional de riesgo, en el desarrollo de una vigilancia epidemiológica eficiente, y en el fortalecimiento de la bioseguridad en la manipulación del virus de la fiebre aftosa, tanto en la producción de vacuna como en el diagnóstico.

Con el propósito de reorientar los esfuerzos nacionales y regionales hacia el objetivo de erradicación de la fiebre aftosa en el continente para 2009, en marzo de 2004 se realizó en Houston, Texas, la Conferencia Hemisférica para la Erradicación de la Fiebre Aftosa, que estableció la creación del Grupo Interamericano para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (GIEFA). Este grupo, compuesto por representantes públicos y privados de toda América, definió nuevas directrices para el combate de la enfermedad en el continente.

A fines del período, se evaluaron las inversiones realizadas en los programas de erradicación de la fiebre aftosa y se observó que los gastos directos de los países y del sector privado en programas nacionales llegaron a aproximadamente US\$ 580 millones solo en 2005. El caso de control de la emergencia surgida en 2005 en el centro occidente del Brasil, costó aproximadamente US\$ 15 millones solo en gastos directos. Estos valores pueden ser importantes, pero el comercio exterior del país en el período 2004–2005 fue de aproximadamente US\$ 3.000 millones en productos cárnicos. Los factores determinantes de la aparición de brotes epidémicos de fiebre aftosa siguen siendo el debilitamiento de los programas

nacionales, sobre todo en lo que se refiere a la fragilidad de los controles en las fronteras internacionales y regionales, la baja cobertura de los sistemas de vigilancia epidemiológica, y la falta de armonización de las acciones de control y erradicación, de responsabilidad de los programas nacionales (97).

El impacto sobre la seguridad alimentaria de los brotes de fiebre aftosa se puede evaluar en dos momentos: la merma en la producción y productividad que causa la enfermedad, y las pérdidas directas e indirectas observadas por la falta de competitividad de los países considerados endémicos en el mercado mundial. Por otra parte, la falta de voluntad política y de coordinación entre los sectores público y privado, y la renuencia de este último a participar activamente en los programas, podrían ser las razones de la continuidad del endemismo en algunos países, lo que pone en peligro los avances en materia de erradicación conseguidos en la Región.

### Encefalopatía espongiiforme bovina

La EEB, llamada coloquialmente “enfermedad de las vacas locas”, es una enfermedad de origen alimentario, transmisible, neurodegenerativa, progresiva y mortal del sistema nervioso bovino, causada por una proteína anormal autorreplicante conocida como prion. La enfermedad se diagnosticó por primera vez en 1986 en el Reino Unido, donde se inició una epizootia que alcanzó su máxima frecuencia en 1992–1993 (una media de 36.185 casos anuales y una incidencia anual de 6.445,08 por millón de bovinos de más de 24 meses de edad). La teoría más aceptada sobre el origen de la epidemia de EEB es el reciclado de proteínas procedentes de rumiantes infectados con el agente. Hasta mayo de 2006 se habían notificado 189.854 casos en 25 países, 97,11% de los cuales se produjeron en el Reino Unido. Sin embargo, la curva epidémica está en disminución en el Reino Unido, donde en 2005 se detectaron solo 225 casos (98). La importancia de la EEB para la salud pública deriva de la aparición de casos humanos asociados con una nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vECJ) y relacionados con el consumo de productos alimentarios provenientes de bovinos contaminados con EEB. La vECJ es una enfermedad humana neurodegenerativa, rara y mortal. En contraste con las formas tradicionales de ECJ, la vECJ afecta a pacientes más jóvenes (edad promedio de 29 años, en comparación con 65 años en la ECJ) y tiene una duración relativa de la enfermedad más larga (media de 14 meses en comparación con 4,5 meses en la ECJ). Esta nueva enfermedad humana se describió por primera vez en marzo de 1996, y desde entonces se han notificado 129 casos en el Reino Unido, seis en Francia y uno en Estados Unidos, Canadá, Irlanda e Italia, respectivamente. De estos casos, tres de Francia, y los del Canadá y los Estados Unidos se consideran el resultado de exposiciones al agente causal en el Reino Unido (99).

Durante 2000 y 2001 se detectaron casos autóctonos de EEB en varios países de Europa y en el Japón. La detección en 2003 de casos autóctonos en los Estados Unidos y el Canadá, países pre-

viamente considerados libres de esta enfermedad, continúa causando preocupación entre las autoridades de salud pública y los consumidores. Según la información científica y técnica disponible, la Región de las Américas, de México al sur, está libre de casos autóctonos de EEB. En respuesta a las recomendaciones emanadas de reuniones regionales, la OPS ha efectuado varias acciones tendientes a mantener a la Región libre de EEB, evitando así las restricciones al comercio mundial que en parte han afectado la disponibilidad de alimentos de origen animal. Se ha elaborado una guía de autoevaluación de riesgo y se han llevado a cabo actividades de capacitación (100). Se han efectuado también actividades de vigilancia epidemiológica y se ha capacitado a profesionales nacionales en la técnica de inmunohistoquímica para su diagnóstico (101).

## Influenza aviar

### *Situación mundial*

La influenza aviar es una enfermedad causada por virus de la influenza tipo A, que además puede infectar en forma natural a gran variedad de especies, incluidos humanos, porcinos, equinos, mamíferos marinos y aves. Todas las variantes de los virus de la influenza tipo A conocidas han sido aisladas de aves, y solo algunas de mamíferos. Estudios filogenéticos y ecológicos de los virus de influenza tipo A demuestran que las aves acuáticas silvestres son el reservorio natural y la fuente de estos virus para las otras especies. Ocasionalmente, se producen devastadoras pandemias de influenza en humanos (las últimas en 1918, 1957 y 1968), que han surgido de modificaciones genéticas a partir de virus de la influenza tipo A proveniente de animales. Existen asimismo evidencias concluyentes sobre el riesgo zoonótico de las infecciones por virus de la influenza tipo A de animales (102).

Se piensa también que las cepas de pandemias humanas han emergido a través de uno de los siguientes tres mecanismos:

- reordenamiento genético (que ocurre como resultado de la segmentación del genoma del virus) de virus de influenza A de ave y humano que infecta al mismo huésped;
- transferencia directa de virus entero desde otras especies;
- reemergencia de virus que han causado una epidemia muchos años antes.

En el siglo XX se registró en cuatro ocasiones la rápida emergencia de cepas antigénicamente diferentes en seres humanos: en 1918 (H1N1), 1957 (H2N2), 1968 (H3N2), y 1977 (H1N1), y en cada caso causaron una pandemia. Entre las pandemias han aparecido frecuentes epidemias como resultado de un cambio antigénico gradual en el virus prevalente, denominado “salto antigénico”. Desde 1996, los virus H7N7, H5N1 y H9N2 han sido transmitidos de las aves a los seres humanos, pero aparentemente han fallado en difundirse en forma masiva en la población humana (103, 104).

El virus de la influenza que infecta a las aves puede dividirse en dos grupos diferenciados sobre la base de su capacidad patogénica. Los virus muy virulentos causan influenza aviar altamente patógena (IAAP), que puede ocasionar mortalidades de hasta 100% de las parvadas afectadas. Estos virus han estado restringidos a los subtipos H5 y H7, aunque no todos ellos causan IAAP. Todos los otros subtipos producen un cuadro de enfermedad mucho más leve, conocida como influenza aviar de baja patogenicidad (IABP). Las gallinas y pavos no suelen ser huéspedes naturales de los virus de la influenza aviar, pero llegan a infectarse cuando entran en contacto con aves acuáticas silvestres portadoras (105).

Desde 1996, se detecta la transmisión de los virus A(H7N7), A(H5N1) y A(H9N2) de aves a seres humanos, pero al parecer no han logrado transmitirse de persona a persona. En particular, el virus A(H5N1) está ocasionando una epizootia de IAAP en aves domésticas y silvestres en varios países de Asia desde inicios de 2003, con consecuencias devastadoras para la avicultura de los países afectados; se han contagiado más de 200 personas, de las cuales han fallecido cerca de la mitad. Informes científicos alertan sobre la posibilidad de aparición de una nueva pandemia de influenza en humanos, originada por H5N1. Se han notificado asimismo brotes por A(H5N1) en aves migratorias en Asia, Europa y África, algunas de ellas con rango migratorio intercontinental, y hasta junio de 2006 la epidemia se había extendido a 46 países de Asia, Europa y África (98, 106, 107).

### *Importancia de la producción avícola en la seguridad alimentaria*

La producción avícola del continente tiene alto nivel de desarrollo y constituye una actividad económica de gran importancia por su capacidad de generar ingresos y empleo, además de proporcionar proteína animal de alta calidad y bajo costo. Según datos de la FAO (106), el continente americano produce 46,9% de los 67 millones de toneladas de carne de pollo producidas y exporta 58,3% de los 7 millones de toneladas exportadas en todo el mundo. Cinco países concentran 99% de las exportaciones de la Región (Estados Unidos, Brasil, Canadá, Argentina y Chile) y 12 países producen 98% de la producción continental (Estados Unidos, Brasil, México, Canadá, Argentina, Venezuela, Colombia, Perú, Chile, Ecuador, Guatemala y Bolivia). Asimismo, la carne de ave y los huevos son las fuentes más baratas de proteínas animales, y llegan a representar cerca de 40% de la proteína animal consumida per cápita en la Región. Existen también importantes actividades altamente dependientes de la avicultura, tales como la producción de granos, el comercio, y la industria de servicios agropecuarios y de transporte.

La avicultura industrial y semiindustrial es una actividad económica altamente competitiva, tanto en los mercados nacionales como de exportación. Por lo general, tiene bajos márgenes de rentabilidad por unidad de producto, de modo que las empresas requieren altos niveles de eficiencia productiva y bajos costos para ser competitivas, y tienden a concentrarse para aprovechar

la economía de escala. En este sentido, la sanidad resulta ser uno de los factores clave de la competitividad, ya sea por el impacto directo de las enfermedades sobre los indicadores bioproductivos (aumento de costos y disminución o pérdida de producción), por las consecuencias para los mercados (tanto interno como de exportación) y el consumo, o bien por el impacto sobre la salud humana que representa la introducción en un país de productos avícolas infectados. Precisamente es el caso de la influenza aviar, una enfermedad de alto poder de diseminación y daño económico, que además compromete la salud de las personas.

#### *Situación regional de la influenza aviar*

Brotos de influenza aviar de alta y baja patogenicidad se han registrado periódicamente en varios países de las Américas. Se han encontrado en aves acuáticas silvestres la mayoría de los tipos de virus de la influenza A conocidos.

En aves domésticas, desde 1959 se han notificado casos de IAAP en el Canadá, los Estados Unidos, México y Chile. Estos brotes han ocasionado pérdidas directas a los países afectados de varias decenas de millones de dólares. Es importante notar que los casos de IAAP han surgido a partir de virus IABP. Hasta la fecha, todos los brotes de IAAP han sido causados por virus H5 y H7.

En el Canadá y los Estados Unidos se ha comunicado la presencia de virus de IABP en aves domésticas, principalmente en establecimientos de comercio de aves vivas (para consumo o de compañía). También se han registrado casos de IABP por H5N2 en México, Guatemala y El Salvador, países en los que se realizan acciones de vigilancia y control utilizando planes oficiales de vacunación sistemática (102).

#### *Riesgo de introducción y diseminación de influenza H5N1 en la Región*

La rápida diseminación del virus H5N1 en Asia a partir de 2003 se debe al desplazamiento y comercio legal e ilegal de aves domésticas y de compañía, y a los movimientos de aves migratorias. De acuerdo con estudios de los ciclos migratorios de aves, es probable que el virus H5N1 llegue a la Región de las Américas por esos mecanismos, aun antes de que se produzca una posible pandemia por este virus. Los probables escenarios epidemiológicos resultantes dependerán de las vías de introducción, el lugar y tipo de aves inicialmente afectadas, y la capacidad de detección de los sistemas de atención veterinaria (98).

Los sistemas de producción de aves domésticas en la Región se extienden por amplias zonas con altas concentraciones de aves, y están caracterizados por una activa dinámica poblacional y una estrecha relación epidemiológica de las explotaciones. En tanto las formas de control que se establezcan no resulten adecuadas, estos factores suponen niveles de riesgo de vulnerabilidad y receptividad al virus de la influenza suficientes para un posible ingreso y establecimiento en condiciones de endemismo, (106). Un escenario probable posterior al ingreso es que la infección tienda a radicarse (hacerse endémica) en los sistemas productivos aviares de baja bioseguridad, esto es, las granjas avícolas

las medianas y pequeñas, los sistemas de avicultura familiar, y los lugares de comercio de aves vivas para consumo y de compañía. En este plano, el impacto sería mayor dado que la avicultura genera alimentos directos a nivel de la familia campesina y también ingresos económicos por la venta de los productos (106).

Por otra parte, la infección ha demostrado un nivel de agresividad sorprendente, capaz de quebrar los mecanismos de bioseguridad de la avicultura de mejor nivel sanitario y llegar al sector de la avicultura industrial, afectando tanto a la producción de carne como a la de huevos para consumo. Dado el nivel de integración y la cantidad de aves que tiene el sector, las posibilidades de diseminación y el nivel de morbimortalidad son muy altos.

Con base en estos antecedentes, se puede estimar que la llegada de la infección a la Región puede producir un fuerte impacto sobre la avicultura continental y una verdadera catástrofe en los países afectados para cuyas economías esta actividad es importante, con repercusiones en el abastecimiento de proteína de animal de consumo masivo y de bajo costo a la mayoría de la población. Las repercusiones sobre el abastecimiento se agravan aún más por el impacto que tendrán las medidas de control de emergencias (sacrificio sanitario, cuarentenas), y las restricciones al comercio, además de la repercusión sobre el medio ambiente por las necesidades de disposición de miles de toneladas de materia orgánica de alto nivel de contaminación (106).

En cuanto al riesgo que supone el virus de la influenza para la salud humana, como se indicó anteriormente, se ha comprobado la transmisión del virus de la influenza de los animales al ser humano, provocando diverso grado de enfermedad (H7N7, H9N2 y H5N1). Ocasionalmente, el virus de la influenza produce pandemias en humanos cuando se cumplen las siguientes condiciones: (1) la inexistencia de inmunidad previa en la población contra el virus pandémico; (2) el virus logra transmitirse de los animales al hombre; y (3) el virus adquiere capacidad para la transmisión eficiente de persona a persona. En el caso del virus H5N1 IAAP, se considera que adquirió alto potencial pandémico al cumplir las dos primeras condiciones y le faltó solamente adquirir la capacidad de transmisión eficiente persona a persona para transformarse en un virus pandémico. Es necesario precisar que las condiciones prepandémicas del virus H5N1 IAAP se han dado hasta esta fecha en los países afectados por este, principalmente en el continente asiático, donde coexisten la epidemia de IAAP junto con una alta exposición de las personas debido al estrecho contacto con aves infectadas, y la aparición de casos humanos (107, 108).

#### *La respuesta político-técnica*

La presentación de la influenza aviar causada por cepas de alta patogenicidad que se pueden transmitir de las aves a los seres humanos representa un grave problema de salud pública por el riesgo de contagio de los trabajadores que están en contacto con las aves y de los técnicos encargados de la vigilancia, del diagnóstico y del control de brotes, así como por el posible impacto sobre la seguridad alimentaria a causa de las pérdidas de pro-

teína animal, y las restricciones comerciales. Para responder a estos problemas, la OPS/OMS, a través de expertos en salud pública veterinaria, está orientando a los países sobre las medidas de bioseguridad que deberán incorporar para proteger a las personas, tales como la vacunación contra la influenza estacional, el uso de equipos de protección personal, y la capacitación de los trabajadores sobre procedimientos estandarizados de higiene. De la misma manera, la coordinación intersectorial entre salud, agricultura y ambiente es fundamental. La OPS ha promovido esta coordinación a través de RIMSA. En la RIMSA 14, que tuvo lugar en México en abril de 2005, los ministros emitieron una resolución sobre el riesgo mundial de las zoonosis nuevas y emergentes, en la cual se brinda orientación a los países sobre las acciones intersectoriales y la cooperación técnica de la OPS (109).

En síntesis, existe un amplio consenso científico, técnico y político en el sentido de que la influenza aviar, y en especial el actual escenario global de H5N1, representa un problema grave de salud pública y plantea un gran desafío para los sistemas de prevención de la salud pública (riesgo de zoonosis y de pandemias) y de sanidad animal (impacto económico sobre la producción avícola). Es particularmente importante el desafío que plantea la influenza aviar para la seguridad alimentaria, debido a la necesidad de proteger a las poblaciones rurales del impacto por las pérdidas de proteína animal, la disminución de ingresos y la pérdida de empleos, todo lo cual aumenta su vulnerabilidad y pobreza.

## TABACO

### Morbilidad y mortalidad relacionadas con el tabaco

El consumo de tabaco sigue siendo uno de los factores más importantes de riesgo de muerte y de enfermedad en todo el mundo y en la Región de las Américas en particular. El *Informe sobre la salud en el mundo 2002* (110) estima que, como causa prevenible de muerte, solo la hipertensión arterial sobrepasa al tabaquismo, al que pueden atribuirse anualmente 5 millones de muertes en todo el mundo, 900.000 de ellas en la Región de las Américas, según cifras del año 2000. Se consideraba asimismo que el consumo de tabaco ocupaba mundialmente el cuarto lugar en la carga de morbilidad, con unos 60 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) (110).

Como la gran mayoría de los casos de cáncer de pulmón se deben al tabaquismo (incluida la exposición pasiva al humo del tabaco), las tasas específicas de mortalidad constituyen una indicación razonable de los perjuicios para la salud debidos al consumo de tabaco. Sin embargo, conviene tener en cuenta que las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón reflejan las pautas de consumo de tabaco en el pasado pero no necesariamente las tasas actuales de tabaquismo. El cuadro 22 (111) presenta las tasas de mortalidad en la Región por tumores malignos de la tráquea, los bronquios y el pulmón.

El hábito de fumar es, en importancia, el segundo factor modificable de riesgo cardíaco y también el factor modificable más

importante de riesgo de cáncer. El estudio INTERHEART, realizado entre 1998 y 2003 en 52 países, determinó que el hábito de fumar triplica aproximadamente el riesgo de infarto agudo del miocardio tanto en los hombres como en las mujeres, en una proporción relacionada con la dosis. En todo el mundo, al tabaquismo correspondía 36,4% del riesgo atribuible poblacional (RAP) de infarto agudo del miocardio (44,0% en los hombres y 15,8% en las mujeres), y 38,3% del RAP en América del Sur (112). Según otros estudios, el hábito de fumar es causa de un quinto (21%) de todas las muertes por cáncer en el mundo: 29% en los países de ingresos elevados y 18% en los países de ingresos bajos y medios (113).

Nuevos resultados publicados en 2005 y 2006 confirman hallazgos anteriores de que la exposición pasiva al humo del tabaco aumenta el riesgo de enfermedad en los adultos no fumadores y en los niños, y también vinculan dicha exposición con un mayor riesgo de cáncer de mama en mujeres jóvenes no fumadoras, mayormente premenopáusicas (114, 115).

### Consumo de tabaco y exposición pasiva al humo del tabaco

#### Prevalencia del consumo de tabaco entre los adultos

No existe un sistema estandarizado de monitoreo de la prevalencia del consumo de tabaco entre los adultos que permita comparaciones al respecto entre los países de las Américas. Por otra parte, son pocos los países que cuentan con datos comparables sobre las tendencias del hábito de fumar entre los adultos, debido a las diferencias metodológicas de un año a otro. Estas limitaciones de la comparabilidad han de tenerse en cuenta al examinar el cuadro 23, que muestra los datos más recientes sobre prevalencia del hábito de fumar disponible para las naciones de las Américas entre 2000 y 2005. Según puede verse, las tasas correspondientes varían ampliamente a través de la Región.

#### Prevalencia del consumo de tabaco en los adolescentes

La Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en la Juventud (EMTJ) presenta datos comparables sobre la prevalencia del consumo de tabaco entre los jóvenes estudiantes de 13 a 15 años (figura 21). Según las encuestas realizadas entre 2000 y 2005, el consumo de cigarrillos (definido como la prevalencia de haber fumado cigarrillos en uno o más días del mes anterior) era mayor en Chile, con casi 34% (cifras para Santiago, 2003), y menor en Antigua y Barbuda: solo 3,6% (cifras nacionales, 2004) (116). Estos valores no incluyen el consumo de otros productos del tabaco que no sean los cigarrillos, si bien el consumo de esos productos puede ser significativo en algunos países.

Salvo en Chile, la Argentina y el Uruguay, donde las tasas correspondientes a las muchachas son mayores a las de los muchachos (Chile: varones, 27,6%, mujeres, 39,2%; Argentina: varones, 17,2%, mujeres, 26,8%; Uruguay: varones, 22,2%, mujeres, 29,6%), la prevalencia del hábito de fumar en la Región sigue

**CUADRO 22. Tasas de mortalidad<sup>a</sup> ajustadas por edad (para todas las edades), de los tumores malignos de la tráquea, los bronquios y el pulmón<sup>b</sup> en países de las Américas, 2000–2004.**

País	Año	Hombres	Mujeres	Total
Antigua y Barbuda	2002	0,0	3,7	2,2
Argentina	2004	34,1	8,6	19,8
Bahamas	2000	12,8	6,8	9,7
Barbados	2001	8,0	1,2	4,1
Belice	2001	17,0	4,5	10,8
Brasil	2002	19,8	8,0	13,4
Canadá	2003	43,0	25,6	33,3
Chile	2003	17,9	7,7	12,2
Colombia	2001	16,5	9,1	12,4
Costa Rica	2004	10,4	5,4	7,8
Cuba	2004	41,3	18,8	29,5
Dominica	2003	20,8	10,7	15,6
Ecuador	2004	7,5	4,9	6,1
El Salvador	2003	7,4	6,3	6,7
Estados Unidos	2002	45,3	26,9	35,0
Guatemala	2003	6,8	4,6	5,7
Guyana	2003	5,9	2,0	3,7
Haití	2003	6,2	6,0	6,1
México	2004	13,5	5,4	9,1
Nicaragua	2003	7,4	6,3	6,8
Panamá	2003	16,4	8,1	12,1
Paraguay	2003	27,6	6,4	16,1
Perú	2000	14,2	8,3	11,0
República Dominicana	2004	13,8	8,4	11,1
Santa Lucía	2002	6,1	4,5	5,2
San Vicente y las Granadinas	2003	17,1	10,2	13,5
Suriname	2000	17,9	5,2	11,1
Trinidad y Tabago	2000	13,7	3,1	8,1
Uruguay	2001	52,9	6,8	26,9
Venezuela	2004	17,2	9,1	13,1

<sup>a</sup> Por 100.000 habitantes

<sup>b</sup> Incluye los códigos C33–34 de la CIE–10.

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud. Sistema de información sobre mortalidad y población. Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas (HDM/HA), OPS. Noviembre 2006.

siendo mayor entre los muchachos. Los datos disponibles sobre tendencias indican que, en la mayoría de los países, la prevalencia del hábito entre los jóvenes se ha mantenido relativamente estable (figura 22), aunque en algunos países del Caribe, tales como Cuba, Surinam, Barbados, Bahamas, y Antigua y Barbuda, parece estar declinando, mientras que en otros, como Chile y Granada, se observa aumento en las tendencias.

#### *Consumo de tabaco per cápita*

El consumo per cápita se estima a partir de los datos sobre la producción, importación y exportación de tabaco, y puede brindar alguna idea de las tendencias en distintos países a lo largo del tiempo (figura 23). En conjunto, el consumo per cápita está declinando en la Región o se mantiene estable en casi todos los países de los que se tienen datos, con excepción de Bolivia y Colombia.

Conviene, sin embargo, tener en cuenta las siguientes observaciones cuando se utilizan datos del consumo per cápita: influyen en ellos los niveles de ingreso y el precio de los productos del tabaco en relación con el ingreso, y tales factores pueden afectar en forma negativa esfuerzos antitabáquicos por lo demás exitosos en un determinado país; esos datos por lo común no toman en cuenta el consumo de importaciones ilegales (de contrabando o falsificadas), de suerte que, donde este consumo es elevado, los datos pueden no reflejar con exactitud el consumo absoluto; y los datos ilustrados en la figura 23 son promedios trienales o cuatrienales. Las fluctuaciones de un año a otro pueden enmascarar las tendencias a plazos más largos (tal podría ser el caso del Brasil). Lo ideal sería considerar los datos del consumo per cápita junto con los de prevalencia, para hacerse una idea más acabada del consumo de tabaco.

**CUADRO 23. Prevalencia del hábito de fumar en la población general, por sexo, en países seleccionados de las Américas, 2000–2005.**

País	Año de la encuesta	Intervalo de edades	Sexo	Fumadores activos <sup>a</sup> (%)
Argentina	2005	18+	Hombres	35,1
			Mujeres	24,9
			Total	29,7
Brasil (Río de Janeiro)	2002–2004	15+	Hombres	19,8
			Mujeres	15,9
			Total	17,5
Brasil (São Paulo)			Hombres	23,1
			Mujeres	17,5
			Total	19,9
Canadá	2005	15+	Hombres	22
			Mujeres	16
			Total	19
Chile	2003	17+	Hombres	48,3
			Mujeres	36,8
			Total	42,4
Costa Rica	2000	12–70	Hombres	23,3
			Mujeres	8,2
			Total	15,8
Estados Unidos	2003	18+	Hombres	24,1
			Mujeres	19,2
			Total	21,6
México	2001	18–65	Hombres	42,3
			Mujeres	15,1
			Total	27
Nicaragua	2001	15–49	Mujeres	5,3
Perú	2005	12–64	Total	31,8

<sup>a</sup>Definición de "fumador activo":

Argentina: ha fumado en los últimos 30 días y al menos 100 cigarrillos en toda su vida.

Brasil: fumador "regular", definición no disponible.

Canadá: incluye al fumador de todos los días y al fumador ocasional.

Chile: incluye al fumador de todos los días y al fumador ocasional.

Costa Rica: ha fumado durante el último mes.

Estados Unidos: ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida y fuma actualmente todos los días o algunos días.

México: definición no disponible.

Nicaragua: definición no disponible.

Perú: ha fumado en los últimos 30 días.

**Fuentes:** Encuestas nacionales.

### Exposición pasiva al humo del tabaco

La Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en la Juventud determinó que, en la mayoría de los países, al menos 30% de los jóvenes estaban expuestos al humo del tabaco en el hogar, como mínimo, una vez por semana. La exposición era más alta en la Argentina (casi 70%), el Uruguay (65%) y Chile (56%). Las tasas más bajas se hallaron en El Salvador (15%), Saint Kitts y Nevis (17%), y Antigua y Barbuda (18%) (Figura 24) (116).

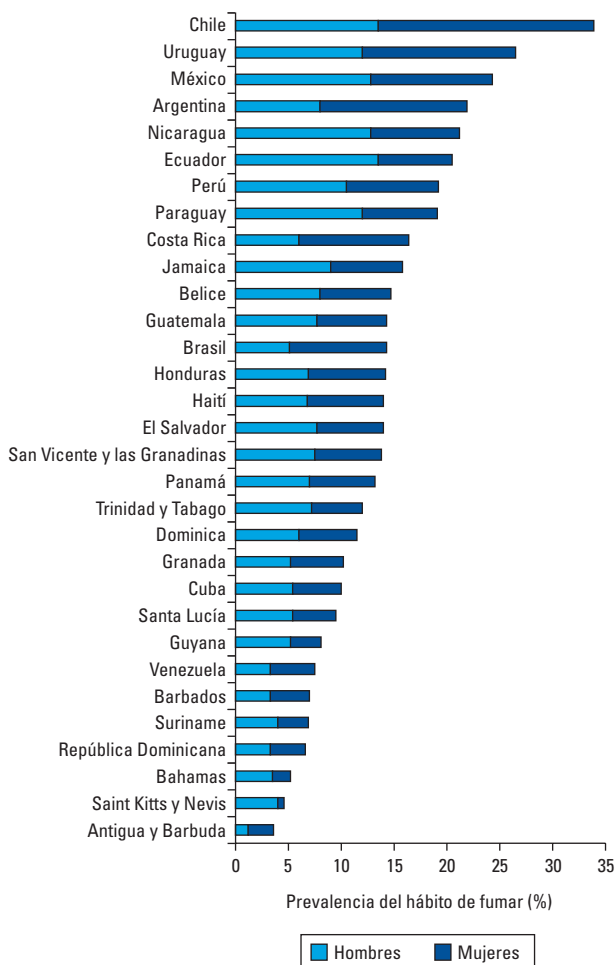
En una evaluación de la concentración de nicotina en los lugares públicos, se encontró nicotina transportada por el aire (que es un marcador de la exposición al humo ambiental del tabaco) en 94% de los puntos críticos relevados en siete países latinoamericana-

nos (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Paraguay, Perú y Uruguay) (117). En todos los países, las mayores concentraciones de nicotina se encontraron en los bares. También eran muy elevadas en muchas zonas para no fumadores de bares y restaurantes, lo cual indica que la adjudicación de espacios para no fumar es una medida ineficaz para el control de la exposición pasiva al humo de tabaco.

### Aspectos económicos

En un estudio del Banco Mundial para 1993, se calculó que el mercado internacional del tabaco produce una pérdida anual global de US\$ 200.000 millones en costos de salud y de producti-

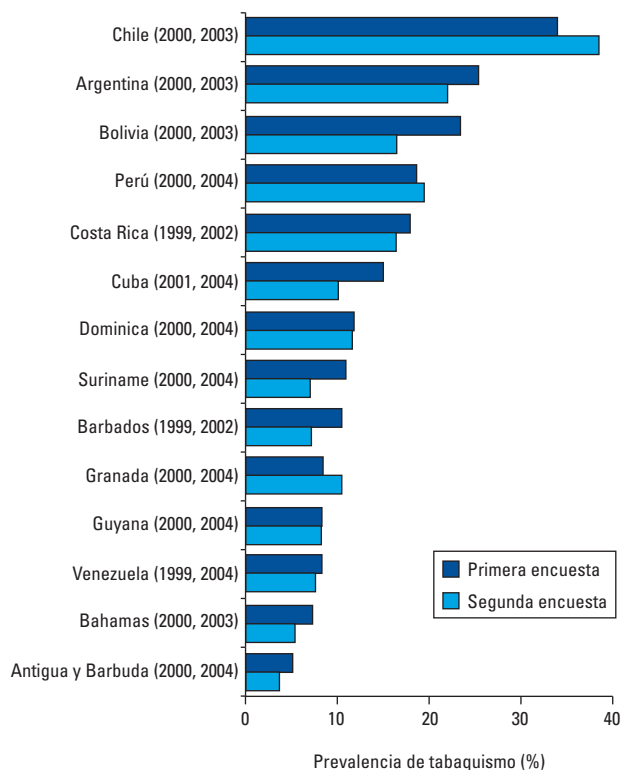
**FIGURA 21. Prevalencia del hábito del tabaquismo en los adolescentes de 13 a 15 años, por sexo, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2001–2005.**



**Fuente:** Organización Mundial de la Salud; Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos; Canadian Public Health Association. Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/gyts/en/index.html>.

vidad perdida (118). Se calcula que en los Estados Unidos el consumo de tabaco representa anualmente US\$ 76.000 millones (promedio de datos para 1995–1999) en costos médicos directos por el tratamiento de enfermedades relacionadas con el tabaquismo, y US\$ 82.000 millones más (promedio para los mismos años) en pérdidas de productividad debidas a muertes causadas por el tabaco (119). Por otra parte, la Sociedad de Actuarios de los Estados Unidos estima el costo anual de la exposición al humo ambiental del tabaco en US\$ 10.000 millones (US\$ 5.000 millones en costos médicos directos y US\$ 5.000 millones en costos de productividad perdida) (120). En estudios referidos al Canadá se calcularon los costos directos en salud de la exposición al humo ambiental del tabaco en lactantes y niños en casi US\$ 250 millones anuales y el costo de los incendios atribuibles al consumo de

**FIGURA 22. Prevalencia del tabaquismo en los adolescentes de 13 a 15 años, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 1999–2004.<sup>a</sup>**



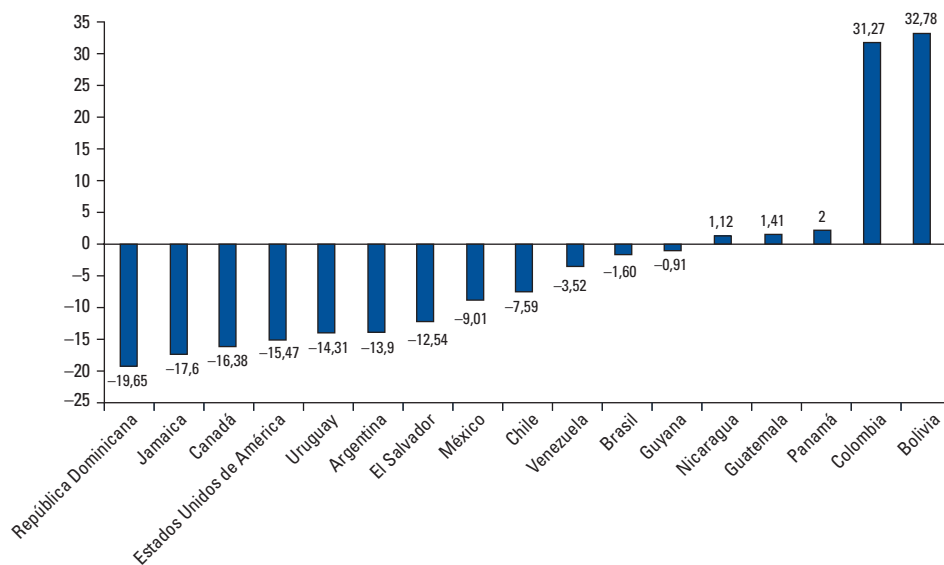
<sup>a</sup>Los datos son representativos de los totales nacionales, excepto en los siguientes países, donde el relevamiento se efectuó en lugares seleccionados y de los cuales se presentan datos de la capital o de otra gran ciudad: Argentina (Capital Federal), Bolivia (La Paz), Chile (Región Metropolitana de Santiago), Cuba (La Habana), Perú (Lima), Venezuela (Barinas).

**Fuente:** Organización Mundial de la Salud; Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos; Canadian Public Health Association. Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/gyts/en/index.html>.

tabaco en US\$ 81,5 millones (ambas estimaciones corresponden a 1997) (121).

En contraposición a las preocupaciones expresadas frecuentemente por los gobiernos, el cultivo y la producción de tabaco en la Región constituyen una proporción muy pequeña de la actividad agrícola y manufacturera en la mayoría de los países. Estudios de la OPS en los países del Cono Sur comprobaron que el porcentaje de superficie cultivada con tabaco era menor que 1% en la Argentina, Bolivia, Chile y el Uruguay. Aun en el Brasil, que es el mayor exportador mundial de hoja de tabaco, el tabaco ocupa a menos de 5% de la mano de obra agropecuaria (120–124). El empleo en la industria tabacalera representa solo 0,003% de la mano de obra industrial del Uruguay, 0,02% en el Brasil, 0,09% en Chile y 0,46% en Bolivia. La manufactura del tabaco emplea una mayor proporción de mano de obra industrial en la Argentina (4,23%), pero aun este porcentaje constituye una pequeña minoría de la mano de obra industrial (122–126).

**FIGURA 23. Consumo de cigarrillos per cápita en mayores de 15 años, por país, promedio de 2000–2003 comparado con el promedio de 1996–1999,<sup>a</sup> variación porcentual.**



<sup>a</sup>Excepciones: Nicaragua y Panamá comparan los datos de 2001–2004 con los de 1997–2000; Uruguay compara los de 2001–2004 con los de 1998–2000.

**Fuente:** Cálculos basados en los datos de Guindon GE y Boisclair D. Cigarette consumption dataset 1970–2004. Elaborado para la American Cancer Society, agosto 2005.

En la mayoría de los países, casi 100% de la participación en el mercado pertenece a filiales de British American Tobacco o de Philip Morris International (127); esto significa que las ganancias por la venta de productos del tabaco son giradas al exterior de los países y esto les representa una pérdida neta de divisas.

## Estado de las intervenciones

### *Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS*

La contribución más significativa al control del tabaco en los últimos años ha sido la adopción en 2003 del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS, y su ratificación por 142 Estados Miembros a diciembre de 2006 (128). El CMCT tiene reconocimiento jurídico y vigencia obligatoria, según el derecho internacional, en todos los países signatarios. Establece normativas y obligaciones específicas que abarcan toda una gama de políticas y programas de control del tabaco, incluida la política fiscal, la legislación que regula el consumo de tabaco y su comercialización, los programas para dejar de fumar, el control del comercio ilícito, la educación y la concientización del público, así como el intercambio de investigaciones e información.

Hasta diciembre de 2006, 21 Estados Miembros de la OPS, que en conjunto representan aproximadamente la mitad de la población de las Américas, ya eran signatarios del CMCT de la OMS; son ellos Antigua y Barbuda, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Dominica, Ecuador, Guatemala, Guyana, Honduras,

Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela. El cumplimiento efectivo de sus estipulaciones tendrá una repercusión significativa sobre el consumo de tabaco en la Región y, ulteriormente, sobre la morbilidad y mortalidad causadas por el tabaco.

### *Ambientes libres de humo*

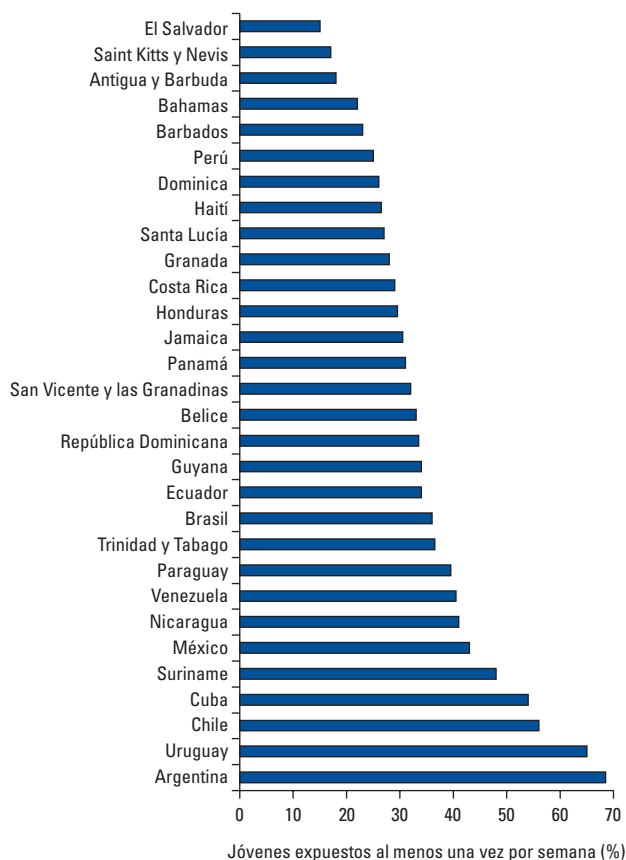
Los ambientes libres de humo protegen a los no fumadores de los efectos nocivos de la exposición al humo de tabaco. Constituyen asimismo, en relación con su costo, una de las medidas más efectivas para reducir el consumo de tabaco (129).

En marzo de 2006 el Uruguay se convirtió en el primer país de las Américas en disponer la prohibición absoluta de fumar en todos los lugares de trabajo a puertas cerradas (incluidos clubes, bares y restaurantes), así como en todos los establecimientos públicos. También se han logrado avances significativos en evitar la exposición al humo del tabaco en los municipios, provincias o estados y territorios del Canadá (que abarcan a 74% de la población), los Estados Unidos (45% de toda la población) y la Argentina (Santa Fe, Córdoba y Tucumán, 21% del total del país) (130, 131).

Se han realizado campañas de información pública para reforzar el apoyo a la creación de ambientes libres de humo en varias naciones, incluidas Argentina, Barbados, Brasil, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Perú, y Trinidad y Tabago; sin embargo, en otros países ha sido mucho más lento el progreso hacia una legislación integral que proteja a los trabajadores de la exposición al humo ambiental del tabaco.



**FIGURA 24. Exposición de los jóvenes de 13 a 15 años al humo del tabaco en el hogar, en países seleccionados de las Américas, 2000–2005.**



**Fuente:** Organización Mundial de la Salud; Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos; Canadian Public Health Association. Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/gyts/en/index.html>

La OPS ha analizado recientemente la exposición al humo de tabaco en el ambiente en el contexto de los derechos protegidos por instrumentos jurídicos internacionales en el ámbito de las Naciones Unidas y del sistema interamericano (132). Estos instrumentos y sus mecanismos u organismos de aplicación, tales como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, brindan orientación clara a los gobiernos para que protejan de la exposición al humo ambiental del tabaco a los trabajadores y a la población en general, y abren una vía legal apropiada para que las personas puedan defender su derecho a ambientes sanos, libres de humo.

#### *Impuestos y precios*

La relación entre los precios de los productos del tabaco y los ingresos de la población (accesibilidad del tabaco), así como la relación de esos precios con los de otros productos de consumo, figuran entre los principales factores que determinan su adquisi-

ción (133). Entre 1990 y 2001 fueron más los países de las Américas donde disminuyó el precio de los cigarrillos en relación con los ingresos que aquellos donde aumentó. El costo de 100 paquetes o cajetillas de cigarrillos como porcentaje del PIB per cápita promediado durante 1999–2001 fue más elevado en el Ecuador (cerca de 9%) y más bajo en los Estados Unidos (menos de 2%) (134). No se dispone actualmente de un análisis detallado sobre las modificaciones más recientes en la accesibilidad (precio relativo) del tabaco, pero esta debería ser una importante prioridad de monitoreo para poder comprender los cambios en el consumo per cápita.

En la mayoría de los países no se presta la debida atención a la repercusión del precio relativo (accesibilidad) sobre el consumo de tabaco y, por otra parte, no se ha recurrido lo suficiente en la Región a la política fiscal como herramienta para reducir el consumo. Consecuencia de ello es que a menudo el tabaco resulta más barato (o accesible), y no menos, con el transcurso del tiempo. Sin embargo, algunos países, entre ellos México y el Uruguay, han dispuesto moderados aumentos de impuestos al consumo de tabaco en los últimos años, como parte específica de sus planes contra el tabaquismo; o bien, como en el caso de Jamaica, para financiar los costos médicos. Suriname incrementó significativamente los impuestos a los cigarrillos en 2006, con lo cual de hecho se duplicó el precio de venta.

#### *Advertencias del riesgo a la salud impresas en los paquetes*

Advertencias bien visibles sobre los riesgos para la salud, impresas sobre los paquetes de cigarrillos, ofrecen información valiosa a los fumadores y los motivan a procurar dejar el hábito o a reducir su consumo. Estudios realizados en el Brasil y el Canadá indican que esas advertencias fueron muy eficaces en comunicar los riesgos para la salud y en motivar a los fumadores a que procurasen dejar el hábito o fumar al aire libre, lejos de sus familias (135, 136).

En la actualidad, cuatro países de las Américas (Brasil, Canadá, Uruguay y Venezuela) exigen que los paquetes lleven impresas imágenes de advertencia; por su parte, Panamá y algunos países de la Comunidad del Caribe (CARICOM) están considerando la posibilidad de implantar ese requisito.

#### *Eliminación de la publicidad y promoción del tabaco*

La promoción del tabaco ha sido correlacionada con un aumento del consumo y con la iniciación de los jóvenes en el hábito de fumar (137). Existen pruebas de que las restricciones sobre la promoción son efectivas solo cuando prohíben por completo todas o la mayoría de las formas de propaganda directa e indirecta (138). Esto sucede porque cuando se sancionan disposiciones que restringen alguna forma de publicidad del tabaco o su presentación en algún medio de comunicación (radio, televisión, etc.), las empresas tabacaleras sencillamente reorientan sus recursos hacia los tipos de promoción donde aún no se aplica la prohibición.

Aunque el CMCT exige a los países que prohíban la promoción del tabaco antes que hayan transcurrido cinco años de la entrada en vigencia del tratado, en la Región solo el Brasil (que permite la promoción únicamente en los puntos de venta), el Canadá (que permite algunos tipos de promoción) y Cuba imponen restricciones a la promoción del consumo de tabaco consideradas suficientemente amplias para reducir el consumo. Si bien en Chile se aprobó en 2006 una ley que prohíbe muchas formas de publicidad del tabaco, sus disposiciones omiten prohibir a las empresas tabacaleras los patrocinios publicitarios y otras formas de publicidad indirecta, con lo cual la ley pierde eficacia. Es posible que la representación del consumo de tabaco en la cinematografía haya sido el vehículo promocional más importante en los últimos años. Diversas investigaciones han comprobado que los jóvenes no fumadores expuestos a tales películas son casi tres veces más proclives a iniciarse en el hábito de fumar que los no expuestos (139). Los organismos de salud pública, incluida la OMS, han brindado su apoyo a varios principios que reducirían la repercusión de la exhibición del consumo de tabaco en el cine (140); hasta la fecha, ningún estudio cinematográfico importante de los Estados Unidos ha aceptado aplicar esos principios.

### Actividades de la industria tabacalera

La industria tabacalera en la Región es un oligopolio controlado por dos empresas transnacionales, British American Tobacco y Philip Morris International. La OPS y otros organismos han documentado las estrategias de la industria tabacalera para contrarrestar las políticas eficaces de control del tabaco, utilizando documentos supuestamente probatorios de las propias empresas tabacaleras (127). Una de las campañas más populares de la industria en la Región es el programa llamado “Convivencia en Armonía”, que promueve compartir los espacios para fumadores y no fumadores como táctica para neutralizar las leyes que exigen la habilitación de ambientes libres de humo. Este programa se ha vuelto a lanzar recientemente en México (141), donde existe creciente presión comunitaria para que se apliquen las leyes que prohíben fumar. Otra estrategia habitual se vale de los programas escolares de prevención del tabaquismo destinados a los jóvenes; en efecto, varios gobiernos de las naciones americanas, por intermedio de sus ministerios de Salud o de Educación, han contactado a las empresas tabacaleras para que copatrocinen esos programas, que han demostrado ser ineficaces. British American Tobacco informa que ha patrocinado programas de promoción de la salud para los jóvenes en Venezuela (142), y Philip Morris International ha lanzado en las escuelas del Uruguay su programa “Yo tengo P.O.D.E.R.”. Iniciativas más recientes de las empresas tabacaleras consisten en colocar voluntariamente mensajes más visibles de advertencia sanitaria en los paquetes de cigarrillos (143), para anticiparse a que los gobiernos impongan formas de advertencia más enérgicas.

Las reacciones de las empresas tabacaleras revelan cuáles son las medidas de control que perciben como más amenazadoras

“El progreso económico en los países en desarrollo en años recientes ha implicado un aumento dramático del tránsito carretero. A pesar de la falta de datos confiables, existen indicaciones de que, después de las enfermedades transmisibles, los accidentes se están convirtiendo en la causa más importante de morbilidad y mortalidad en muchos de los países en desarrollo de la Región.”

Héctor Acuña, 1982

para sus ventas, y se refuerzan así las comprobaciones independientes para evaluar la eficacia de esas medidas en la reducción del consumo de tabaco.

### Planteos judiciales

En agosto de 2006, en un juicio civil iniciado por el Departamento de Justicia (*los Estados Unidos vs. Philip Morris et al.*), el Juzgado Federal del Distrito de Columbia determinó que varias empresas tabacaleras de ese país eran culpables de actividades ilegales contempladas en la denominada ley RICO (*Racketeer Influenced and Corrupt Organizations*) que persigue a las organizaciones corruptas y mafiosas, y dispuso diversas medidas que incluían la prohibición de utilizar términos engañosos como “suave” y “de bajo contenido en alquitrán”. Las empresas tabacaleras apelaron y el Tribunal Federal de Apelaciones les concedió una suspensión de la sentencia y de la prohibición mencionada, señalando que no se exigirá la aplicación de las medidas dispuestas en la instancia anterior hasta que los tribunales se hayan pronunciado sobre todas las apelaciones planteadas (144).

Muchas acciones legales iniciadas en representación de un grupo de damnificados, reclamos individuales, juicios por la recuperación de gastos médicos y otras acciones judiciales siguen pendientes en los Estados Unidos y en el Canadá. Sin embargo, British American Tobacco informa que los únicos otros países de la Región con más de cinco acciones judiciales en curso contra la empresa son la Argentina y el Brasil (145).

### Desafíos y prioridades para el futuro

La industria tabacalera sigue siendo el principal obstáculo para la reducción de la morbilidad y la mortalidad causadas por el tabaco en las Américas. Segundo en importancia es la incapacidad de los sistemas de salud pública en muchos países para asignar alta prioridad a la prevención del consumo de tabaco, en lugar de centrarse en estrategias ineficaces en términos de costos, tales como los programas individuales para dejar de fumar y los programas educativos escolares (que no funcionan). Aunque algunos estudios de seguimiento a corto plazo de los programas escolares han notificado una menor prevalencia entre los jóve-

nes, la evaluación de la eficacia a largo plazo indica en forma convincente que no resultan efectivos (146). Quizá puedan mejorar los conocimientos de los alumnos sobre los peligros de fumar, pero a la larga no disminuyen el tabaquismo de los jóvenes. La exhortación lógica de estos programas, combinada con su falta de eficacia en reducir realmente el tabaquismo, explica por qué la industria tabacalera los ha venido apoyando durante tanto tiempo. Sin embargo, la situación está cambiando: la vigencia del CMCT de la OMS ha movilizó a los gobiernos y a las organizaciones no gubernamentales en el sentido de fortalecer las acciones para reducir el consumo de tabaco, haciendo más hincapié en las medidas probadamente efectivas en función del costo y de mayor repercusión sobre la población.

Uno de los logros centrales del CMCT consiste en el reconocimiento por los gobiernos de la necesidad de colaborar a nivel mundial para asegurar el intercambio de experiencias exitosas y para que los países más ricos apoyen la aplicación del CMCT en los países en desarrollo. El desafío pendiente estriba en asegurar que el espíritu del CMCT se traduzca en acciones, aportando mayores recursos a los países que más los necesiten.

## ALCOHOL

El consumo de alcohol se ha convertido en todo el mundo en uno de los riesgos más significativos para la salud. Según el *Informe sobre la salud en el mundo 2002* (147), deben atribuirse al

alcohol 4,0% de la carga de morbilidad, equivalente a 58,3 millones de AVAD perdidos, y 1,8 millones de defunciones, es decir, 3,2% de todas las muertes en el mundo. El alcohol es el principal riesgo para la salud en los países en desarrollo de baja mortalidad, donde es causa de 6,2% de los AVAD perdidos, y el tercer riesgo en los países desarrollados, donde representa 9,2% de los AVAD perdidos. En la Región de las Américas, es el principal factor de riesgo entre los 27 factores diferentes que se han evaluado de la carga de morbilidad (148), según se muestra en el cuadro 24.

La carga de morbilidad por el consumo de alcohol en la Región es tan considerable que sobrepasa los porcentajes mundiales: 4,8% de las defunciones y 9,7% de los AVAD en el año 2000 (en comparación con 3,2% y 4,0% en todo el mundo, respectivamente) son atribuibles al consumo de alcohol, y la mayor parte corresponde a América Central y América del Sur (149). Se calcula que causó al menos 279.000 defunciones en ese año, cantidad proporcionalmente mayor que el promedio mundial y que el de Europa (148). Las lesiones intencionales y no intencionales representaron casi 60% de todas las muertes relacionadas con el alcohol y casi 40% de la morbilidad por la misma causa. La mayor parte de la carga de morbilidad afecta a los hombres (83,3%); 77,4% de la morbilidad corresponde a la población de 15 a 44 años, o sea principalmente a los jóvenes y a los adultos jóvenes en su edad más productiva. El cuadro 25 resume los resultados de mortalidad relacionados con el alcohol en el año 2002, comparando la Región de las Américas con las cifras mundiales. Se observa que los resultados de 2002 fueron muy similares a los de 2000.

**CUADRO 24. Principales factores de riesgo de la carga de morbilidad y porcentaje total de AVAD, Región de las Américas, 2000.**

AMER D <sup>a</sup>		AMER B <sup>a</sup>		AMER A <sup>a</sup>	
Mortalidad alta		Mortalidad baja		Mortalidad muy baja	
Alcohol	11,4%	Alcohol	11,4%	Tabaco	13,3%
Bajo peso al nacer	5,3%	Sobrepeso	4,2%	Alcohol	7,8%
Sexo sin protección	4,8%	Hipertensión	4,0%	Sobrepeso	7,5%
Falta de saneamiento	4,3%	Tabaco	3,7%	Hipertensión	6,0%
Sobrepeso	2,4%	Colesterol alto	2,3%	Colesterol bajo	5,3%
Hipertensión	2,2%	Sexo sin protección	2,1%	Bajo consumo de frutas y hortalizas	2,9%
Deficiencia de hierro	1,9%	Exposición al plomo	2,1%	Inactividad física	2,7%
Humo en las viviendas (uso de combustibles)	1,9%	Bajo consumo de frutas y hortalizas	1,8%	Sexo sin protección	2,6%
Colesterol alto	1,1%	Falta de saneamiento	1,6%	Sexo sin protección	1,1%
Bajo consumo de frutas y hortalizas	0,8%	Inactividad física	1,4%	Deficiencia de hierro	1,0%

<sup>a</sup>Para facilitar el análisis de las causas de muerte y de la carga de morbilidad, los 192 Estados Miembros de la OMS se han dividido en cinco grandes grupos de mortalidad, con base en los niveles de mortalidad de los menores de 5 años y de los jóvenes de 15 a 19 años. El grupo AMER D incluye los países en desarrollo de la Región de las Américas con alta mortalidad infantil y adulta; el grupo AMER B incluye los países en desarrollo de la Región con baja mortalidad infantil y adulta, y el grupo AMER A a los países desarrollados de la Región con muy baja mortalidad infantil y baja mortalidad adulta. El cuadro 5 en este capítulo presenta la lista de los países incluidos en cada grupo.

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud, Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, con base en datos de Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N et al. Alcohol use. En: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, eds. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease due to selected risk factors (Vol. 1). Geneva: WHO; 2004, pp. 959–1108.

**CUADRO 25. Mortalidad atribuible al alcohol en las Américas y en todo el mundo, 2002.**

	Región de las Américas		En todo el mundo	
	No. de muertes	Porcentaje de todas las muertes atribuibles al alcohol	No. de muertes	Porcentaje de todas las muertes atribuibles al alcohol
Morbilidad materna perinatal	203	0,1	3.057	0,2
Cáncer	37.006	14,0	377.968	21,2
Morbilidad neuropsiquiátrica	27.492	10,4	113.603	6,4
Enfermedades cardiovasculares	-3.249 <sup>a</sup>	-1,2	196.646	11,0
Otras enfermedades				
no transmisibles	46.657	17,6	237.985	13,3
Lesiones no intencionales	88.409	33,4	585.553	32,8
Lesiones intencionales	68.180	25,8	269.155	15,1
Total de muertes relacionadas con el alcohol	264.697	100,0	1.783.567	100,0
Porcentaje de las muertes atribuibles al alcohol respecto del total de muertes	4,4		3,1	

<sup>a</sup>Las cifras negativas corresponden a la cantidad de vidas salvadas por el consumo reducido de alcohol y sus efectos benéficos sobre las enfermedades cardiovasculares.

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud, Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, con base en datos de Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehm N et al. Alcohol use. En: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, eds. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease due to selected risk factors (Vol. 1). Geneva: WHO; 2004, pp. 959–1108.

### El consumo de alcohol, la salud y los problemas sociales

El consumo de alcohol está muy difundido en la mayoría de los países americanos, aunque no está exento de riesgos. Se trata esencialmente de una droga intoxicante que causa dependencia y que se consume sobre todo por sus efectos psicoactivos que alteran las percepciones y la conducta. La adicción al alcohol (que suele denominarse alcoholismo) es un trastorno del comportamiento vital caracterizado por dependencia, que supone deficiente control personal de su consumo, tolerancia creciente a sus efectos, síndrome de abstinencia, ansias de beber, y consumo incesante no obstante los reiterados problemas de salud y sociales que aquejan a los bebedores.

A pesar de las grandes variaciones subregionales en el consumo per cápita de alcohol, el promedio en las Américas, ponderado por población, es de 8,9 litros, muy por encima del promedio mundial de 5,8 litros (148) (cuadro 26). En la figura 25 se presentan las tendencias del consumo en América Central y América del Sur en los últimos 40 años, por tipo de bebida. Estas tendencias reflejan solo el consumo de alcohol registrado y no incluyen la producción doméstica o clandestina de bebidas alcohólicas, que se consideran significativas en la Región. Las cifras indican que el consumo de cerveza está aumentando en forma sostenida, mientras que el de vinos ha disminuido o se halla estabilizado. El consumo de bebidas destiladas también ha aumentado con el correr de los años.

Varias naciones de la Región son grandes productoras de bebidas alcohólicas, y los impuestos a su venta aportan a los respectivos gobiernos una importante fuente de ingresos. Sin em-

bargo, aun en países como Estados Unidos y Canadá, donde las ganancias provenientes del alcohol son enormes, el análisis de los costos del consumo alcohólico indica que estos sobrepasan ampliamente los ingresos que genera. En los Estados Unidos, el costo económico estimado del consumo de alcohol en 1992 fue de US\$ 148.000 millones, incluidos más de US\$ 19.000 millones gastados en la atención de la salud, pero en 1998 aumentó 25% hasta alcanzar US\$ 184.600 millones (150), es decir, aproximadamente US\$ 638 per cápita. En el Canadá, los costos económicos del consumo de alcohol representan 2,7% del PIB, equivalente a US\$ 18.400 millones en 1992 (151). No existen estudios similares para los países en desarrollo de la Región.

Se calcula que en muchos de los países en desarrollo el consumo de alcohol elaborado o destilado ilegalmente en el hogar, o contrabandeado, corre a la par del consumo de bebidas alcohólicas producidas comercialmente. Esto constituye un desafío tanto desde el punto de vista del conocimiento, ya que este consumo resulta difícil de registrar, como desde la perspectiva de la salud pública, puesto que su producción y calidad no están sujetas a ningún control. Se estima que en la mayoría de los países latinoamericanos queda sin registrar de 11% a 55% del consumo total de alcohol (152).

Varios factores interrelacionados se combinan para causar los efectos nocivos del alcohol. El consumo de alcohol está medido y caracterizado por tres importantes elementos: la cantidad de alcohol consumida en un año, la cantidad que se consume de una sola vez, y el contexto y circunstancias en que se lo consume (153). En la Región, es muy común el consumo excesivo ocasional de alcohol, el cual configura un patrón de consumo perjudi-

**CUADRO 26. Consumo de alcohol en países seleccionados de las Américas, 2000.**

País	Consumo per cápita <sup>a</sup>	Consumo no registrado <sup>b</sup>	Pautas de consumo de alcohol <sup>c</sup>	Porcentaje de abstemios		Consumo per cápita por bebedor <sup>d</sup>
				Hombres	Mujeres	
Argentina	16,3	1,0	2	7	21	19,0
Barbados	7,4	-0,5	2	29	70	14,8
Belice	6,4	2,0	4	24	44	9,7
Bolivia	5,7	3,0	3	24	45	8,7
Brasil	8,6	3,0	3	13	31	11,1
Canadá	9,4	1,0	2	17	28	12,1
Chile	8,3	1,0	3	31	47	13,6
Colombia	8,3	2,0	3	31	47	13,6
Costa Rica	6,7	2,0	3	45	70	15,9
Cuba	5,7	2,0	2	29	70	11,4
Ecuador	5,5	3,7	3	41	67	12,0
El Salvador	4,6	2,0	4	9	38	6,0
Estados Unidos	9,5	1,0	2	28	43	14,8
Guatemala	3,7	2,0	4	49	84	11,2
Guyana	12,1	2,0	3	20	40	17,3
Haití	5,4	0,0	2	58	62	13,5
Honduras	4,2	2,0	4	9	38	5,5
Jamaica	4,3	1,0	2	29	70	8,6
México	8,2	4,0	4	36	65	16,7
Nicaragua	3,7	1,0	4	9	38	4,9
Paraguay	9,6	1,5	3	9	33	12,2
Perú	5,4	1,0	3	17	24	6,8
República Dominicana	5,7	1,0	2	12	35	7,5
Suriname	6,0	0,0	3	30	55	10,5
Trinidad y Tabago	2,4	0,0	2	29	70	4,8
Uruguay	9,5	2,0	3	25	43	14,4
Venezuela	9,6	2,0	3	30	55	16,8

<sup>a</sup>En litros de alcohol puro, incluido el consumo no registrado.

<sup>b</sup>En litros de alcohol puro.

<sup>c</sup>Puntuación de riesgo alcohólico, donde 1 = menos perjudicial, y 4 = más perjudicial.

<sup>d</sup>Consumo per cápita por bebedor, en litros de alcohol puro, incluido el consumo no registrado.

**Fuente:** Adaptado de Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Rev Panam Salud Pública* 2005;18(4/5): 241–248; 2005.

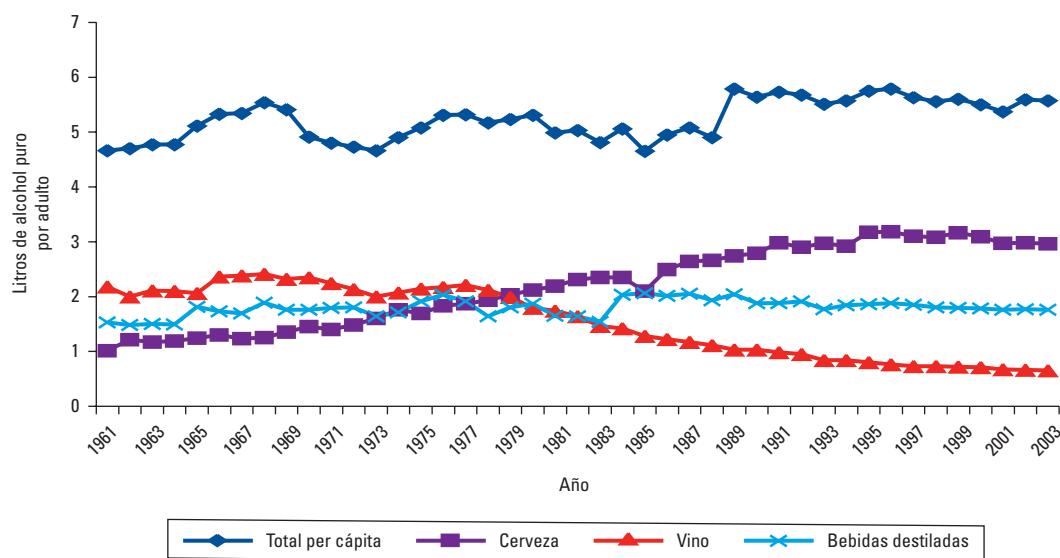
cial que supone daños para la salud, y que se traduce en problemas relacionados con lesiones intencionales y no intencionales, incluyendo homicidios, accidentes de tránsito, violencia, ahogamiento, caídas, quemaduras, intoxicaciones y suicidios. Al mismo tiempo, una proporción significativa de personas que padecen trastornos relacionados con el alcohol, en particular de dependencia, con el transcurso del tiempo presentan problemas crónicos de salud que finalmente se traducen en muchos años de vida perdidos por discapacidad; todo ello representa más de 50% de toda la carga de morbilidad relacionada con el alcohol. Se calcula que en América Latina y el Caribe hay más de 30 millones de personas a quienes cabe aplicar los criterios diagnósticos de trastornos por consumo de alcohol, y que más de 75% de ellas no han recibido ninguna atención médica (154).

El consumo generalizado de bebidas alcohólicas está asociado con otra amplia gama de consecuencias tanto para la salud como sociales, entre ellas, lesiones relacionadas con la práctica de

deportes y el esparcimiento; disminución de la productividad laboral, varios tipos de cáncer, hepatopatía crónica, cardiopatía y enfermedades del sistema nervioso central y periférico. Los problemas relacionados con el alcohol se extienden también a otras personas, como ocurre en la violencia doméstica, el maltrato de niños, el comportamiento violento y los traumatismos o la muerte de pasajeros en automóviles o de peatones causados por personas que conducen bajo los efectos del alcohol.

Beber hasta la embriaguez es una causa significativa de daños relacionados con el alcohol y origina el mayor porcentaje de AVAD perdidos en todos los países de América Latina y el Caribe; asimismo, está fuertemente relacionado con lesiones no intencionales, con consecuencias sociales negativas y disminución de la productividad industrial. Estas consecuencias negativas suelen tener una repercusión particular sobre los jóvenes. Aunque el consumo de alcohol per cápita ha disminuido o se ha estabilizado en el Canadá y los Estados Unidos, beber en forma compulsiva,

**FIGURA 25. Consumo de alcohol en mayores de 15 años registrado en América Central y América del Sur, por tipo de bebida, 1961–2003.**



**Fuente:** Adaptado de Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Rev Panam Salud Pública* 2005;18(4/5): 241–248; 2005.

especialmente entre los jóvenes, es un hábito que está en aumento en muchos países de la Región, incluidos México, Brasil, Perú, Bolivia, Uruguay y Chile (152). En los países en desarrollo, los bebedores jóvenes están adoptando las modalidades de consumo de los jóvenes de países desarrollados (155). Los jóvenes corren más riesgo que otros grupos de edad de verse envueltos en accidentes por conducir bajo los efectos del alcohol, así como de incurrir en conductas violentas y de sufrir alteraciones familiares relacionadas con la bebida.

El consumo de alcohol está también asociado con otros comportamientos de alto riesgo, como las relaciones sexuales sin protección o el uso de otras sustancias psicoactivas. Por ello, el uso de alcohol presenta un alto grado de comorbilidad con los trastornos causados por la utilización de otras sustancias que producen alteraciones, como la dependencia de la nicotina, y con las enfermedades de transmisión sexual. Los estudios recientes sugieren la existencia de una asociación entre los trastornos causados por el alcohol y la infección por el VIH/sida.

Por último, muchos de los problemas sociales relacionados con el alcohol no pueden calcularse con exactitud, pero se considera que sus repercusiones tienen un costo muy grande para la sociedad en términos de desamparo, sufrimiento y destrucción del entorno familiar, las pérdidas de ingreso familiar (además de las causadas por la pérdida de productividad laboral), los traumas psicológicos de los hijos de padres alcohólicos, las consecuencias a largo plazo de la violencia doméstica, las perturbaciones en la vida de la comunidad, el fracaso escolar o directamente el abandono de los estudios, entre otros.

### El significado cultural del alcohol y sus consecuencias en la población indígena

En la mayor parte de la Región, las bebidas alcohólicas eran ya conocidas y se las consumía antes del contacto con los europeos hace 500 años. Durante el transcurso de su varias veces milenaria historia las bebidas alcohólicas se han producido sobre todo localmente, en escala doméstica o de pequeñas comunidades, utilizando materias primas de origen local y procedimientos tradicionales transmitidos de generación en generación. Estas bebidas, producidas por la fermentación de granos, frutas u otras sustancias orgánicas, contenían a lo sumo un bajo porcentaje de etanol. Figuran entre ellas el vino, la cerveza, la sidra, la levadura fermentada y una variedad de otras bebidas de contenido etílico producidas en determinadas zonas.

Las cervezas, las sidras, la chicha (bebida preparada con maíz fermentado, de consumo habitual en el Perú) y la levadura fermentada no podían conservarse inalteradas por mucho tiempo y los medios de transporte eran limitados, de modo que lo que se producía localmente se consumía en poco tiempo. En su mayor parte, esas bebidas no se vendían en los mercados, sino que eran consumidas dentro del hogar, obsequiadas en señal de generosidad o de hospitalidad, o compartidas en las festividades comunitarias y dentro de los circuitos locales de intercambio, en celebración del final de las cosechas o de la terminación de una obra colectiva. La producción de alcohol presupone la existencia de un excedente agrícola por sobre el mínimo necesario para la subsistencia. Por este motivo, y también por su potencial embriagante, en muchas sociedades las bebidas alcohólicas eran consideradas

como productos especiales y su consumo solía estar restringido a determinados grupos de la población, o a ciertas ocasiones o a ceremonias religiosas (156).

Posteriormente durante el siglo XVI, cuando se conoció y se difundió en escala comercial la destilación, la disponibilidad de las bebidas alcohólicas aumentó sustancialmente y podía accederse a ellas en cualquier época del año, independientemente del clima. Las bebidas destiladas pasaron a ser un rubro importante del comercio colonial (157): el ron fluía del Caribe a América del Norte, y variedades más baratas de alcohol industrial, los denominados licores destilados comerciales, se traían de Europa. Hay muchas de estas bebidas destiladas en la Región, entre ellas el aguardiente, la *cachaça* (bebida destilada elaborada con la caña de azúcar, de consumo habitual en el Brasil), el pulque, el pisco, etcétera. Por otra parte, durante la colonización se utilizó el alcohol como medio de explotación, de suerte que el consumo de bebidas fermentadas perdió la mayor parte de su significado cultural.

El estrecho contacto con las poblaciones urbanas y la aculturación han llevado a un consumo ampliamente difundido de bebidas alcohólicas por grupos originarios, así como a graves problemas sociales y de salud relacionados con el abuso del alcohol, y potenciados por la pobreza. En 2002, Seale et al. (158) informaron muy elevadas tasas de consumo alcohólico en una comunidad indígena en Venezuela —86,5% de los hombres y 7,5% de las mujeres declararon beber en exceso—, al tiempo que discusiones grupales enfocadas a ese tema revelaron que “las pautas tradicionales de embriaguez festiva ocasional con licor de maíz habían sido gradualmente reemplazadas por el consumo de cerveza comercial y ron a intervalos más frecuentes y con consecuencias sociales más negativas”.

En las comunidades indígenas de Bolivia, Brasil, México, Nicaragua y Panamá se ha informado que el consumo de alcohol era una antigua tradición aun antes de la colonización (159), sobre todo con fines terapéuticos, medicinales o rituales, o conjuntamente con alimentos en determinadas festividades. Sin embargo, después de la colonización, las bebidas tradicionales que consumían las poblaciones indígenas fueron paulatinamente reemplazadas por bebidas destiladas. Con el pasar del tiempo, el consumo de alcohol ha aumentado y se ha extendido en nuevas comunidades indígenas, sobre todo entre los varones jóvenes, que a menudo beben hasta la embriaguez. La mayor accesibilidad y disponibilidad del alcohol, así como la carencia de servicios de salud, educativos y otros que cubran en alguna medida sus necesidades, se combinan con condiciones de vida y de trabajo, de por sí ya deficientes, para producir una elevada morbilidad y mortalidad por causas relacionadas con el alcohol en esas comunidades (160).

En conclusión, el alcohol no es un producto como cualquier otro (161), y aunque muchas personas lo asocian con el placer y la sociabilidad, su consumo supone también graves riesgos para la salud y las relaciones sociales (152). Para abordar el riesgo que plantean a la salud pública los efectos nocivos del consumo de alcohol, se necesitan estrategias coordinadas, integrales y eficaces.

## El camino hacia adelante

El desarrollo socioeconómico tiende a estar asociado con niveles más altos de consumo de alcohol, y de los daños que provoca, en la medida en que las personas que disponen de mayores ingresos gastarán más en bebidas alcohólicas y beberán excesivamente (a la vez que aumenta la accesibilidad y disponibilidad de las bebidas alcohólicas) (161). Por su parte, para las personas que viven en condiciones de pobreza los gastos que representa el consumo de alcohol pueden arruinar la economía de la familia y reducir sus posibilidades de educación, vivienda, nutrición, salud y acceso a otros bienes y servicios (160). La publicidad del alcohol y la baja concientización acerca de las consecuencias negativas de beber en exceso, combinadas con la falta de políticas que limiten la disponibilidad de bebidas alcohólicas, dejan a las personas afectadas sin medios para recuperarse o elegir alternativas más saludables.

La información disponible es limitada, pero hay pruebas suficientes de que es necesario actuar tanto en el nivel nacional como regional. La prevención de los efectos nocivos relacionados con el alcohol, por lo tanto, debe ser una prioridad de salud pública en las Américas. En este sentido, se dispone de políticas eficaces, probadas en los países de la Región y en todo el mundo, de lo cual la experiencia de Diadema (Brasil) proporciona un ejemplo reciente (recuadro 1).

Las políticas efectivas para disminuir la mortalidad y discapacidad por toda causa también apuntan a reducir todas las formas de consumo de alcohol mediante impuestos y controles de precios, y a limitar su disponibilidad (horas y lugares de venta, venta a menores). Las políticas también pueden prestar atención especial a la reducción de casos específicos individuales, incluida la legislación para evitar el manejo de vehículos bajo los efectos del alcohol, las intervenciones breves para bebedores precoces, y la implantación de programas de capacitación para un servicio responsable de bebidas alcohólicas. Controlar la venta de bebidas alcohólicas a los jóvenes apoyaría estas políticas y ayudaría a modificar las normas sociales referidas a beber y a embriagarse.

Las siguientes intervenciones son cruciales para abordar la disponibilidad y la demanda de bebidas alcohólicas, las respuestas apropiadas para tratar los daños causados por el consumo abusivo, y la necesidad de crear mecanismos para facilitar y consolidar los esfuerzos tendientes a reducir sus efectos nocivos. Se basan en la última revisión de los datos probatorios de la eficacia de una amplia gama de políticas contra el abuso del alcohol, patrocinada por la OMS y publicada por Oxford University Press (161), y en un análisis de la rentabilidad de las diversas intervenciones para reducir la mortalidad y la morbilidad relacionadas con el alcohol (163).

- Crear un sistema de impuestos al alcohol orientado expresamente a reducir los daños derivados de su consumo y basado en el contenido de alcohol, a fin de proporcionar una herra-

## RECUADRO 1. Reducción de las horas de venta de alcohol en Diadema

El Alcalde de Diadema, una ciudad industrial de casi 400.000 habitantes en la región del Gran São Paulo, presentó un proyecto de ley en 2002 para obligar a los 4.800 bares y restaurantes de la ciudad a suspender la venta de bebidas alcohólicas entre las 11 pm y las 6 am. Desde la aprobación de la ley, el número de homicidios descendió 47,4%, el de accidentes de tránsito, 30%, el de agresiones contra las mujeres, 55%, y la cantidad de ingresos hospitalarios relacionados con el alcohol descendió 80%. Contrariamente a la creencia popular, después de la sanción de la ley la actividad comercial se intensificó, aumentaron las inversiones y se incentivó la generación de empleos. Al menos otros 120 municipios han seguido el ejemplo de Diadema, y además en el Estado de Pernambuco se ha aprobado hace poco una ley semejante. El gobierno federal está ahora ofreciendo financiamiento adicional para el mantenimiento del orden a los municipios que limitan el consumo de alcohol y luchan contra la violencia urbana (162).

mienta útil para aumentar el costo de las bebidas en relación directa con su potencial para producir efectos nocivos.

- Establecer mecanismos legales y regulatorios para la producción, importación, venta minorista, disponibilidad y consumo de bebidas alcohólicas, que incluyan una edad mínima para el consumo y la adquisición de bebidas alcohólicas; restricciones relacionadas con las horas, días y lugares de venta; un sistema de concesión de licencias para regular el expendio mayorista y minorista de bebidas alcohólicas, que proporcione los mecanismos para sancionar a quienes las vendan por cualquier acción que promueva o aliente los daños para la salud y las consecuencias sociales negativas del abuso del alcohol; permisos de importación; control de las ventas ilegales, y normas de calidad para la producción de bebidas alcohólicas.
- Fortalecer apropiadamente los organismos encargados de hacer cumplir las leyes y regulaciones sobre el consumo de alcohol.
- Considerar las bebidas alcohólicas como mercancías objeto de tratamiento especial en los acuerdos de comercio internacional, para reforzar la capacidad nacional y local en materia de salud pública y control de los mercados del alcohol.
- Aprovechar las campañas de comercialización para informar mejor a la población sobre los perjuicios que acarrearán la embriaguez, la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol, y el consumo excesivo durante el embarazo, entre otros.
- Encomendar a una dependencia gubernamental o autárquica la responsabilidad de monitorear y hacer cumplir las reglamentaciones y prohibiciones relativas a la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas en los medios de radiodifusión, Internet, la prensa escrita y carteles publicitarios, así como en eventos culturales, juveniles y deportivos, teniendo en cuenta particularmente su repercusión sobre los jóvenes.
- Integrar y difundir en los servicios de atención primaria de salud la detección precoz de problemas con la bebida y las intervenciones breves para encararlos.

- Desarrollar modalidades de tratamiento integradas al sistema general de salud y accesibles a las personas afectadas, que respondan a la amplia gama de problemas relacionados con el alcohol.
- Evitar la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol midiendo las concentraciones de alcohol en sangre y fijando un techo bajo de contenido de alcohol en la sangre (CAS de 0 a 0,05%) para los conductores; tolerancia cero hacia los conductores noveles que hayan consumido alcohol; pruebas aleatorias de alcoholemia; puestos de control de sobriedad, y suspensión de las licencias de conducir por simple decisión administrativa.
- Desarrollar sistemas de información para el seguimiento del consumo de alcohol y de los problemas relacionados, como una manera de vigilar la ejecución y efectividad de los cambios de política.
- Apoyar y financiar a las organizaciones locales en la definición de estrategias para que la comunidad, y las propias organizaciones, encaren los problemas relacionados con el alcohol.

## VIOLENCIA

### Lesiones intencionales y no intencionales

La violencia y las lesiones no intencionales traen consigo costos particularmente altos asociados a la mortalidad, la morbilidad y los traumatismos en la Región de las Américas. Las lesiones intencionales, o las lesiones relacionadas con la violencia, pueden ser interpersonales (homicidio), autoinfligidas (suicidio) o colectivas. Las lesiones no intencionales incluyen los traumatismos causados por el tránsito, ahogamiento, caídas, quemaduras e intoxicaciones.

El *Informe mundial sobre la violencia y la salud* de la OMS, en términos amplios, define la violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psico-



lógicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (164). Esto incluye el daño físico, sexual o psicológico, y el causado por la privación, y se aplica a la violencia intrafamiliar dirigida principalmente contra los niños, las mujeres y los ancianos, a la violencia infligida por las personas jóvenes o contra ellas, y a las distintas formas de violencia colectiva que se producen por razones políticas, económicas o sociales. Como resultado de una compleja interacción de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales, la Región de las Américas es una de las más violentas del mundo. El modelo ecológico incluido en el *Informe* apunta a identificar los factores de riesgo, entre ellos, el alto grado de tolerancia cultural a la violencia, la debilidad de los sistemas judiciales y la desigualdad social. En el ámbito de las relaciones individuales y familiares, una historia de haber sido víctima o testigo de violencia, la violencia familiar, y la presión de los pares o compañeros son factores de riesgo bien conocidos de comportamiento violento en el futuro.

Según cifras oficiales, en el último decenio se produjeron en la Región entre 110.000 y 120.000 homicidios, y entre 55.000 y 58.000 suicidios (165). Diversas investigaciones han ayudado a comprender los factores que contribuyen a crear un clima que incita a la violencia. Así, estudios especializados indican que el riesgo de las mujeres de ser víctimas de la violencia aumenta cuando tienen cinco o más hijos, antecedentes familiares de violencia, problemas económicos, falta de trabajo, falta de instrucción, o viven en barrios marginales e inseguros de las zonas urbanas (166). En cuanto a la violencia juvenil, los factores que aumentan el riesgo de los jóvenes de incurrir en comportamientos violentos incluyen el abandono de la escuela primaria, la falta de oportunidades laborales, tener una familia disfuncional, y haber sido víctimas o testigos de violencia en el entorno familiar (167, 168). Asimismo, mientras la mayoría de las víctimas de homicidio son hombres de 15 a 44 años de edad (169, 170), las víctimas de violencia no mortal son por lo general mujeres, niños y ancianos. En los niveles individual, familiar, comunitario y nacional, la violencia se ha convertido en la norma, y puesto que el comportamiento violento es en gran parte aprendido, el ciclo continúa a lo largo de las generaciones.

En general, los recursos financieros para combatir la violencia suelen destinarse a la represión del delito. Los costos relacionados con la violencia representan anualmente más de 12% del PIB, cifra que supera el porcentaje de inversiones en salud y educación (171, 172).

## Homicidios

El homicidio es un delito que consiste en matar a otra persona. La definición de la OMS amplía este concepto, que se describe en la CIE-10 como: “lesiones ocasionadas por otra persona con intento de lesionar o matar, por cualquier medio”, y excluye las lesiones debidas a intervención legal y a operaciones de guerra

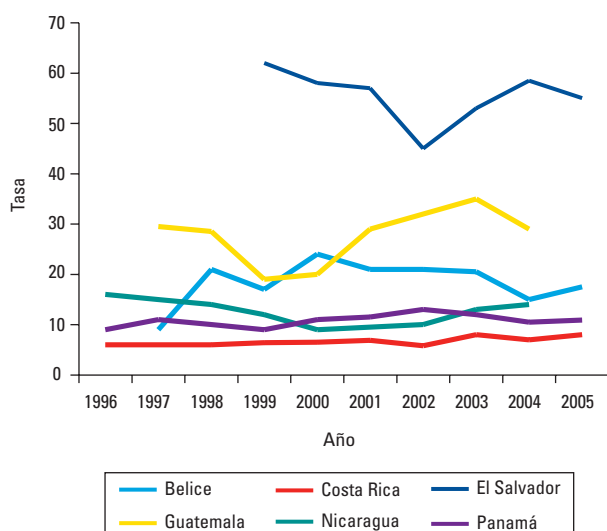
(173). Aunque hay un número significativo de casos no registrados, según los datos nacionales que se consideren, en las Américas la tasa de homicidio más elevada notificada por 100.000 habitantes en los dos últimos decenios corresponde a Colombia. Sin embargo, las tasas descendieron significativamente en los cinco últimos años, de 64 por 100.000 en 2001 a 50 por 100.000 en 2003, y finalmente, a 38 por 100.000 en 2005. La mayoría de las víctimas y de los agresores eran hombres de zonas urbanas, y muchas de las muertes violentas fueron consecuencia del conflicto armado en curso (170, 174). La disminución de las muertes se debió principalmente a dos factores: en primer lugar, a la iniciativa del gobierno de avanzar en las negociaciones con miras a desmovilizar a los paramilitares, y reducir así las matanzas y asesinatos, y en segundo lugar, a la aplicación de programas urbanos sostenibles que promueven la coexistencia pacífica y el respeto mutuo, especialmente en Bogotá y Medellín, donde se emprendieron programas intensivos para mejorar la cultura ciudadana, reducir el crimen y la violencia, y reconstruir la convivencia y la infraestructura urbana (175, 176). Esta serie de programas y proyectos de prevención de la violencia dieron como resultado una marcada disminución de las tasas de homicidio, que pasaron de 80 por 100.000 en 1995 a 21 por 100.000 en 2005 (177).

Las tasas de homicidio del Brasil, que entre 1980 y 2002 aumentaron de 11,4 a 28,4 por 100.000 habitantes, se encuentran entre las más elevadas de la Región. En 2000, 28% de todos los homicidios de las Américas correspondían a este país. Los varones adultos jóvenes son también las víctimas más frecuentes. Por lo común, en las ciudades más populosas las tasas de homicidio suelen ser más altas que la tasa para todo el país. Así por ejemplo, mientras que en el período 1980–2002 la tasa de homicidio por 100.000 habitantes aumentaba más del doble en todo el Brasil, en São Paulo se triplicaba (178).

En Puerto Rico, los homicidios constituyen la duodécima causa principal de muerte, pero la quinta entre los hombres. Entre 1999 y 2003 la tasa de homicidio por 100.000 habitantes fue de 47,7 para los hombres y 3,5 para las mujeres. Las zonas urbanas son el escenario más frecuente, y las armas de fuego, el medio más común. Los factores contribuyentes incluyen: alta densidad de población y urbanización, uso de drogas ilícitas, tráfico de drogas, violencia política y actividad delictiva organizada. Las tendencias de la tasa de homicidio difieren entre los países. Mientras que las tasas de homicidio en el grupo de 15 a 29 años de edad han descendido en los Estados Unidos de 21,6 a 13,4 por 100.000 habitantes, en Puerto Rico han aumentado de 49,8 en 1999 a 54,1 en 2003. El gobierno puertorriqueño y el Centro para la Prevención de la Violencia Juvenil Hispana están trabajando para abordar este problema por medio del mejoramiento de la aplicación de la ley y la implementación de programas educativos (179).

En América Central, El Salvador y Guatemala presentan tasas de homicidio superiores a 30 por 100.000 habitantes (figura 26). En los últimos años, en estos países se han aplicado políticas de

**FIGURA 26. Tasas de homicidio por 100.000 habitantes en países seleccionados de América Central, 1996–2005.**



**Fuente:** Esta figura fue elaborada con base en información obtenida de las referencias 179 a 183 que aparecen al final de este capítulo.

“mano dura” o “mano de hierro”, con la intención de controlar y reducir la criminalidad, más específicamente la de las pandillas de jóvenes o “maras”. Sin embargo, no lograron el efecto esperado, puesto que en el período comprendido entre 2000 y 2005 las tasas de homicidio aumentaron en Guatemala de 20,0 por 100.000 habitantes a 27,0 por 100.000 (180). En El Salvador, experimentaron un descenso de 62,5 a 54,9 para 2005 (181). Honduras, a pesar de los problemas en los sistemas de recopilación de datos, notificó una tasa de homicidio cercana a 53 por 100.000 habitantes para 2005.

En contraste, los otros países centroamericanos presentaron tasas de homicidio inferiores. Así, entre 2001 y 2005, en Costa Rica las tasas oscilaron entre 5,6 y 7,2 (182), en Belice descendieron de 21,0 a 15,4 (183), en Panamá, fluctuaron entre 10,3 y 11,9 (184) y en Nicaragua aumentaron de 7,3 a 9,5.

En los últimos 30 años, en Jamaica la tasa de homicidios ha aumentado en forma sostenida, hasta llegar a 45 por 100.000 en 2004 (185); la mayoría de las víctimas eran hombres de 15 a 44 años de edad, residentes en zonas urbanas, y las armas de fuego y los objetos punzantes fueron los métodos más comunes utilizados. Es importante señalar que los homicidios se relacionaron principalmente con peleas o venganzas más que con la violencia de pandillas o los asaltos. En Jamaica, el costo de la violencia es enorme, con aproximadamente US\$ 10 millones perdidos a causa de las lesiones relacionadas con la violencia y US\$ 225 millones perdidos por todas las consecuencias de la violencia (186). En Venezuela, la tasa de homicidio por 100.000 habitantes aumentó de 19,4 en 1998 a 50,9 en 2003. Los hombres jóvenes, en particular los que viven en las zonas más vulnerables, son los más afectados (187).

## Violencia juvenil

La violencia de las pandillas es actualmente una de las formas más visibles de la violencia juvenil en la Región. Entre 20% y 50% de todos los delitos violentos se atribuyen a pandillas (164, 181), con tasas de homicidios relacionados con pandillas que en El Salvador se elevan hasta casi 50 por 100.000 personas. Las pandillas tienen por lo general un comportamiento violento y criminal, y sus miembros no se preocupan ni por esconder su identidad ni por las consecuencias de sus acciones (188).

Por lo común, los miembros de las pandillas son jóvenes, pobres y marginados procedentes de zonas urbanas, que se encuentran fuera del sistema escolar, no tienen trabajo y han experimentado violencia en su pasado (169, 189, 190). La migración a las grandes ciudades, la falta de opciones sociales y de control de armas de fuego, la ineficiencia de las fuerzas de seguridad, la corrupción y el tráfico de drogas son factores que contribuyen al crecimiento y mayor actividad de las pandillas juveniles.

El aumento de la violencia de las pandillas parece coincidir con el final de los conflictos armados en Centroamérica en el decenio de 1990 (191, 192). El epicentro de la actividad de las pandillas está en El Salvador, Guatemala y Honduras. Sin embargo, la mayor complejidad de las pandillas, las implicaciones transnacionales y transfronterizas, la migración y las pautas de deportación de la Región, hacen de este un tema internacional. Estimaciones policiales indican que hay entre 25.000 y 70.000 miembros activos de pandillas, que extienden su esfera de influencia más allá de sus zonas urbanas, hasta los rincones más remotos de Centroamérica (193).

En respuesta al creciente problema de la violencia juvenil, la OPS, con el apoyo de la Agencia Alemana para la Cooperación Técnica (GTZ), ha ejecutado el proyecto Fomento del Desarrollo Juvenil y Prevención de la Violencia en seis países de América Latina: Argentina, Colombia, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Perú. Este proyecto propone líneas de acción basadas en los siguientes cinco principios rectores: desarrollar y ejecutar intervenciones basadas en datos comprobados y conceptos teóricos, y evaluarlas; hacer hincapié en la promoción de la salud y el bienestar y en la prevención de la violencia; aprovechar los recursos humanos y materiales que ya existen en el país y en los niveles locales; utilizar una perspectiva de género; e incluir la participación de los jóvenes y de toda la comunidad en la formulación de políticas y programas. Se cuenta ya con una amplia documentación a escala de los países y de la Región, que muestra los progresos de esta iniciativa y las dificultades que afronta (194).

## Personas desplazadas dentro de un país por la violencia

Colombia es el único país de la Región donde se producen desplazamientos internos masivos de población (cerca de 2 millones de personas en el último decenio), como efecto del pro-

longado conflicto armado que afecta al país desde hace más de 40 años. La categoría de desplazado por la violencia fue adoptada legalmente por el gobierno colombiano en 1997 con la Ley 387, que define como desplazada a “toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional [...] porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personal han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas por conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias” (195). El número de desplazados por la violencia tuvo su pico máximo en 2004, cuando 424.863 personas fueron forzadas a abandonar sus hogares (196). La Oficina de la OPS en Colombia creó una página Web, “Salud y desplazamiento” (197), en la que se presenta información relevante concerniente a la población desplazada.

### Sistemas de información sobre la violencia y las lesiones

La necesidad de contar con datos regionales sobre la magnitud de la violencia, sus tendencias y la efectividad de las estrategias de prevención es cada vez más importante; sin embargo, no es fácil disponer de información confiable. Como sucede con muchos informes de enfermedad, los datos relacionados con la violencia suelen ser muy escasos, contradictorios, y, dependiendo del sector y la fuente, de relativamente poca calidad.

No obstante esas deficiencias, los sistemas de datos existentes presentan varios aspectos favorables. Para los datos sobre mortalidad, hay acuerdo general en clasificarlos aplicando sistemáticamente la Clasificación Internacional de Enfermedades. Varios países se han convertido en líderes en el campo de la recolección de datos, con iniciativas que comprenden desde el uso de un sistema de difusión de resultados de notificación detallada basado en Internet, que está monitoreando El Salvador con la ayuda de la OPS, hasta la utilización en Costa Rica de un sistema de localización satelital (GPS) que emplea la policía para ubicar el lugar exacto en que se produce un accidente de tránsito. Otros países, como el Brasil, tienen desde hace mucho tiempo complejos sistemas de recolección de datos en los que se expide la información sobre heridos en accidentes de tránsito a un centro de clasificación y distribución. Finalmente, en muchos países de la Región se establecieron sistemas de diálogo constructivo e información colectiva entre los diversos organismos que recogían datos sobre lesiones, incluidos los ministerios locales de salud y transporte y la policía, para mejorar la calidad y la comprensión de los datos incluidos. Es alentador que un número creciente de países reconozcan la necesidad de contar con amplios sistemas de datos; quienes tomen decisiones políticas deberán considerar estos aspectos cuando estudien nuevos planes para encarar el tema de las lesiones.

### Iniciativas exitosas sobre sistemas de información de lesiones de causa externa

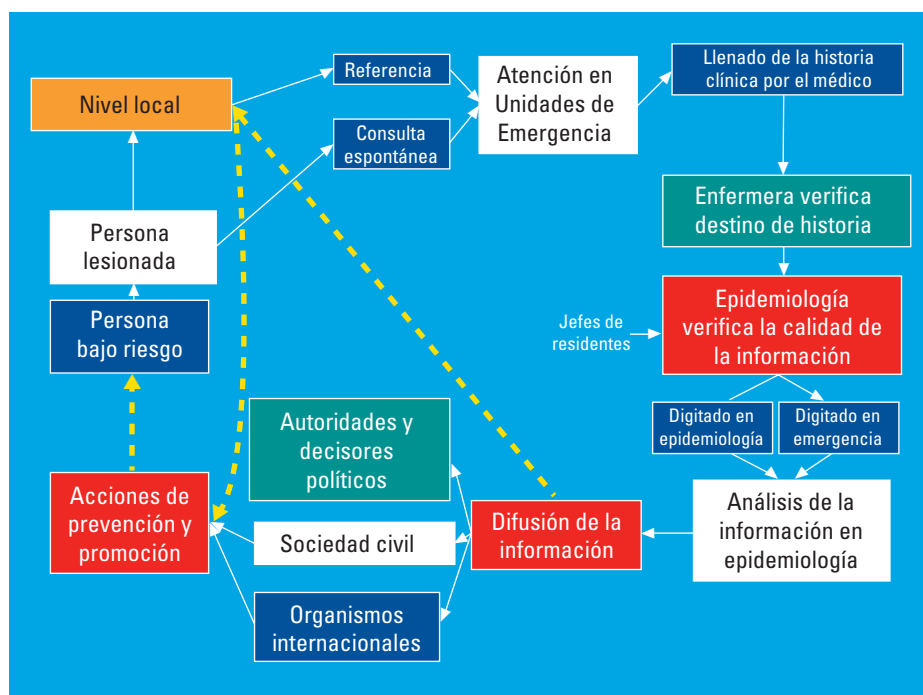
#### *En las emergencias hospitalarias de Nicaragua, El Salvador y Colombia*

Desde 2001, la OPS, junto con el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Lesiones (NCIPC), los CDC (Estados Unidos), colabora con las autoridades de salud de Nicaragua, El Salvador y Colombia para la aplicación de sistemas de vigilancia de lesiones en los servicios de emergencias hospitalarias. Para ello, siguen las guías de la OMS y los CDC (198), basadas en la Clasificación Internacional de Lesiones de Causa Externa (199). El objetivo es poner de relieve su magnitud y repercusión sobre los servicios de salud. La información se utiliza para promover estrategias de prevención de las lesiones basadas en la evidencia. En Colombia el sistema de vigilancia se aplica en 16 hospitales, en El Salvador en ocho y en Nicaragua en seis hospitales. Argentina, Brasil, Honduras, Jamaica, Perú y Trinidad y Tabago también cuentan con sistemas de vigilancia hospitalaria que aplican metodologías y procesos parecidos.

En las emergencias hospitalarias se usa un formulario, que a su vez sirve para iniciar la historia clínica, en el que diariamente se recogen datos demográficos y otras circunstancias relacionadas con el hecho, tales como intencionalidad, *modus operandi*, lugar del hecho y qué estaba haciendo la víctima en ese momento. Contiene tres módulos con variables de las lesiones relacionadas con: (1) accidentes de tránsito (el tipo de usuario de la vía pública y el medio de transporte implicado, etc.), (2) la violencia interpersonal (relación del agresor con la víctima), y (3) la violencia autoinfligida (factores desencadenantes). En él se asienta, además, información clínica (localización y gravedad de las lesiones) y el destino institucional del paciente. También se registra si hay sospecha o no de abuso de alcohol o de drogas narcóticas. El flujoograma que presenta la figura 27 muestra los pasos en las salas de emergencia para recoger y monitorear los datos de los pacientes.

Este sistema ha permitido determinar que entre 10% y 50% de todas las emergencias tratadas en hospitales nacionales o departamentales corresponden a lesiones de causa externa. Asimismo, ha puesto de relieve que las lesiones por causa externa constituyen un importante problema de salud pública, y ha sensibilizado a las autoridades de salud respecto a la necesidad de adoptar políticas públicas orientadas a prevenirlas. En Nicaragua, durante el verano, cuando hay un traslado masivo de personas hacia las playas, se ejecuta el Plan Verano Feliz, Seguro y Saludable, y un comité de coordinación intersectorial (constituido por el Gobierno, organizaciones comunitarias y empresas privadas) monitorea las lesiones y apoya las medidas preventivas. La OPS, en coordinación con el Ministerio de Salud y Asistencia Social en El Salvador, ha creado un programa informativo computarizado denominado Sistema de Información sobre Lesiones de Causa Externa (SILEX), ligado al Sistema de Morbimortalidad basado en la Web

FIGURA 27. Flujoograma del sistema de vigilancia de lesiones en emergencias hospitalarias.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE).

(SIMMOW), donde diariamente se ingresa la información de los hospitales del país.

#### Observatorios de mortalidad por lesiones de causa externa

Sobre la base de un modelo desarrollado desde 1993 en la Alcaldía de Cali (Colombia), donde un comité o grupo de trabajo intersectorial compuesto por representantes de instituciones que registran rutinariamente datos de mortalidad por causas externas se reúne para compartir, unificar, analizar y diseminar la información relevante sobre cada víctima de homicidio, suicidio, accidente de tránsito u otras causas no intencionales, se han constituido los llamados Observatorios de Violencia, a cargo actualmente del Instituto CISALVA (200) de la Universidad del Valle, un centro colaborador de la OPS/OMS. El que funciona en Pasto (Colombia) registra complementariamente datos de violencia intrafamiliar de diversas fuentes, así como de la vigilancia hospitalaria. Este modelo ya se está implementando también en algunos municipios de El Salvador, Nicaragua y Panamá.

## SEGURIDAD VIAL

Desde 1896, cuando se notificó la primera muerte causada por un vehículo de motor en el mundo, es indudable que la movilidad

de las personas ha experimentado una gran transformación. Aunque los adelantos tecnológicos mejoraron las condiciones de vida de la población al acortar los tiempos de viaje y las distancias, también han desencadenado riesgos para la vida humana, muchas veces resultantes en traumatismos y muerte.

Entre las lesiones no intencionales, predominan las causadas por vehículos de motor. En el ámbito mundial, de acuerdo con el *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito*, de la OMS y el Banco Mundial, “en 2002, aproximadamente 1,2 millones de personas en el mundo perdieron la vida como consecuencia de traumatismos causados por el tránsito, lo que representa una media de 3.242 defunciones diarias en todo el mundo por esta causa” (201). En las Américas, cada año mueren alrededor de 130.000 personas, más de 1.200.000 sufren traumatismos, y cientos de miles resultan discapacitadas como consecuencia de las colisiones, los choques, o por atropellamientos en la carretera (202).

En 2002 se registraron en la Región 2.055.000 traumatismos causados por el tránsito, con una tasa media de mortalidad de 16 por 100.000 habitantes, que va desde 6,8 por 100.000 en Bolivia a 24,0 por 100.000 en Guatemala (203) (cuadro 27). Aunque la mayoría son evitables, la falta de políticas permanentes, consistentes y compatibles con la situación de cada país agrava aún más el problema. A ello contribuyen la existencia de infraestruc-

**CUADRO 27. Mortalidad causada por accidentes de tránsito en países de las Américas, 2000–2006.**

País	Tasa (por 100.000 habitantes)	Año
Argentina	9,5	2002
Belice	26,7	2006
Bolivia	6,8	2003
Brasil	19,9	2004
Canadá	9,0	2003
Chile	9,9	2002
Colombia	11,8	2005
Costa Rica	14,2	2004
Cuba	10,6	2003
Ecuador	15,6	2000
El Salvador	16,9	2005
Estados Unidos	14,6	2000
Guatemala	24,0	2005
Jamaica	14,8	2003
México	15,0	2001
Nicaragua	9,1	2005
Panamá	13,2	2006
Perú	10,5	2003
Trinidad y Tabago	14,9	2003
Venezuela	22,7	2002

**Fuentes:**

Argentina, Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (Argentina).

Taller de Sistemas de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa con énfasis en el Tránsito, El Salvador, 30–31 de enero de 2007 (Belice, El Salvador, Guatemala, Panamá).

Seminario Internacional sobre Seguridad Vial, Organización Panamericana de la Salud, Brasilia, 28–30 de junio de 2004 (Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Jamaica, México, Nicaragua, Perú).

Canadá, Statistics Canada. Age-standardized mortality rates by selected causes, by sex. Disponible en: <http://www40.statcan.ca/01/cst01/health30a.htm>. Acceso el 27 de febrero de 2007 (Canadá).

Chile, Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito; Instituto Nacional de Estadística (INE) (Chile).

Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2001 (Ecuador).

Trinidad y Tabago, Ministry of Planning and Development, Central Statistical Office. Disponible en: <http://www.cso.gov.tt/statistics/psvs/default.asp>. Acceso el 11 de junio de 2004 (Trinidad y Tabago).

Maynard M. Death rate on highways rises, and motorcycles are blamed. *New York Times*. 23 de agosto de 2006, con base en un informe de la National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA).

tura vial y vehículos en malas condiciones, conocimientos y comportamientos inadecuados de los conductores, ciertas normas sociales, el abuso del alcohol, y la falta de controles y de eficientes servicios médicos de urgencia.

Cada episodio de tránsito traumático genera una repercusión corta, media y a largo plazo. Los costos para la sociedad, las familias y el sector de salud son considerables. Informes provenientes de algunos países latinoamericanos muestran los tremendos costos vinculados a los choques en la vía pública.

En el ámbito de los hogares, la situación quizá sea peor. Los traumatismos o la muerte pueden causar la pérdida del sostén económico de la familia, además del dolor emocional. En México,

la pérdida de los padres debido a los choques es la segunda causa de que los niños queden huérfanos (204). Los traumatismos causados por el tránsito constituyen también una fuente de tensiones en el sistema legal, una manifestación del deterioro de la seguridad ciudadana.

**¿Quiénes se accidentan?**

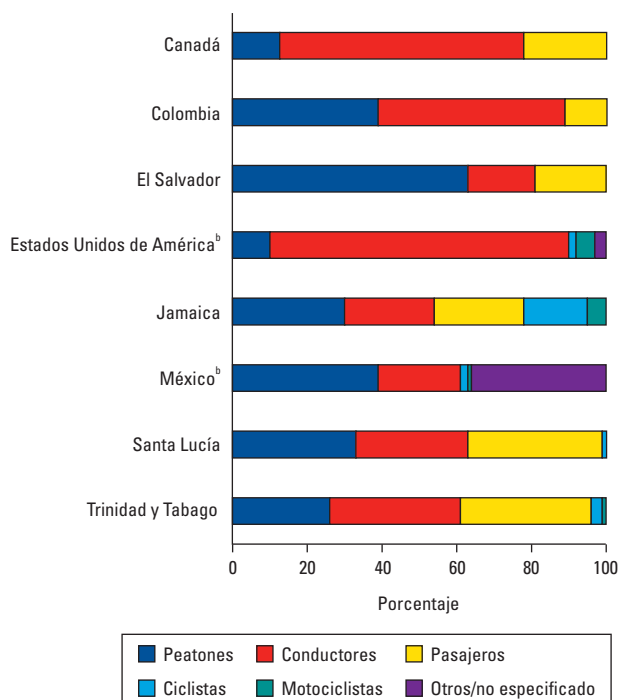
**Los usuarios de la vía pública.** Los traumatismos causados por vehículos de motor afectan a cuatro categorías de usuarios de la vía pública: los peatones, los ocupantes de los vehículos de motor (conductores y los pasajeros), los ciclistas y los motociclistas. Existen marcadas diferencias regionales y nacionales en la distribución de las lesiones (figura 28). Los países ingresos de bajos como los que se encuentran en América Latina tienen una mezcla especialmente compleja de usuarios de la vía pública; peatones y vehículos de motor de alta tecnología comparten la vía pública con otros viejos y mal mantenidos, además de bicicletas, motocicletas, carritos empujados a mano y vehículos tirados por animales. El diseño vial se centra en cambio en las exigencias del flujo del vehículo de motor más que en los usuarios no motorizados. No hay reglamentos legales ni normas sociales que faciliten compartir las calles y las carreteras. Esto da lugar a que peatones, ciclistas y motociclistas se conviertan en las víctimas más frecuentes en los países en desarrollo.

Datos propios del país sobre la distribución de las muertes según el usuario de la vía pública muestran la vulnerabilidad de los peatones en América Latina y el Caribe, mientras que el problema en el Canadá y en los Estados Unidos gira en gran parte en torno a los ocupantes de los vehículos.

**El género.** De conformidad con las tendencias mundiales, las colisiones en la vía pública afectan desproporcionadamente a los hombres en toda América: en el último decenio, entre 75% y 80% de las defunciones correspondieron a hombres, y entre 20% y 25% a mujeres. Los traumatismos causados por el tránsito fueron la octava causa principal de muerte entre los hombres y la decimocuarta para las mujeres, y la tasa de mortalidad vial fue de 23,9 por 100.000 habitantes para los hombres, tres veces mayor que la de las mujeres, que fue de 7,7 por 100.000. Además, en 2002 estas lesiones fueron la sexta causa principal de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos entre los hombres (3.109.083) y la decimocuarta causa principal entre las mujeres (1.141.861) (201).

**Distribución por edad.** En la distribución de las defunciones causadas por el tránsito en las Américas por grupo de edad en 2002, los adultos de 15 a 29 años representaron 32% de la carga de la mortalidad vial, seguidos de los adultos de 30 a 44 años de edad, con 25%. En la Argentina, a los adultos del grupo de 15 a 24 años de edad correspondió la mayor proporción (uno de cada

**FIGURA 28. Proporción de muertes causadas por el tránsito, según tipo de usuario,<sup>a</sup> en países seleccionados de las Américas, 2000–2003.**



<sup>a</sup>Las categorías de usuarios de la vía pública no son homogéneas para todos los países.

<sup>b</sup>Los datos de México y de los Estados Unidos no diferencian entre los conductores y los pasajeros; por ende, la porción de las barras de estos dos países que representa a los conductores, corresponde al total de conductores y pasajeros fallecidos.

**Fuentes:** Canadá, Canadian Motor Vehicle Traffic Collision Statistics, 2002, <http://www.tc.gc.ca/roadsafety/tp3322/2002/page3.htm>; Colombia, Instituto Nacional de Medicina Legal, 2002; El Salvador, Policía Nacional, 2003; Estados Unidos, Administración Nacional de Seguridad de Tráfico en Carreteras (NHTSA), 2002; Jamaica, Ministerio de Salud (cifras provenientes de la Jefatura Nacional de la Policía), 2003; México, Consejo Nacional de Prevención de Accidentes, 2000; Santa Lucía, Reales Fuerzas Policiales de Santa Lucía, Departamento de Tránsito, 2001; Trinidad y Tabago, Spotlight on motor vehicle injury and deaths in Trinidad and Tabago (1998–2003), 2003.

cinco) de defunciones causadas por el tránsito durante todo el período 1993–2002 (205). En Colombia, las tasas más elevadas de muertes causadas por el tránsito correspondieron a los adultos de 60 años de edad y más. Entre las mujeres, las de 60 años de edad y más fueron las más afectadas (23% del total de muertes), seguidas por las mujeres de 25 a 34 años de edad (15%) (206). En Venezuela, los adultos de 20 a 44 años de edad explicaron más de 50% del total de muertes causadas por el tránsito en el período 1993–2002. La proporción de muertes entre los niños de 0 a 14 años de edad en Venezuela descendió levemente, de 13% en 1993 a 10% en 2003; al mismo tiempo, aumentó la proporción de muertes entre los adultos de 45 a 59 años de edad (207).

En Cuba, más de la mitad de las muertes causadas por el tránsito entre 1993 y 2002 (208) correspondieron a adultos de 19 a 44 años. En Trinidad y Tabago, los accidentes viales eran la segunda

causa principal de muerte entre los adultos de 15 a 34 años de edad en 1999 (209). En Costa Rica, la proporción de muertes causadas por el tránsito correspondiente a los adultos de 60 años de edad y más, ha descendido desde principios de los años noventa de 22% de las muertes totales en 1993 a 15% en 2002 (después de experimentar un salto leve en 1999 y 2000) (210). Esta tendencia en las Américas es compatible con las tendencias mundiales. Si bien las personas en los grupos de edad de 15 a 59 años son las de mayor productividad, y, en consecuencia, su muerte o discapacidad tiene fuerte repercusión sobre los costos económicos y sociales de cada país, las tasas de letalidad más elevadas de la Región en 2002 correspondieron a los mayores de 60 años, para los varones, 35,2 por 100.000 habitantes, y para las mujeres, 14,4 por 100.000 (211).

### Estrategias para mejorar la seguridad vial

Las estrategias de planificación del tránsito para abordar este problema han seguido los métodos tradicionales utilizados en los países desarrollados ya familiarizados con este grave fenómeno. La persistencia de condiciones deficientes de seguridad vial, sin embargo, pone de relieve la inadecuación de las estrategias dominantes disponibles.

Se necesitan nuevas propuestas e intervenciones para posibilitar ámbitos de circulación más equitativos y seguros. Para encontrar las soluciones más apropiadas, en lugar de considerar aisladamente a los principales factores —usuario de la vía pública, vía pública y vehículos—, es indispensable considerar en su conjunto el contexto físico, político, institucional, técnico y de aplicación de la ley, y su influencia sobre las condiciones de seguridad vial.

En los países en desarrollo, en cuanto a seguridad vial, el conjunto del contexto del tránsito resulta peligroso para todas las formas de locomoción, pero principalmente para los peatones, ciclistas y motociclistas, y ello influye profundamente en la naturaleza y cantidad de los accidentes de tránsito. El contexto político también afecta la seguridad de la circulación, puesto que el proceso de toma de decisiones y las políticas adoptadas suelen estar orientadas en favor de los automotores. El contexto institucional, al colocar la responsabilidad de la política vial en manos de la autoridad regional y no de los administradores municipales, ha obstaculizado las inversiones a nivel local y la adopción de soluciones más estrechamente vinculadas con los problemas y necesidades locales. El contexto técnico también desempeña un papel importante. Los planificadores del transporte y del tránsito pertenecen a organismos con una tradición técnica estricta, que a menudo descuidan enfoques sociales más amplios de los problemas; no se hallan obligados a priorizar la seguridad y no pueden ser responsabilizados legalmente por las consecuencias, en materia de seguridad, de los planes que elaboran.

Otra dificultad para mejorar la planificación del tránsito radica en la falta de datos confiables, referidos a los accidentes y a

**“El aire, el agua, la contaminación del suelo y la exposición a sustancias tóxicas son los principales factores ambientales de riesgo para la salud asociados con el desarrollo.”**

**Carlyle Guerra de Macedo, 1988**

sus víctimas, provenientes de distintos sectores tales como el transporte, la policía y los sectores de la salud. Las condiciones en que se impone o no el cumplimiento de leyes y reglamentos también contribuyen a mantener elevadas las tasas de accidentes y muertes causadas por el tránsito. Las leyes y reglamentos del tránsito se aplican sobre todo haciendo hincapié en optimizar la circulación, pero esto de ningún modo puede implicar negligencia en su estricto cumplimiento y en el castigo efectivo de los infractores (212).

### Intervenciones y prevenciones

La labor de la OPS para prevenir las lesiones causadas por el tránsito se basa en las principales recomendaciones del informe de la OMS antes mencionado (201), así como las emanadas de conferencias y consultas internacionales. En síntesis: identificar un organismo rector; evaluar el problema, las políticas y los ámbitos institucionales; preparar una estrategia y un plan de acción nacionales; asignar recursos humanos y financieros para abordar el problema; ejecutar acciones específicas y apoyar el desarrollo de la capacidad nacional y de la cooperación internacional; definir objetivos; mejorar la legislación y la cobertura de seguros para las personas más vulnerables, y ocuparse efectivamente de que los espacios públicos (tales como las calles y las carreteras) respondan a las necesidades de la gente y aseguren la atención de las víctimas. La Asamblea de las Naciones Unidas aprobó en octubre de 2005 una resolución que disponía que entre el 23 y el 29 de abril de 2007 se organizaran en todo el mundo actos tendientes a señalar la necesidad de elaborar y aplicar planes orientados a reducir las lesiones causadas por el tránsito.

La atención profesional inmediata de las víctimas del tránsito salva vidas. En Venezuela, la Comisión Interministerial para la Atención, la Prevención y la Educación Vial (CIAPEV), el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, y la Sociedad Venezolana de Salud Pública coordinan el Programa de Prevención de Accidentes y otros Hechos Violentos, uno de cuyos objetivos es mejorar la atención de las víctimas (207). En México, el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes ha desarrollado un modelo de atención prehospitalaria, con un Centro de Gestión Médica de Emergencias que sirve de base para organizar, estandarizar, categorizar, proporcionar y evaluar una atención médica de emergencias, de buena calidad y equitativa (213). El Perú ha organizado redes de atención de emergencia, y está progresando el sistema de registro y vigilancia epidemiológicos, que proporciona datos valiosos para mejorar la atención y la prevención (214).

Existe, pues, un cuerpo de conocimientos sobre experiencias exitosas y sobre otras que han fallado, que debe ser tenido en cuenta cuando se definen políticas para resolver estos problemas. Es evidente que las experiencias exitosas pueden replicarse si se tiene en cuenta el contexto y la situación donde se realizarán. La seguridad vial es un componente de la seguridad pública y tiene por objetivo proteger a todos los habitantes, incluidos los turistas. Por tal motivo, su problemática atañe tanto a las autoridades como a la población en general. Las personas se sienten seguras no solo cuando su vida, su bienestar, sus bienes y su honor no se ven amenazados por el accionar de la delincuencia y los violentos, sino también cuando pueden disfrutar de los espacios públicos sin el riesgo de sufrir accidentes de tránsito.

### PROMOCIÓN DE LA SALUD

El reconocimiento de la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud, la estrategia renovada de la atención primaria y las nuevas corrientes de pensamiento en salud pública revolucionaron el debate en torno a los procesos sociales y sus efectos sobre la salud, y dieron lugar al enfoque de promoción de la salud por medio de políticas públicas (215).

La Carta de Ottawa (1986) (216), al reforzar los planteamientos de la atención primaria de salud de Alma-Ata y las teorías sobre los determinantes sociales de la salud, influyó de manera positiva en las políticas y programas de salud (217). El concepto de promoción de la salud de la OPS se basa en la Carta de Ottawa, que define la promoción de la salud como “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren”. En consecuencia, las acciones de promoción de la salud deben orientarse hacia los diferentes ámbitos de la vida cotidiana, y apoyarse en las políticas públicas que influyen en las condiciones sociales y los modos de vida, los cuales que a su vez dan forma a los comportamientos saludables. El marco conceptual de la promoción de la salud se basa en los principios establecidos en la Carta de Ottawa y mayormente desarrollados por cumbres internacionales y regionales posteriores, tales como las Recomendaciones de Adelaide en Políticas Públicas Saludables (Australia, 1988); la Declaración de Sundsvall sobre Entornos que Apoyan la Salud, (Suecia, 1991); la Declaración de Bogotá sobre Promoción de la Salud y Equidad (Colombia, 1992); la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud (Trinidad y Tabago, 1993); la Declaración de Yakarta sobre a Promoción de la Salud en el Siglo XXI (Indonesia, 1997), la Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud. De las Ideas a la Acción (2000); el Foro de Promoción de la Salud en las Américas (Chile, 2002), y la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado (Tailandia, 2005).

La estrategia de promoción de la salud se ha instalado en la agenda de los Cuerpos Directivos (OPS) por medio de la Resolución CD37.R14 (OPS 1994) y del Plan de Acción Regional para la

Promoción de la Salud en las Américas CE113/15 (OPS 1994); así como de la Resolución CD43.R11 y el documento de Promoción de la Salud, CD43/14 (OPS 2001). El tema de la promoción de la salud también se ha instalado en los procesos de integración subregional, tales como la Reunión de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD) y la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA).

Las enfermedades que en su origen están más asociadas con el comportamiento y los estilos de vida de las personas ocupan los primeros lugares entre las causas de morbimortalidad. Las adicciones, la obesidad, el sedentarismo, la alimentación inadecuada y la violencia intrafamiliar son algunos de los factores de riesgo cuyos efectos se hacen sentir con creciente intensidad. Son pocos los países que han adoptado políticas de salud y medidas efectivas para modificar esos comportamientos de riesgo, a pesar de los numerosos programas de educación para la salud y de las diversas campañas de comunicación social emprendidas en muchas naciones. Los escasos resultados positivos se deben en parte a la persistencia de enfoques basados en programas que funcionan en servicios de salud verticales y lineales, con poca participación ciudadana y centrados en un solo factor. El modelo “medicalizado” sigue ejerciendo una influencia desmedida, basada en un enfoque centrado en la enfermedad y en los factores de riesgo individual, que no toma en cuenta la influencia de los condicionamientos y los determinantes sociales de la salud. Las intervenciones en salud deben considerar la mayor complejidad de los problemas actuales, y fortalecer el trabajo intersectorial.

El movimiento de promoción de la salud encuentra en la Región un contexto complejo. Por un lado, un desarrollo conceptual del pensamiento que se aproxima a una nueva propuesta de salud pública, y por otro, un contexto de desarrollo social de los países con profundas desigualdades. La inserción de la promoción de la salud inicialmente se basó en experiencias y propuestas surgidas en países desarrollados, para una realidad de pobreza y desigualdades. Esta contradicción con la realidad de los sistemas se profundiza aún más en el decenio de 1990, en los países sometidos a cambios estructurales de los servicios de salud. No obstante, la nueva perspectiva social de la salud influyó, con modalidades y profundidad diferentes, en el pensamiento académico y en algunas de las políticas y programas de salud.

La Carta de Bogotá (1992) (218) destacó los aspectos de la equidad y la violencia, y se orientó hacia una propuesta de gestión intersectorial de la salud con liderazgo del sector salud. Como ejemplos, pueden citarse los de Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile, Cuba, México, Perú y otros países que han desarrollado modelos de atención más integral y adoptado un enfoque más preventivo en las intervenciones de salud pública (219). La situación de la salud en el Caribe preparó el escenario para la Carta del Caribe (1993), que subraya la importancia de la estrategia de prevención de las enfermedades crónicas y de mantenimiento de formas de vida saludables. El tema central abordado en la Declaración de México (2000) impulsa a los gobiernos a ejercer un

liderazgo activo con visión, asegurando el compromiso de los sectores público y privado y de la sociedad civil en el desarrollo de políticas públicas y planes de actividades favorables a la salud. Todo esto con el objetivo de realizar las intervenciones en salud pública que fortalezcan el potencial de salud de las personas con un enfoque ecológico y aplicando los principios de la equidad, la justicia, la democracia, la creación de condiciones para una plena participación social, y la intersectorialidad (220). La Declaración de México establece un compromiso para colocar a la promoción de la salud como una estrategia fundamental en las agendas políticas y de desarrollo, compromiso reafirmado en la Carta de Bangkok, y en diversas resoluciones de la OMS y de la OPS.

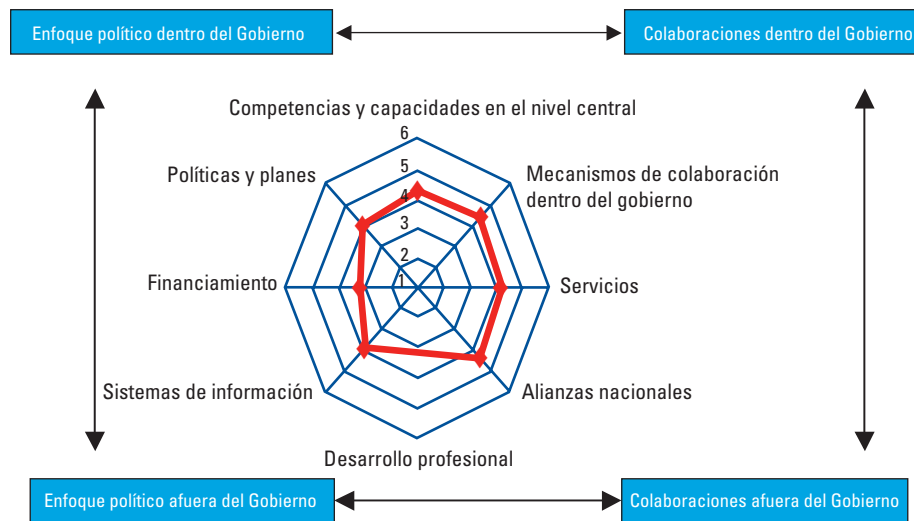
En cumplimiento de la Declaración de México y la Resolución CD43.R11 de OPS (2001) se elaboró un informe de avance sobre la promoción de la salud en la Región de las Américas. La versión preliminar de este análisis se presentó en el Foro de Chile (2002). Posteriormente, se realizó la encuesta sobre las capacidades institucionales para el desarrollo de la promoción de la salud, organizada en las partes I y II, en la que participaron 28 y 27 países de la Región, respectivamente. Los resultados de estas encuestas se presentaron en 2005, en la Conferencia de Bangkok. La encuesta en su parte I propone ocho campos o áreas clave para dar seguimiento a la capacidad nacional en materia de promoción de la salud: 1) políticas y planes, 2) competencias y capacidades en el ámbito central, 3) mecanismos de cooperación dentro del Gobierno, 4) servicios (ejecución de programas), 5) asociación entre el Gobierno, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales, 6) desarrollo profesional, 7) sistemas de información y 8) financiamiento de la promoción de la salud. En términos generales, los resultados de este primer análisis son heterogéneos y revelan que algunos países exhiben debilidades en lo que se refiere a políticas y planes, desarrollo profesional, sistemas de información y financiamiento. La figura 29 muestra el perfil general de la capacidad institucional para la promoción de la salud en la Región. El análisis de los datos y resultados de la parte II permitieron realizar un mapeo más detallado de la capacidad nacional en materia de promoción de la salud en áreas críticas (planes de acción, políticas públicas, reorientación de los servicios de salud, participación ciudadana, entornos saludables y redes, entre otros).

Los resultados de la parte II de la encuesta indican que en alrededor de 45% de los países la promoción de la salud ocupa un lugar relevante en la política pública nacional, y que menos de la mitad de los países cuentan con un marco político o legal que apoya la promoción de la salud (figura 30).

Este análisis también muestra que los países de la Región han empleado distintos abordajes para abogar por el desarrollo y la aplicación de políticas públicas saludables que respondan a diferentes circunstancias sociales, políticas y económicas. Por ejemplo, el Brasil ha adoptado el modelo de presupuesto participativo y ha ejecutado acciones para adaptar e implementar áreas de demostración de políticas públicas saludables en el ámbito de los



**FIGURA 29. Perfil general de la promoción de la salud en la Región de las Américas identificado en el estudio de capacidades institucionales realizado en 2005.**



**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud, Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. Mapa de capacidades institucionales para el desarrollo de la promoción de la salud (parte I).

municipios, con el apoyo de los consejos de secretarios municipales y estatales de salud. La Argentina ha promovido un profundo debate acerca del impacto de la economía sobre factores determinantes de la salud, que sirvió para fortalecer sus políticas sociales y lograr avances en las políticas de control del tabaco y en la formación de personal de salud con competencias en promoción de la salud. Chile ha implementado la política de promoción de la salud conocida como Vida Chile, con un enfoque intersectorial orientado a mejorar los determinantes de la salud. Brasil, Canadá, Paraguay y Uruguay han desarrollado políticas específicas para enfrentar los riesgos sanitarios que plantean el tabaco, el alcohol y la falta de seguridad vial. Barbados ha establecido mecanismos de participación social para el establecimiento de políticas, por medio de consultas públicas tanto al nivel nacional como comunitario. Estados Unidos impulsó la participación ciudadana mediante el establecimiento de su política pública conocida como *Healthy People 2010*. En Trinidad y Tabago se aprobaron actas y políticas nacionales para promover la salud con amplia participación comunitaria.

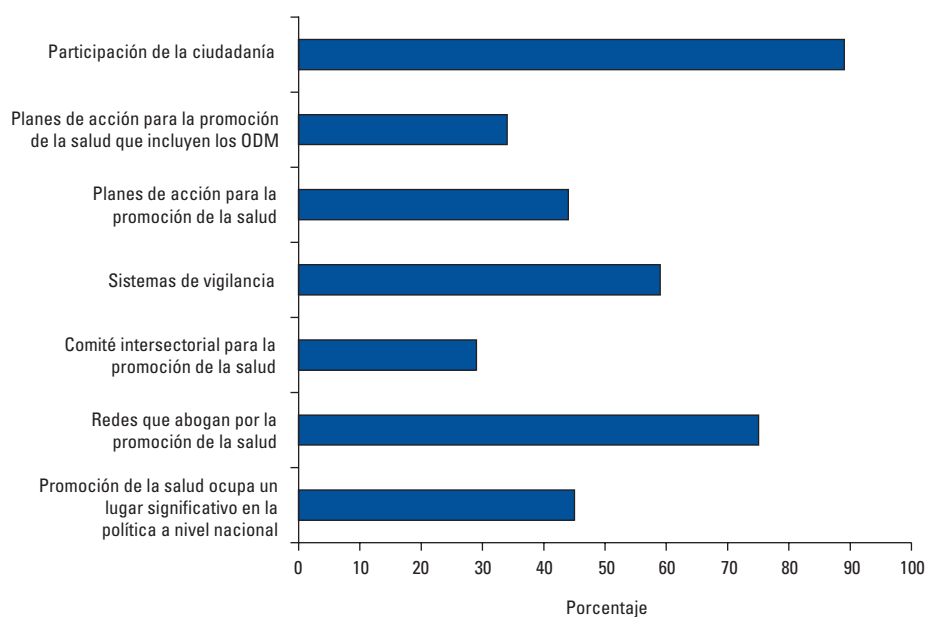
La creación de ambientes favorables para la salud ha resultado ser una de las áreas más dinámicas en los últimos 10 años. En 95% de los países consultados en la encuesta hay alguna iniciativa en marcha para crear ambientes saludables, y en 70% de los países existen planes estratégicos en el ámbito municipal. La iniciativa se basa tanto en el compromiso político de los alcaldes y otras autoridades locales, como en la participación activa de la ciudadanía para definir las necesidades colectivas y establecer planes locales para su abordaje (221). Sin embargo, aunque la mayoría de las ciudades y municipios saludables cuentan con

planes intersectoriales y con plena participación comunitaria, el monitoreo, la elaboración y evaluación de evidencias en esta materia continúa siendo un reto importante. Solamente 35% de los países informaron que las iniciativas para crear ambientes saludables han sido evaluadas (222).

El establecimiento de redes y alianzas ha sido un factor clave para la divulgación e intercambio de experiencias entre municipios y países. En 75% de los países que respondieron la encuesta existen redes de apoyo a la promoción de la salud (véase la figura 30). Las redes que promueven la creación de ciudades y municipios saludables son un ejemplo de prácticas apropiadas, ya que por medio de un trabajo intersectorial han conseguido mejorar las condiciones de salud en muchos ámbitos urbanos. La red regional ha sido difícil de sostener. Sin embargo, las redes nacionales en Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Paraguay y Perú son ejemplos de buenas prácticas. La iniciativa de “ciudades hermanas seguras y saludables” implementada en la frontera entre México y los Estados Unidos es un ejemplo de cooperación para resolver problemas que requieren un abordaje bilateral. Esta red de ciudades, formada a partir de la construcción de alianzas entre gobiernos locales con la participación social de actores de diferentes sectores ha tenido mucho éxito. Los planes de acción son estructurados en base acuerdos binacionales, planificados y evaluados por la propia comunidad. Las estrategias de municipios y ciudades saludables, escuelas promotoras de la salud y viviendas saludables son también buenos ejemplos del resultado de la labor de redes y alianzas, y de la participación efectiva de la comunidad.

La estrategia de escuelas promotoras de la salud (EPS) fomenta el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas en

**FIGURA 30. Distribución porcentual de ciertas áreas temáticas de promoción de la salud en 27 países de las Américas.**



**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud, Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. Mapa de capacidades institucionales y análisis comparativo 2002–2005.

el ambiente escolar, orientados a reducir al mínimo las conductas de riesgo y apoyar la adopción de formas de vida saludables. De acuerdo con los resultados de una encuesta realizada en 2001 en 19 países de la Región, 53% de los países participantes informaron haber adoptado esta estrategia. Países como Canadá, Chile, Colombia, El Salvador y México implementan la iniciativa en el ámbito nacional. Con base en la información obtenida en la encuesta, se desarrolló el Plan de Acción 2003–2012 para la Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de Salud, que fue adoptado por la redes de EPS en su tercera reunión anual en Quito, Ecuador, 2002 (223). Los países que participan en esta iniciativa están avanzando en el desarrollo de guías de procedimiento para la certificación y acreditación de las EPS.

La iniciativa de viviendas saludables ha ayudado a promover y proteger la salud de las poblaciones más vulnerables de los peligros ambientales en el hogar, y ha contribuido al desarrollo local integrado de las comunidades. Se estima que el déficit habitacional en América Latina y el Caribe es de alrededor de 23 y 28 millones de unidades. Esta situación de precariedad habitacional afecta a la salud de las personas, en particular de los más pobres y vulnerables, como los niños, los discapacitados y los adultos mayores, que son los que pasan la mayor parte del tiempo en la vivienda. La Red Interamericana de Vivienda Saludable (Red VIV-SALUD), que está integrada por 12 países, divulga, junto con el programa de las Naciones Unidas para el Asentamiento Humano (UN-HABITAT) y la Comisión Económica para América Latina y

el Caribe (CEPAL), lineamientos para las autoridades nacionales y locales sobre los principales componentes de la estrategia de vivienda saludable. Se ha abogado por la implementación en el ámbito regional del programa comunitario originado en Colombia “Hacia una vivienda saludable: ¡que viva mi hogar!”, en base al cual se ha capacitado a más de 300 profesionales y técnicos en arquitectura bioclimática, construcción sostenible, eliminación de vectores y vivienda saludable. La agencia Canada Mortgage and Housing Corporation promueve el concepto de viviendas saludables y prepara y difunde guías y folletos sobre cuestiones de salud relacionadas con la vivienda.

El análisis del mapa de las capacidades institucionales para la promoción de la salud muestra también que 90% de los países que participaron en la encuesta notifican disponer de mecanismos y oportunidades para la participación activa de los ciudadanos. Las formas más comunes de participación ciudadana son las consultas públicas y los foros. La participación social y de la comunidad es una estrategia fundamental para la promoción de la salud, y se logra por medio de la construcción de redes en las que participan representantes de múltiples sectores y de las organizaciones no gubernamentales.

Además, 90% de los países cuentan con alguna política para reorientar los servicios de salud más allá de la prevención y el tratamiento de la enfermedad. Así, por ejemplo, en Nicaragua y Costa Rica, así como en el Distrito Federal de México, y en la ciudad de Bogotá, Colombia, se están incorporando modelos de

atención integral a los planes de salud y desarrollo social. México cuenta con un modelo operativo y está estableciendo el servicio integrado de promoción de la salud en todo el país. El principio de integralidad de la atención es orientador de la reforma sanitaria brasileña y eje central de la estrategia de salud de la familia. El Programa Puente, de Chile, y el recién iniciado Programa Juntos, del Perú, integran servicios de atención primaria de la salud con otros servicios sociales dirigidos a la familia. FOROSALUD, una amplia federación de organizaciones de la sociedad civil en el Perú, y los Congresos por la Salud y la Vida en el Ecuador, reivindican activamente la reorientación de los servicios de salud con una visión intersectorial e integral. También la Argentina ha reorientado sus servicios, especialmente a través del programa de salud social y comunitaria. Pero esos procesos aún enfrentan múltiples desafíos, desde la falta de recursos adecuados hasta las limitaciones de la profunda fragmentación operativa de los servicios en numerosas subredes, desarticuladas, paralelas, duplicadas y superpuestas, en un contexto en el que se incrementa la segmentación institucional y organizacional de los sistemas de salud de la Región.

La construcción de consensos intersectoriales es fundamental para la promoción de la salud. De los países que participaron en las encuestas sobre capacidades institucionales para la promoción de la salud, 30% tienen un consejo o comité intersectorial en el ámbito nacional (véase la figura 30). Las experiencias de Argentina, Brasil, Chile, Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América, México y Perú, entre otros, ofrecen ejemplos de comités, consorcios y otras formas de colaboración y alianzas entre organizaciones sociales y agencias de gobierno para implementar políticas públicas y otras acciones estratégicas de promoción de la salud (224, 225). A pesar de los progresos alcanzados, la colaboración intersectorial aún enfrenta importantes desafíos, en parte debido a la segmentación (incomunicación entre los sectores) de la administración pública en los países y sus jurisdicciones provinciales o departamentales, a la verticalidad de muchos programas, así como a la formación profesional, que suele no favorecer el enfoque interdisciplinario.

Los resultados del análisis de las capacidades institucionales muestran que en 60% de los países de la Región existe un sistema de vigilancia relacionado con los factores de riesgo para la salud (véase la figura 30). Por ejemplo, en Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala y Venezuela se trabaja en el establecimiento de un sistema de vigilancia de indicadores sociales y epidemiológicos de los determinantes sociales de la salud, así como de los factores de riesgo sociales y de conducta.

Además de fortalecer la vigilancia, el Programa Mundial sobre la Efectividad de la Promoción de la Salud, iniciativa conjunta de la OPS/OMS, la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), ha dado gran impulso al fortalecimiento de la capacidad de evaluar las iniciativas de promoción de la salud y ha aumentado la difu-

sión de las buenas prácticas en materia de promoción de la salud. Argentina, Brasil, Cuba, México y Perú han adoptando metodologías y desarrollado iniciativas para la evaluación de la promoción de la salud.

La OPS ha colaborado con los países en la elaboración de políticas públicas mediante el fortalecimiento de grupos técnicos de trabajo en los países y el intercambio de información entre ellos, a través de las redes de instituciones involucradas en los entornos saludables: municipios, escuelas, viviendas y la red de centros colaboradores y de excelencia en promoción de la salud, tales como el Consorcio Interamericano de Universidades para fortalecer la formación y desarrollo de profesionales en esta materia. El desarrollo de guías metodológicas para la planificación estratégica y la evaluación de las acciones de promoción de la salud han sido tema de colaboración entre los países, así como la evaluación de las capacidades institucionales para la promoción de la salud realizada en 2002 y 2005. La OPS trabaja también en conjunto con otras organizaciones para ejecutar acciones de promoción de la salud. En efecto, UNICEF, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) han colaborado en la difusión y fortalecimiento de la iniciativa de EPS. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), conjuntamente con la OPS, a través de un acuerdo establecido, ha contribuido a la capacitación docente para el mejoramiento de la educación en salud y la enseñanza de habilidades para la vida en las escuelas de los países de la Región. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha contribuido al fortalecimiento de la acción comunitaria y apoyado el desarrollo local. De igual manera, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) contribuyó a mejorar el saneamiento básico y la salud ambiental. También se han creado alianzas con el CDC, la Unión Europea, el Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Cooperación Francesa, la Fundación Kellogg, y otras organizaciones para fortalecer la promoción de la salud en la Región.

En estos 20 años, desde la aprobación de la Carta de Ottawa, se ha avanzado considerablemente en cuanto a la valoración de la promoción de la salud como estrategia y función esencial en salud pública. Sin embargo, instalar el tema de la promoción de la salud en la agenda del propio sector salud y en los planes de desarrollo continúa siendo un reto. Algunos países realizan importantes esfuerzos en el desarrollo de planes nacionales de promoción de la salud, acordado en la Declaración de México. En Chile, el plan de acción nacional para la promoción de la salud, coordinado por el Consejo Intersectorial Vida Chile, es un buen ejemplo. Muchas provincias en el Canadá cuentan con planes de promoción de la salud, con recursos y programas muy creativos e integrales. Otros países, como el Perú, han establecido políticas nacionales de promoción de la salud como marco estratégico para el desarrollo de diversas actividades de promoción de la salud.

Desde la Conferencia de Yakarta (226), se multiplicaron los esfuerzos tendientes a forjar alianzas intersectoriales para aumentar la eficacia de las acciones de promoción de la salud, especialmente en lo que atañe a la adopción de enfoques intersectoriales que involucraron al Gobierno como un todo, por su repercusión sobre las políticas económicas y sociales. Desde la Conferencia de México, la OPS promovió numerosas iniciativas para evaluar la efectividad de la promoción de la salud y el impacto de las políticas públicas sobre la salud. Es urgente continuar fortaleciendo la evidencia de la eficacia y la rentabilidad de la promoción de la salud, así como determinar la combinación de acciones estratégicas más apropiada. Se ha fortalecido la visibilidad de la opinión de los ciudadanos como instrumento de cambio de las condiciones y modos de vida, y estimulado la participación social para implementar acciones educativas y de comunicación dirigidas a promover comportamientos saludables (227). También se ha colaborado en la reorientación de los servicios de salud a fin de que incorporen acciones de promoción, y en el fortalecimiento de la función rectora del sector salud en esta materia.

Los progresos de la promoción de la salud en la Región ponen de relieve la importancia de todas las iniciativas generadas a partir de la Carta de Ottawa, así como la diversidad de resultados según el contexto de cada país. Sin embargo, existen limitaciones y dificultades que deben examinarse en profundidad para establecer estrategias y mecanismos que garanticen la consolidación y sostenibilidad de la promoción de la salud en la Región. La promoción de la salud afronta varios desafíos. Por un lado, es necesario difundir el concepto amplio de promoción de la salud como estrategia de salud pública que permite abordar los determinantes sociales más amplios de la salud. A partir de este entendimiento, es imprescindible que los gobiernos ejerzan su liderazgo y aseguren el compromiso de todos los sectores para trabajar sobre los determinantes sociales de la salud y desarrollar políticas públicas que fomenten la solidaridad y aumenten el bienestar de la población. Por otro lado, el fortalecimiento del papel del sector salud en el desarrollo de la promoción de salud es clave, por su poder de convocatoria y su capacidad de articularse con otros sectores para llevar a cabo acciones de promoción de la salud, mejorando así la calidad de vida y la equidad.

El compromiso de los estados con los ODM es una excelente oportunidad para invertir más recursos en la promoción de la salud. Volviendo a las encuestas sobre capacidades institucionales para la promoción de la salud, en 45% de los países participantes existe un plan de acción para promover la salud que se aplica en toda la nación. Y de estos países, 35% informa tener un plan de acción para la promoción de la salud que incluye los ODM (véase la figura 30).

Si bien es cierto que en la Región se han realizado múltiples iniciativas y adoptado resoluciones para abordar los determinantes sociales de la salud (pobreza, educación, alimentación y servicios básicos), también es cierto que las condiciones sociales, económicas, culturales, ambientales y políticas, así como las ine-

quidades, continúan siendo un desafío importante para todos los países. El establecimiento reciente de la Comisión Mundial sobre Determinantes Sociales de Salud presenta una oportunidad única para luchar contra la inequidad y diseñar e implementar políticas públicas en línea con la Carta de Ottawa y los documentos que la sucedieron hasta Bangkok.

## ESPACIOS SALUDABLES

En los últimos años han aumentado en forma significativa las acciones que abordan los factores determinantes de la salud. No obstante, las inequidades sociales y económicas siguen erosionando las condiciones de salud de muchos grupos de población. El establecimiento de entornos saludables y propicios es una estrategia de promoción de la salud eficaz para proteger y mejorar la salud y la calidad de vida de la población en las Américas. Los factores determinantes de la pobreza y la inequidad, y su influencia sobre la salud, pueden abordarse mediante la creación de políticas públicas saludables y sostenibles, la implementación de entornos saludables, el establecimiento de alianzas entre los sectores público y privado, el fortalecimiento de las redes de apoyo, la movilización de los medios de comunicación, y la adopción de un papel activo en materia de promoción de la salud por parte de los gobiernos municipales y locales.

La urbanización acelerada de la Región en las últimas décadas plantea un gran desafío para la promoción de la salud. Diversos factores actúan sobre los entornos urbanos actuales y afectan la salud y la calidad de vida de sus habitantes. Entre otros, el crecimiento caótico de las ciudades, el desarrollo industrial desordenado y las altas tasas de migración rural-urbana contribuyen a la formación de zonas marginales, así como a la proliferación de viviendas precarias, el aumento de la pobreza, la contaminación ambiental y el incremento de los índices de enfermedades y violencia.

Los datos suministrados por las Naciones Unidas para el monitoreo de la meta 11 de los ODM indican que las tendencias en cuanto a la precariedad de la vivienda en las zonas urbanas de la Región son preocupantes. Si bien el porcentaje de la población urbana que vive en asentamientos precarios se redujo de 35% en 1990 a 32% en 2001, la cantidad de habitantes aumentó de 111 millones a 127 millones (228). En otras palabras, aunque disminuyó la proporción de la población total que habita en los asentamientos precarios urbanos, ello no redujo el total de personas que habita en ellos. Existen además grandes disparidades entre los países. Así, en Belice, Bolivia, Guatemala, Haití, Nicaragua y Perú, más de la mitad de la población urbana vive en asentamientos precarios, mientras que en Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Aruba, Bahamas, Barbados, Bermuda, Chile, Cuba, Granada, Guyana, Puerto Rico, San Vicente y las Granadinas, Saint Kitts y Nevis, Suriname y Uruguay, menos de 10% de la población urbana vive en esas condiciones (228).

## RECUADRO 2. Acuerdos y estrategias para una comunidad saludable

La OPS/OMS considera que una comunidad empieza a ser saludable cuando sus líderes políticos, sus organizaciones locales y sus ciudadanos se comprometen y organizan para mejorar en forma continua y progresiva las condiciones de salud y el bienestar de todos sus habitantes; cuando se establece y consolida un pacto social entre las autoridades locales, las organizaciones comunitarias y las instituciones del sector público y privado, y cuando se recurre al planeamiento local como instrumento básico, incluida la participación social en la gestión, la evaluación y la toma de decisiones.

La estrategia de municipios y comunidades saludables constituye un proceso en el que se refleja el compromiso adquirido por el gobierno local para priorizar la promoción de la salud mediante:

- el establecimiento de políticas públicas saludables;
- la creación de entornos que apoyen y favorezcan la salud;
- el fortalecimiento de la acción comunitaria;
- el desarrollo de habilidades personales en los temas de salud, y
- la reorientación de los servicios de asistencia sanitaria hacia la promoción de la salud.

La creación de municipios y comunidades saludables es una estrategia que contribuye a mejorar los factores sociales, económicos y ambientales que influyen en la calidad de vida, la salud y el desarrollo humano de las poblaciones urbanas en la Región. Con el propósito de crear municipios saludables, varias ciudades y comunidades se han comprometido a impulsar acciones de promoción de la salud, a utilizar un enfoque comunitario y multisectorial, y a dar prioridad a la salud pública en la elaboración de los planes y políticas municipales (recuadro 2). Desde los años ochenta, esta iniciativa ha sido una estrategia eficaz de promoción de la salud participativa en el ámbito local. En la medida en que sus beneficios se tornan visibles, el movimiento de municipios y ciudades saludables en la Región ha aumentado en forma significativa (cuadro 28). Países como Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Estados Unidos de América, México, Paraguay y Perú han establecido redes nacionales (además de integrar muchos de ellos la Red de Municipios, Ciudades y Co-

munidades Saludables de las Américas), y están contribuyendo al afianzamiento de la estrategia en la Región, mediante la inclusión de iniciativas de espacios saludables en sus programas de trabajo. En el marco de la estrategia de municipios y ciudades saludables, PANAFTOSA ha iniciado una línea especial de cooperación técnica para el desarrollo local a partir del año 2000. El enfoque de esta cooperación técnica, denominada municipios productivos, comprende principalmente los programas nacionales de zoonosis, dado que gran parte de las acciones en este tema se encuentran descentralizadas y recaen sobre dependencias municipales.

### Experiencias de municipios y comunidades saludables en las Américas

En la Argentina, la Red Nacional de Municipios y Comunidades Saludables ha crecido en forma sostenida desde 2002, propiciando el desarrollo de proyectos locales de promoción y preven-

**CUADRO 28. Crecimiento del movimiento de municipios y comunidades saludables en países seleccionados de las Américas, 2000–2005.**

País	Total de municipios en el país	Municipios saludables				Red Nacional o Regional de MCS
		2000	%	2005	%	
Argentina	2.171	4	0,2	182	7,4	Sí
Costa Rica	81	40	49,4	56	70,0	Sí
Cuba	169	79	46,8	98	58,0	Sí
México	2.438	1.000	41,0	1.875	77,0	Sí
Paraguay	600	10	1,7	35	6,0	Sí
Perú	1.800	30	1,7	574	32,0	Sí
Uruguay	19	0	0	10	52,0	No

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud, Área de Desarrollo Sostenible y Salud Infantil, con base en los informes presentados por los respectivos países.

ción, la implementación de políticas públicas saludables y la participación comunitaria. La red argentina está integrada por 216 municipios (de un total de 2.171). Uno de los ejes de sus acciones ha sido sensibilizar a los gobiernos locales sobre la importancia de integrar a todos los actores de la sociedad civil, así como a las diferentes áreas del gobierno, en los proyectos de municipios y comunidades saludables. La red argentina cuenta con gran respaldo político, que se expresó en las Jornadas Nacionales de Municipios y Comunidades Saludables realizadas en agosto de 2006 con la presencia del vicepresidente de la Nación, varios ministros del Gabinete Nacional y 24 ministros de Salud provinciales, más de 200 intendentes de todo el país, la OPS y la Federación Argentina de Municipios. En esa oportunidad, se suscribió la Declaración “Hacia un Plan Nacional de Vida Saludable”, por la cual los firmantes se comprometieron a impulsar la ejecución de políticas públicas que hagan hincapié en los determinantes sociales de la salud y fortalezcan las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud en el nivel local. Los temas más comúnmente abordados en el marco de los municipios saludables en la Argentina son: actividad física, alimentación saludable, ambientes libres de humo, gestión de residuos sólidos y prevención de adicciones (229).

En Bolivia, la estrategia de Comunidades Productivas y Saludables, lanzada en 2004, ha contribuido al desarrollo económico en las comunidades pequeñas y por ende a la disminución de la migración interna y la pobreza. Los productores de la comunidad de Chacaltaya aumentaron la comercialización de sus productos agropecuarios (fundamentalmente hortalizas) y con ello generaron mayores ingresos para la comunidad. Además, se ha capacitado a miembros de la comunidad en el manejo económico y la rentabilidad de carpas solares. En 2004, la OPS/OMS y la comunidad de Chacaltaya suscribieron diferentes cartas acuerdo para realizar diversas actividades ecoturísticas y agropecuarias. Las metas alcanzadas incluyen el establecimiento de una botica comunal; la construcción de carpas solares para autoconsumo y venta; la instalación de duchas con agua caliente activada por energía solar; la instalación de servicios sanitarios para la escuela; y la construcción de una pequeña planta de elaboración de charque de llama (carne fresca, secada al sol en ambientes contruidos para este propósito), y la producción de truchas para autoconsumo y venta en la ciudad de La Paz. También se capacitó a personas de la comunidad en análisis económico y financiero así como en comercialización en los supermercados de la ciudad de La Paz, para lograr precios justos que contribuyan a la sostenibilidad de la comunidad. Como resultado de esta actividad, el municipio de La Paz y la comunidad ganaron un concurso ante el BID para la construcción de un hotel y un circuito turístico por un valor estimado de US\$ 100.000, que estará operando aproximadamente a fines de 2007. En la actualidad, el Ministerio de Desarrollo Rural Agropecuario y Medio Ambiente y otras instituciones nacionales e internacionales están trabajando en la implementación de este modelo en otras localidades altamente vulnerables del país.

*“El crecimiento urbano acelerado, la expansión industrial y el desarrollo agrícola en los países de América Latina y el Caribe en años recientes han causado un incremento notable de la contaminación ambiental en la Región, que a su vez ha resultado en importantes peligros ambientales para la salud humana.”*

George A.O. Alleyne, 1994

En el Brasil, los estados de Ceará, Goiânia, Mato Grosso do Sul, Paraná, Pernambuco, Río de Janeiro, Río Grande do Sul, Río Grande do Norte, San Pablo y Tocantins participan en la iniciativa de municipios y comunidades saludables. El país no cuenta con una red nacional de municipios y comunidades saludables, pero tiene varias redes regionales. La Red de Municipios Potencialmente Saludables de la región de Campinas comenzó con seis municipios y hoy cuenta con 30, que representan 2 millones de habitantes. La estrategia brasileña de municipios y comunidades saludables se implementa en conjunto con distintas agendas sociales que comparten los mismos valores y principios, tales como el Programa 21, el proyecto de atención primaria ambiental, el presupuesto participativo y el movimiento de municipios productivos. El gran desafío es articular los esfuerzos en torno a redes que consideren la inclusión social, la participación, la solidaridad, la equidad, la sostenibilidad y la intersectorialidad. En el distrito de Vila Paciencia, en Río de Janeiro, entre 2002 y 2004 se ejecutaron 25 proyectos con actividades tales como: ferias de salud, recreación para niños, capacitación en nutrición y movilización para la limpieza de la comunidad, que han beneficiado directamente a más de 1.000 personas. En Curitiba, Paraná, hasta 2005 la iniciativa de ambientes saludables había movilizó a 143 instituciones locales para el desarrollo e implementación de acciones de promoción de la salud (230).

El Canadá ha sido uno de los primeros países de las Américas en aplicar la estrategia de municipios y comunidades saludables. La Coalición de Comunidades Saludables de Ontario se estableció en 1992, con la meta de colaborar con las diversas comunidades de Ontario para fortalecer su bienestar social, ambiental y económico (231). La Red de Québec de Ciudades y Pueblos Sanos se estableció en 1988 y hoy comprende 140 municipios miembros que representan más de 50% de la población de Québec (232).

La experiencia de Costa Rica, con su iniciativa de cantones ecológicos y saludables, ha recibido mucho apoyo popular. La red nacional del país, fundada en 1996, incorpora 56 municipios (70% de los municipios del país). El concurso anual para seleccionar las mejores iniciativas de cantones ecológicos y saludables, y la publicación de los resultados de estas iniciativas, han ayudado a activar y mantener la red nacional.

En Cuba se declaró oficialmente el primer municipio saludable en América Latina en 1989, en el marco del Proyecto global de Cienfuegos. En 2006, las 14 provincias y el municipio especial Isla

de la Juventud se incorporaron al movimiento. La Red Nacional Cubana de Municipios por la Salud establecida en 1994 con 14 municipios, incluye actualmente 98 municipios, lo que representa 58% del total de los 169 del país. Se impulsa en este país la iniciativa de Atlas de Municipio Productivo, para ampliar las capacidades analíticas y de gestión en los ámbitos municipales utilizando el sistema de información geográfica en epidemiología (SIGEPI), confeccionado por el Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información (AIS) de la OPS. Los principales logros de la iniciativa incluyen: el desarrollo de la capacidad resolutoria en el ámbito local; la unificación de voluntades para la realización de acciones de promoción de la salud; el fortalecimiento de alianzas estratégicas intersectoriales, y el intercambio de experiencias.

La experiencia de los Estados Unidos de América comenzó en 1988, con el proyecto de ciudades y comunidades saludables de California, que abarca más de 70 comunidades. Algunos de los logros de esta iniciativa incluyen el establecimiento de huertas comunitarias para 140 familias; la implementación de un programa de seguridad vial para ciclistas y peatones, que resultó en un aumento del uso de cascos de 26% a 53% en un año; y una campaña de limpieza que consiguió una reducción de 45% de la basura en la comunidad (233). Desde 1991, el Centro para el establecimiento de ciudades saludables, de la Universidad de Indiana, también ha sentado las bases para promover los programas de municipios y comunidades saludables, la investigación y los recursos en el país (234). Los miembros de la Red de Ciudades Saludables de Indiana trabajan en la construcción de senderos en zonas naturales, la formulación de ordenanzas contra el tabaco, el mejoramiento de la cobertura de servicios de salud, y la disminución de la violencia.

La Red Mexicana de Municipios por la Salud se constituyó en 1993 con 13 municipios. Desde entonces, ha llegado a consolidar las 31 redes estatales agrupadas en redes regionales. Actualmente incluye a más de 1.800 municipios de un total de 2.438 (77%). La mayoría de los municipios de la red también se incorporan al Programa Nacional de Comunidades Saludables. La red ha realizado 13 reuniones nacionales anuales en las que los alcaldes, el sector salud y otros sectores intercambiaron conocimientos y prácticas, y expertos nacionales e internacionales presentaron métodos novedosos y experiencias exitosas para la modificación de determinantes de la salud en el ámbito del municipio. La intervención de diferentes sectores en la realización de los proyectos municipales de promoción de la salud y la participación de los municipios en un concurso para obtener recursos federales para el Programa, ha dado por resultado el financiamiento de 1.059 proyectos municipales de salud entre 2002 y 2006. La temática de los proyectos incluye: comunidades saludables, control de zoonosis, cuidado y mejoramiento del medio ambiente, enfermedades transmitidas por vectores, manejo de residuos sólidos, educación vial, prevención de adicciones, educación para la salud, rastros y mercados saludables, salud de la infancia y de la adolescencia, salud del adulto y el anciano, salud reproductiva,

saneamiento básico, VIH/sida, tuberculosis, uso y consumo adecuado del agua, y salud bucal. La Red y el Programa de Municipios Saludables constituyen estrategias eficaces para promover políticas públicas y acciones intersectoriales orientadas a favorecer un mayor compromiso de la población y de los distintos niveles de gobierno en pro de la salud, mediante actividades políticas, programas, servicios, investigación y capacitación.

En el Paraguay, 24 municipios constituyeron en 2002 la Red de Municipios Saludables, integrada actualmente por 35 municipios (15% del total de 230 municipios del país) que tienen en común el desarrollo de actividades dirigidas a crear entornos saludables y productivos. En 2002 se implementó una experiencia novedosa de colaboración llamada Fronteras Saludables, realizada entre dos municipalidades del Paraguay y una de la Argentina (Nanawa, Falcón y Clorinda) para proveer agua potable a los tres municipios. Otra experiencia exitosa es el proyecto de Emboscada, que combina mejoras en la protección de la salud de los trabajadores por medio del proyecto Canteras saludables, con propuestas de alternativas a la única fuente de empleo (proyectos de lumbricultura y de huertas familiares) y mejoras en el manejo de residuos, en los entornos escolares y en la atención a la salud materna e infantil. En 2004 se firmó el convenio entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el de Educación y Cultura, y la Gobernación de Misiones, para implantar en forma conjunta las iniciativas de escuelas promotoras de la salud y municipios y comunidades saludables en todas las municipalidades de la provincia. Actualmente, 22 escuelas reciben asistencia para lograr su acreditación. En 2005, los municipios integrantes de la red desarrollaron diversas actividades tendientes a crear entornos ambientales saludables y productivos, entre las que se destacan: la eliminación de basuras a cambio de leche o canastas familiares, la separación de aguas contaminadas, y proyectos de arborización y huertas ecológicas.

En el Perú, las comunidades, juntamente con el gobierno local, el sector público y las organizaciones no gubernamentales, están trabajando en forma activa en la estrategia de municipios y comunidades saludables desde 1996. La Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud invierte en la capacitación al nivel provincial y local para ejecutar las iniciativas de entornos saludables. La Red Nacional de Municipios y Comunidades Saludables incluye 574 municipios y 10 redes regionales (Arequipa, Ayacucho, Huancavelica, Andahuaylas, Callao, Lambayeque, La Libertad, Cusco, Cajamarca y Loreto) (235). El Ministerio de Salud ejecuta el Programa de Municipios y Comunidades Saludables, que incorpora a 757 municipios (41% del total de municipios del país). Estos municipios llevan a cabo actividades relacionadas con salud materna, nutrición infantil, educación, género, seguridad vial, ambientes libres de humo de tabaco, actividad física, inmunizaciones, acciones de promoción y prevención del dengue, etc. Se han realizado varios talleres de políticas públicas saludables en cuestiones específicas de interés municipal que han dado lugar a diversas publicaciones. El Ministerio de Salud ha or-

ganizado diversos talleres y encuentros regionales para sensibilizar a los alcaldes y difundir experiencias. Los resultados y logros concretos de las iniciativas de municipios saludables incluyen:

- la voluntad política sectorial que llevó al establecimiento de una Dirección General de Promoción de la Salud en el Ministerio de Salud, con recursos, intervenciones y políticas relacionadas, para impulsar la estrategia de municipios de comunidades sanitarias;
- la alianza estratégica entre la Red de Municipios y Comunidades Saludables del Perú, la OPS, el Ministerio de Salud y el Proyecto AMARES (Apoyo a la Modernización del Sector Salud) para impulsar el proceso de municipios saludables en el país;
- el fortalecimiento y crecimiento de la Red de Municipios y Comunidades Saludables del Perú;
- la incorporación de la iniciativa de municipios y comunidades saludables en los planes de desarrollo local concertado y en el presupuesto participativo de los municipios, y
- la aprobación de resoluciones y ordenanzas municipales que favorecen la creación de municipios y comunidades saludables.

En Trinidad y Tabago, el movimiento de municipios y comunidades saludables comenzó en 2002, con el desarrollo de una propuesta de equipo multisectorial, denominada Iniciativa de Espacios Saludables. Se llevaron a cabo talleres de promoción en cada autoridad sanitaria regional para diseñar las iniciativas de apoyo a las comunidades saludables. Por medio de esta iniciativa, algunas comunidades rurales empezaron a trabajar en temas de seguridad alimentaria, saneamiento, desarrollo de capacidades para jóvenes, y mejoramiento de los servicios de salud, entre otros. En la comunidad de Plum Mitan, los resultados específicos obtenidos incluyen la construcción de tanques de agua mientras se realiza el estudio técnico para definir una fuente permanente; el acceso a servicios de salud a partir de la provisión de medios de transporte al centro de salud en otro pueblo; capacitación en piscicultura y cuidados personales, y nociones de computación. Aumentó también la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisión de la comunidad. La calidad de vida de la comunidad ha mejorado con intervenciones sostenibles apoyadas por los organismos de cooperación gubernamental y técnica, pero lo más importante es que la comunidad ha aprendido y está movilizando recursos para su automejoramiento.

Con apoyo de los gobiernos locales, el Ministerio de Salud incorporó la iniciativa en su esquema institucional, impulsando así el desarrollo de competencias que fortalecen la planificación, seguimiento y evaluación, tanto en el nivel de la autoridad sanitaria regional como en los niveles locales, de las actividades de promoción de la salud, y el afianzamiento de la colaboración con la sociedad civil. Se abrieron además espacios deliberativos en la comunidad, cuyo consejo participa en los foros nacionales y conduce

las intervenciones locales de desarrollo. La iniciativa ha permitido que la experiencia fuera compartida con organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunitarias, organismos gubernamentales y entidades privadas, dentro y fuera de la subregión.

En el Uruguay, los Ministerios de Salud Pública, y de Ganadería, Agricultura y Pesca, en colaboración con las intendencias municipales, otras organizaciones nacionales y la OPS/OMS, lanzaron el proyecto de comunidades productivas y saludables, que combina las intervenciones asistenciales con la generación de empleos y otras actividades microproductivas centradas en iniciativas comunitarias. Cabe señalar que los municipios o departamentos uruguayos abarcan una extensión territorial que incluye desde núcleos poblacionales grandes (ciudades), hasta pequeños (pueblos y villas). En 10 municipios (de un total de 19) hay una o más comunidades que participan en este proyecto. Entre las actividades que allí se realizan se cuentan la coordinación y mejoramiento de la producción de quesos artesanales rurales, la creación de espacios de comercialización de producción agropecuaria zonal, el desarrollo productivo y turismo ecocultural, y la ejecución de programas de inocuidad de alimentos. Los logros concretos de la iniciativa de comunidades productivas y saludables incluyen la capacitación e información sobre los diversos aspectos de la estrategia a 646 personas; la factibilidad, consolidación y fortalecimiento de 52 microproyectos productivos, y la ejecución de 73 actividades programáticas de salud.

### Iniciativa de viviendas saludables

Las condiciones habitacionales han sido reconocidas desde hace tiempo como uno de los principales factores determinantes de la salud humana. La vivienda saludable alude a un espacio de residencia que promueve la salud de sus moradores. Este espacio incluye la casa (el refugio físico donde residen las personas), el hogar (el grupo de personas que viven bajo el mismo techo), el entorno (el ambiente físico y psicosocial inmediatamente exterior a la casa) y la comunidad (el grupo de personas identificadas como vecinos por los residentes). Una vivienda saludable carece de factores de riesgo, o estos son controlables o prevenibles, e incluye agentes promotores de la salud y el bienestar (236).

Si bien el déficit habitacional en América Latina y el Caribe es difícil de calcular debido a la falta de información y de metodologías estandarizadas para medirlo, se estima que oscila entre 23 y 28 millones de unidades, mientras que el déficit cualitativo es de aproximadamente 26 millones de unidades.

La proporción de hogares con acceso a tenencia segura (es decir, el derecho de todos los individuos y grupo a contar con la protección eficaz del Estado ante la expulsión del terreno o residencia) mejoró en términos relativos a escala regional entre 1990 y 2000, y se ubica alrededor de 80% de propietarios e inquilinos. Sin embargo, en países como Colombia, Costa Rica, Guatemala, México, Nicaragua y Paraguay se observa una disminución del porcentaje de hogares con tenencia segura. La durabilidad de los



materiales de construcción ha mejorado en 70% a 76% de las viviendas entre 1990 y 2000, lo que en términos absolutos significa un mejoramiento para más de 17 millones de unidades habitacionales en los 15 países de América Latina y el Caribe considerados. Sin embargo, en algunos casos, como los del Ecuador y el Paraguay, la situación ha empeorado. En la Región, la precariedad de la vivienda podría estar afectando la salud de millones de personas, en particular de las más pobres y vulnerables, como los niños menores de 5 años, las que padecen enfermedades crónicas como el VIH/sida, los discapacitados y los adultos mayores, que pasan la mayor parte del tiempo en la vivienda (228). Desde 1995, la estrategia de vivienda saludable ha contribuido a fortalecer las actividades que promueven y protegen la salud de estas poblaciones y contribuyen al desarrollo local integrado de las comunidades. La estrategia debe contar con un fuerte compromiso político, una sólida experiencia técnica e intercultural, una colaboración intersectorial permanente, la adopción de un enfoque multidisciplinario y un elevado nivel de participación por parte de la comunidad. Por ello, un mecanismo eficaz para la implementación de la estrategia es el establecimiento de redes nacionales de vivienda saludable, intersectoriales y multidisciplinarias, asociadas a la Red Interamericana de Vivienda Saludable (Red VIVSALUD). En 2005, la Red VIVSALUD elaboró su plan de actividades para los próximos dos años con las siguientes líneas de acción (236): evaluación del impacto de políticas, planes, programas y proyectos en la salud con un centrado en la equidad; fortalecimiento de los sistemas de vigilancia de los factores de riesgos y los factores protectores en salud; investigación de las relaciones entre la vivienda y la salud; ejecución de proyectos de evaluación-acción-participación; construcción y desarrollo de capacidades, y desarrollo institucional de la red.

## ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD

La Promoción de la Salud y la Atención Primaria de Salud son estrategias fundamentales para abordar los determinantes sociales de la salud, y por consiguiente avanzar en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) bajo un compromiso de equidad. La escuela es concebida como el motor de la salud y del desarrollo comunitario, y por consiguiente, cualquier abordaje de salud dentro de los diferentes niveles, desde la educación inicial hasta la vocacional, fortalece al escolar para responder a los diversos desafíos de su ciclo de vida y adicionalmente fortalece los vínculos entre los sectores de la salud y la educación.

La Iniciativa de Escuelas Promotoras de la Salud de la OPS (EPS) ha venido trabajando en los niveles de educación preescolar, primaria y secundaria, y ha comprobado la necesidad de trabajar en acciones de promoción de la salud centradas en el triángulo familia-escuelas-centro de salud. La incorporación de la EPS a la educación inicial involucra una mayor colaboración del primer nivel de atención en salud con los centros de educación

inicial. Este enfoque abre la posibilidad de trabajar con la madre desde los primeros meses de gestación, apoyando los procesos de estimulación temprana que redundarán en mejores condiciones para el desarrollo intelectual de los niños. Los estudios recientes en neurociencia (237) confirman la necesidad de desarrollar programas educativos y de salud que, junto a una adecuada nutrición, prioricen la atención a los niños y niñas en situación de vulnerabilidad, de forma de ofrecer condiciones de mayor equidad. La escuela promotora de la salud a partir de la educación inicial constituye un espacio educativo privilegiado para trabajar con la madre y su niño, para así modificar patrones de comportamiento que lleven a mayores estímulos al aprendizaje y asegurar que se construyan entornos más saludables. La educación en salud desde esta etapa temprana incide también en la reducción de la mortalidad y morbilidad infantil.

La Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud (IREPS) (238) en las Américas, originada a partir de múltiples consultas interpaíses, fue lanzada oficialmente por la OPS en 1995. El propósito de la iniciativa es formar futuras generaciones que dispongan de los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para promover y cuidar su salud, la de su familia y su comunidad, así como para crear y mantener ambientes de estudio, trabajo y convivencia saludables. La OPS/OMS, por medio de esta iniciativa, apoya a los Estados Miembros en el desarrollo y ejecución de actividades de promoción de la salud, creando consenso y estableciendo alianzas entre los sectores de salud, educación y otros, y a través de las asociaciones de padres, estudiantes y otras organizaciones pertinentes. La iniciativa se centra en tres componentes principales: 1) educación para la salud con un enfoque integral que comprende la enseñanza de habilidades para la vida; 2) creación y mantenimiento de entornos físicos y psicosociales saludables, y 3) provisión de servicios de salud y alimentación sana, asesoría psicológica, alimentación sana y vida activa.

El primer componente proporciona a los escolares los conocimientos necesarios para que reconozcan, adopten, desarrollen y consoliden las habilidades necesarias para lograr y mantener un nivel óptimo de bienestar y calidad de vida. Esas habilidades se construyen a partir de los valores personales, familiares y de la comunidad, y tomando en consideración las necesidades y características individuales, sociales y culturales de los escolares. Se fortalece así la autoestima y la capacidad de adquirir y mantener hábitos higiénicos y estilos de vida saludables. La información facilita el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas orientados a consolidar modos de vida sanos mediante intervenciones participativas que incluyen discusiones grupales y proyectos de trabajo comunitario.

La educación en habilidades y destrezas para la vida y la adquisición de competencias psicosociales fomenta la adopción y mantenimiento de comportamientos, actitudes y hábitos que permiten responder a las demandas y desafíos de la vida, tales como las habilidades para hacer, para pensar y para comunicarse. El

### RECUADRO 3. Funciones y tareas de las escuelas promotoras de la salud

- *Poner en marcha políticas* que apoyan la dignidad y el bienestar individual y colectivo y ofrecer múltiples oportunidades de crecimiento y desarrollo para los niños y los adolescentes, en un contexto de aprendizaje y fortalecimiento de la comunidad escolar, con la participación de los docentes, los alumnos y sus familias.
- *Definir estrategias que fomentan y apoyan el aprendizaje y la salud*, utilizando para ello todos los medios y recursos disponibles y comprometiendo al personal del sector salud y educación y a los líderes de la comunidad en la realización de actividades escolares planificadas (por ejemplo, educación para la salud en forma integral y entrenamiento en formación de habilidades y destrezas para la vida, fortalecimiento de factores protectores y disminución de comportamientos de riesgo, facilitación del acceso a servicios de salud escolar, nutrición y educación física).
- *Comprometer a todos los miembros de la escuela y la comunidad*, incluidos maestros, padres, estudiantes, líderes y organizaciones no gubernamentales, en la toma de decisiones y en la ejecución de intervenciones para la promoción del aprendizaje, el fomento de modos de vida sana y la realización de proyectos comunitarios de promoción de la salud.
- *Tener un plan de trabajo* para el mejoramiento del ambiente físico y psicosocial en el ámbito escolar y sus alrededores (que incluye normas y reglamentos para ambientes libres de humo, drogas, abuso y cualquier forma de violencia; acceso a agua potable e instalaciones sanitarias; alimentos saludables), y procurar dar ejemplo mediante la creación de ambientes escolares saludables y la realización de actividades que se extienden fuera del ámbito escolar.
- *Ejecutar acciones* para evaluar y mejorar la salud de los estudiantes, la comunidad educativa, y las familias y los miembros de la comunidad en general, y trabajar con los líderes comunitarios para asegurar el acceso a servicios de salud y de referencia, de consejería, nutrición y otros, así como a espacios para las actividades físicas y recreativas.
- *Ofrecer formación* adecuada y efectiva, y material educativo a docentes y estudiantes.
- *Contar con un comité local de educación y salud* en el que participan activamente las asociaciones de padres, las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la comunidad.

escolar aprende a valorar las relaciones personales, a utilizar los recursos de su comunidad inmediata, y a adoptar y mantener comportamientos sanos. Las EPS fomentan un sentido de responsabilidad y potencian la capacidad de resolver situaciones muchas veces conflictivas, mediante el diálogo y la negociación, como factores preventivos de la violencia e instrumentos de convivencia armónica. Estos, a su vez, facilitan el desarrollo humano integral y el sentido de responsabilidad cívica.

El segundo componente favorece el desarrollo de la capacidad de crear y mantener los establecimientos escolares y sus dependencias en condiciones adecuadas de limpieza y seguridad, incluidas las instalaciones de saneamiento básico, la provisión de agua, así como los distintos espacios físicos utilizados, y un ámbito psicosocial libre de agresión física, verbal y psicológica, o de cualquier otra forma de violencia. Este componente presta atención especial al clima emocional en la escuela y a las interacciones sociales que afectan al bienestar y la productividad de los estudiantes y del personal escolar, así como a la formación y capacitación continuas del docente, y a la ejecución de estrategias de promoción de la salud dirigidas a los familiares en el marco de las asociaciones de padres y las organizaciones comunitarias.

El tercer componente facilita el fortalecimiento de la relación entre los equipos de salud, educación y otros sectores pertinentes, y su capacidad para complementarse y fortalecerse mutuamente. A través de este componente se pueden detectar y prevenir problemas de salud, incluidos factores de riesgo y hábitos nocivos. El acceso a servicios de salud y alimentación sana facilita también la detección temprana de deficiencias o enfermedades.

#### El avance de la iniciativa

La iniciativa regional de EPS se encuentra en pleno proceso de desarrollo en los países de América Latina y el Caribe, como lo pusieron de manifiesto 90% de los participantes en la primera encuesta regional sobre EPS realizada en 2001 (239), cuyos resultados se presentan en el cuadro 29.

A partir de la consulta, se constata que la mayoría de los países de la Región cuentan con iniciativas de promoción de la salud escolar, que van desde el uso del espacio educativo para aumentar la cobertura de vacunación o la identificación de problemas visuales, hasta las experiencias de promoción de la salud integral en los tres niveles, aula, escuela y relación escuela-comunidad.

**CUADRO 29. Resultados de la Primera Encuesta Regional de escuelas promotoras de la salud en América Latina y el Caribe, 2001.**

Grado de difusión del enfoque de EPS	94% de los países están desarrollando la iniciativa de EPS. La proporción de EPS con respecto del total de escuelas muestra una situación de gran heterogeneidad entre los países según el grado de implementación de la estrategia.  En 90% de los casos, la estrategia se aplica en escuelas públicas de educación primaria y en zonas urbanas; en 60% de los casos se ejecuta en el nivel preescolar y en igual proporción en el nivel secundario.
Políticas y planes nacionales de promoción de la salud de la población escolar	94% de los países cuentan con un amplio marco legislativo y político sobre salud escolar.  82% de los países cuentan con políticas o normativas específicas sobre EPS. La mayor parte de las políticas pertinentes a esta iniciativa se originaron a partir de 1997, y en 82% de los casos entre 1999 y 2001, que coincide con el lanzamiento oficial de la iniciativa regional de la OPS/OMS en 1995.
Mecanismos de coordinación multisectorial para el apoyo de la promoción de la salud en el ámbito escolar	65% de los países ha conformado comisiones nacionales mixtas de salud y educación, y este porcentaje se eleva a 75% cuando se consideran los casos de la existencia de otras formas de trabajo colaborativo.
Educación para la salud	Todos los países incorporan la enseñanza de la educación para la salud en sus programas escolares. La modalidad más empleada consiste en su inclusión como tema o eje transversal. La tendencia predominante de incorporarla de manera transversal es coincidente y se relaciona con los procesos de reforma educativa (curricular).
Conformación y participación en las redes nacionales e internacionales de EPS	47% de los países tienen algún tipo de participación en la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud (RLEPS). En la mayoría de los casos, esta participación consiste en la concurrencia a las reuniones de la Red.  29% de los países ha conformado redes nacionales de EPS. En 2004, casi todos los países de América Latina participaron en la IV RLEPS.
Financiación de programas y actividades de salud escolar	30% de los países cuentan con presupuesto asignado a salud escolar.

**Fuente:** Ippolito-Shepherd J. Las escuelas promotoras de la salud en América Latina. Resultados de la Primera Encuesta Regional. Serie Promoción de la Salud N° 3. Washington, DC: OPS; 2005.

Sin embargo, la mayoría de estos programas son responsabilidad de los ministerios de salud que utilizan los espacios educativos para supervisar la salud de los educandos con modalidades de médicos o enfermeras escolares. La cobertura de estas experiencias es muy heterogénea entre los países, pero en su mayoría se concentra en los establecimientos públicos urbanos, dejando de lado las escuelas en zonas rurales y urbano marginales, donde los determinantes sociales de la salud son más acentuados.

Además, los Estados Miembros están definiendo criterios y procedimientos para la acreditación y certificación de EPS, e incluso de las normas y requisitos mínimos para la acreditación y

certificación por parte de los Ministerios de Salud y Educación, así como las actividades de monitoreo y seguimiento de EPS, los requisitos de información, y la periodicidad de la acreditación y certificación. Estos procesos se están desarrollando en el contexto de la Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud y con la participación de directivos y docentes, estudiantes, padres, personal administrativo y organizaciones de la comunidad educativa.

El papel de las comisiones nacionales mixtas de salud y educación es significativo, dada su capacidad para promover la movilización de todos los participantes y de los recursos materiales necesarios. La colaboración técnica para la implementación de

esta estrategia consiste en difundir el conocimiento y la metodología, y fomentar el intercambio de experiencias entre los países. Para ello, se han realizado reuniones regionales y subregionales donde se ha apoyado la constitución y extensión de las Redes Latinoamericana y Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud.

La creación y fortalecimiento de estas redes ha facilitado un espacio para el intercambio de ideas, recursos y experiencias entre los países, para alimentar la mística y el entusiasmo de los maestros, alumnos y padres participantes, y de los defensores de la promoción de la salud en el ámbito escolar. Las Redes Latinoamericana y Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud se crearon a partir de múltiples consultas regionales de la última década.

La Primera Reunión Constitutiva de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud (RLEPS) se realizó en 1996 en Costa Rica, con una afiliación inicial de 10 países, y la Primera Reunión Constitutiva de la Red Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud (RCEPS) se efectuó en noviembre de 2001, en Bridgetown, Barbados, con una afiliación inicial de 14 países. La segunda reunión se realizó en 1998 en la ciudad de México, y la tercera reunión se llevó a cabo en Quito, Ecuador, del 10 al 13 de septiembre de 2002. Se brindó allí la oportunidad de compartir experiencias y fortalecer las comisiones nacionales mixtas de los países participantes.

La cuarta reunión de la RLEPS tuvo lugar en la ciudad de San Juan, Puerto Rico, del 11 al 16 de julio del 2004 (240), y contó con la presencia de los delegados oficiales de salud y educación de Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela, así como de participantes de Aruba, Australia, Canadá, Colombia, Ecuador, España, Estados Unidos de América, Italia, y Trinidad y Tabago. El evento también contó con la participación activa de representantes de Programas Integrados de Atención Primaria de la Salud, de la Universidad Industrial de Santander, Colombia (PROINAPSA), centro colaborador de la OPS/OMS, así como de organizaciones no gubernamentales y representantes del sector privado, instituciones académicas y organismos internacionales, para un total de 115 participantes provenientes de 26 países. Se crearon siete comités de trabajo que discutieron siete temas clave para el fortalecimiento de las EPS: 1) organización, estructura y gestión de la RLEPS; 2) capacitación y formación de recursos humanos para la promoción de la salud en las escuelas; 3) investigación, evaluación y vigilancia de factores protectores y de riesgo; 4) elaboración de materiales y herramientas educativas para la promoción de la salud y la educación para una vida saludable en el ámbito escolar; 5) acreditación y certificación de EPS; 6) alianzas estratégicas y mecanismos de cooperación horizontal entre países para el fortalecimiento de la promoción de la salud en las escuelas, y 7) reforma curricular para la inclusión de la promoción de la salud y la educación para una vida saludable en el ámbito escolar. Además, la Reunión facilitó la validación técnica del documento *Dadores de vida: Guía Metodológica para Educadores*. Tras la realización de la cuarta reunión de la RLEPS,

**“Millones de familias en el mundo viven, o luchan por sobrevivir, en chozas, cabañas, carpas, ghettos y asentamientos desolados, sobrepoblados e inseguros. Están expuestos a crueldades climáticas. Las ratas y los insectos llevan enfermedades a sus hogares. La ventilación inadecuada, la falta de luz y la necesidad de reparaciones permanentes agravan la tragedia. Estas condiciones son especialmente opresivas para los niños y las niñas, para sus cuerpos, su crecimiento y desarrollo y sus suelos. Viven sin agua limpia, sin saneamiento decente y sin servicios básicos que muchas personas en el mundo disfrutaban diariamente y dan por descontados. Pero esas personas son seres humanos como nosotros, son un precioso capital humano, y tenemos el deber de reducir los peligros ambientales que enfrentan de forma de mejorar su salud.”**

Mirta Roses, 2007

se constituyó en Puerto Rico la Red Puertorriqueña de Escuelas Promotoras de la Salud.

En su Plan de Acción 2003–2012, la OPS/OMS destaca la importancia de impulsar las redes latinoamericana y caribeña (RLEPS y RCEPS) para el fortalecimiento y expansión de las EPS en las Américas. Sus principales objetivos son: difundir el concepto de EPS; movilizar la voluntad política y el trabajo multisectorial y multidisciplinario, especialmente de los sectores de salud y educación; crear foros en los que las escuelas puedan compartir sus experiencias, asegurando así el enriquecimiento de los procesos en marcha; desarrollar programas de capacitación para el personal de educación y de salud; impulsar la preparación de material didáctico con enfoques novedosos y el uso de metodologías participativas; difundir metodologías de evaluación y de buenas prácticas; promover el uso de medios de comunicación electrónicos entre los participantes de la Red; y fortalecer la capacidad institucional para ejecutar programas de salud escolar con enfoque integral que aseguren un tratamiento de género igualitario. El recuadro 4 presenta las diversas modalidades de actividad que cumplen las EPS en la Región.

En el ámbito regional, la iniciativa ha permitido brindar colaboración técnica y desarrollar actividades específicas (223). El éxito de la formación y labor de los comités se ha hecho evidente por el trabajo virtual continuo y el compromiso mostrado por cada uno de los miembros de los siete comités, que continúan trabajando en forma virtual para finalizar las propuestas de las Guías regionales con el propósito de poder presentarlas en la Quinta Reunión de la RLEPS, para su discusión y consenso respectivo. Entre otras acciones se destacan:

- La promoción y fortalecimiento de programas de salud escolar con enfoque integral, difundiendo el concepto de EPS entre los países de la Región, mediante la realización de reuniones regionales y subregionales, la distribución de ma-

#### RECUADRO 4. Actividades de las escuelas promotoras de la salud en algunos países de la Región

**Argentina.** En la Provincia de Salta, el Programa de EPS se ejecuta desde 1998 por intermedio del Equipo Interministerial de Salud y Educación, cuyo trabajo está orientado a lograr la descentralización mediante la capacitación de equipos interdisciplinarios y el fortalecimiento de redes a partir del trabajo intersectorial entre ministerios. Se está desarrollando el Proyecto VIGÍA Sumando EPS, que se propone adicionar 100 nuevas escuelas y servicios de salud de la provincia a los 52 ya existentes.

**Bolivia.** El programa *Educando en sexualidad con perspectiva de género, con énfasis en la prevención del VIH/sida, otras infecciones de transmisión sexual, embarazo en adolescentes, abuso sexual infantil y violencia de género* se ha realizado a nivel nacional en 14 municipios, con 177 escuelas beneficiadas, 1.407 docentes involucrados y 57.691 estudiantes formados e informados. La realización del proyecto se hizo respetando las particularidades organizativas de cada estado.

**Brasil.** En 2005 se creó la Cámara Intersectorial de Educación para la Salud en la Escuela, en la que participan conjuntamente los Ministerios de Salud y Educación, con objeto de desarrollar acciones y prácticas de educación para la salud en el ámbito escolar, así como de involucrar y escuchar a los diferentes actores sociales para profundizar el conocimiento, delinear estrategias intra e intersectoriales para ejecutar acciones de salud para la educación básica de la red pública de enseñanza. La institucionalización de la promoción de la salud en las escuelas como política, abre nuevas perspectivas para que la temática se integre en la Política Nacional de Salud del Brasil. Como ejemplos exitosos pueden señalarse los siguientes:

- En Río de Janeiro, estudios de diagnóstico, identificación de actores clave, producción de material educativo, alianzas con universidades y organizaciones no gubernamentales, generan acciones descentralizadas e intersectoriales que mejoran el acceso de la comunidad escolar a los servicios de salud.
- En el Municipio de Embu, São Paulo, en 2002 se implementó la estrategia de EPS, como articulación intersectorial y en alianza con la Universidad Federal de São Paulo. Las acciones de educación para la salud tienen tres ejes temáticos prioritarios: medio ambiente, sexualidad y promoción para la paz.
- En el Estado de Tocantins, la escuela es un espacio educativo formal, pero también un espacio institucional, social y político, afectado por la cultura. Estos aspectos son importantes para el apoyo y sostenibilidad de las estrategias de promoción de la salud. Se destaca en este contexto la interdependencia entre la gestión, la formación y el proceso de enseñanza-aprendizaje para la intersectorialidad, y los resultados y repercusión obtenidos. La estrategia de EPS de Tocantins considera estas dimensiones en forma indivisible y como ejes estructurantes.

**Colombia.** El Programa Escuelas Saludables por la Paz es una estrategia que busca integrar los sectores de salud y educación con la comunidad para promocionar en los centros educativos estilos de vida saludables. El Programa plantea un proceso que parte de la sensibilización, seguida por una fase diagnóstica que define las actividades de promoción y prevención en salud que se han de implementar. *Jenarito Saludable* es una experiencia conformada por tres fases: el derecho del niño a la no violencia, el derecho a la salud y cuidado y el derecho a una convivencia sana.

**Cuba.** La iniciativa Seminternado de Primaria-Agustín Farabundo Martí tiene como objetivo la motivación y estimulación para elevar la calidad de vida de la comunidad educativa. Se entregan diplomas como *Mi casa alegre y saludable*, a casas de estudiantes donde no se practican hábitos nocivos de tabaquismo y alcoholismo; *Aprender para crecer*, por lograr conocimientos reflexivos y creativos; *La Naturaleza es mi amiga*, que evalúa el cuidado de las plantas, los animales y el agua, así como su aprovechamiento en la alimentación humana.

**Chile.** Desde 1997 desarrolla la estrategia EPS en conjunto con el sector educación y el sector salud. Desde 1999 el trabajo se ha fortalecido con la incorporación de las instituciones encargadas de jardines de infantes. En 2004 se incorporaron al trabajo las instituciones vinculadas al medio ambiente y la prevención de drogas. Como resultado de un trabajo intersectorial, durante 2004 se realizaron intervenciones en cerca de 30% del total de establecimientos (más de

#### RECUADRO 4. Continuación

3.000) del país, en los niveles preescolar, básico y medio. A partir de 2001, se inició un proceso de acreditación con el propósito de motivar a los establecimientos y estandarizar criterios y exigencias mínimas para constituirse en Establecimiento de Educación Promotor de la Salud. En el período 2001–2004 se acreditaron 2.554 establecimientos.

**El Salvador.** El Programa de Escuela Saludable contempla como una de sus líneas de acción la alimentación escolar, y procura que los escolares aprovechen mejor su estancia en la escuela, al aumentar su concentración y capacidad de aprendizaje mediante la satisfacción de sus necesidades alimentarias inmediatas. Asimismo, 363.360 estudiantes recibieron el *Complemento nutricional al refrigerio escolar*. Por su parte, 300 escuelas optaron por los huertos escolares como alternativa para fortalecer los refrigerios.

**México.** En Mazatlán, Sinaloa, el Programa Intersectorial de Educación Saludable tiene como propósito fortalecer el autocuidado de la salud en sus cientos de escolares y sensibilizarlos en la preservación del medio ambiente. La comunidad escolar, el personal de salud y las autoridades municipales elaboraron conjuntamente un programa de educación saludable que comprende tres líneas de acción: educación para la salud; prevención y detección de problemas de salud, y ambientes saludables.

**Perú.** En Lima, la propuesta promueve la participación organizada de los estudiantes en actividades que partan de sus propios intereses y motivaciones. Así, el proyecto *Manos limpias, caritas felices* fomenta prácticas de higiene personal y saneamiento para mejorar las condiciones de salud de los escolares. En 2004 se firmó un convenio para utilizar los materiales educativos y la metodología a nivel nacional en 2.000 escuelas adicionales. En Belén, Departamento de Loreto, se han planificado y desarrollado acciones a favor de la promoción de la salud, entre ellas el mantenimiento de patios y aulas, y la incorporación en los programas escolares de temas de higiene, nutrición y de prevención de enfermedades, como el dengue y la malaria.

**Venezuela.** En Aragua, para que un centro educativo sea certificado como EPS, debe cumplir con criterios tales como poseer como mínimo dos maestros promotores de salud, ejecutar un plan de promoción de la salud de acuerdo a los resultados del diagnóstico de salud efectuado en la escuela, asegurar que la cantina escolar ofrezca meriendas saludables, ejecutar el Programa de Salud Bucal, diseñar e implementar proyectos comunitarios de salud integral y mantener un Sistema de Seguridad Escolar para Casos de Emergencias. En Miranda, mediante actividades lúdicas se forman nuevos lectores y futuros donantes de sangre. Los participantes son sensibilizados, informados y educados acerca de la donación; se les explica la importancia y utilidad de la donación a la vez que se promueve en ellos el uso de la creatividad mediante la composición de cuentos y la realización de murales colectivos.

terial informativo y promocional, y la participación en foros internacionales y nacionales pertinentes.

- La colaboración técnica con los países miembros para consolidar mecanismos de coordinación intersectorial; analizar y actualizar las políticas públicas; fortalecer la capacidad institucional; apoyar la difusión e inclusión del enfoque de habilidades para la vida; elaborar, difundir y promover el empleo de instrumentos de diagnóstico y análisis rápido; y crear alianzas estratégicas.

Las EPS ofrecen la oportunidad de mejorar la salud de niños y adolescentes, que representan el recurso humano más valioso de los países. Asegurar el desarrollo y crecimiento de la población escolar en óptimas condiciones de salud física y mental, y con conciencia de responsabilidad social, es indispensable para alcanzar una mejor calidad de vida, para construir un mundo mejor y para lograr los ODM.

#### Referencias

1. Pruss A, Corvalán C. Preventing disease through health environments. Towards an estimate on the environmental burden of disease. Geneva: WHO; 2006.
2. Zimmerman R. Social equity and environmental risk. *Risk Analysis*. 1993;13(6):649–66.
3. Organización Panamericana de la Salud; Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente; Fundación Oswaldo Cruz. Proyecto GEO Salud. En búsqueda de herramientas y soluciones integrales a los problemas de medio ambiente y salud en América Latina y el Caribe. México: OPS/PNUMA/FIOCRUZ; 2005.
4. Firpo de Souza M. Public health and environmental justice in Brazil: joint perspectives. (Presentado en International Colloquium of Environmental Justice and Citizenship, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil, septiembre de 2001.)

5. Roque J.A. Environmental equity: reducing risk for all communities. *Environment*. 1993;35(5): 25–28.
6. Organización Panamericana de la Salud. El agua, fuente de vida. Equidad y calidad en los servicios. Decenio Internacional para la Acción: el agua, fuente de vida, 2005–2015. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsadiah/diaa/material.htm>.
7. Ramírez GL. La visión de políticas sobre el derecho humano al agua potable en el Perú. Documento preliminar. 2004.
8. Consejo Mundial del Agua. IV Foro Mundial del Agua. Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacg/e/foro4/ponencias.html>.
9. Nicaragua, Ministerio de Salud. Informe final de la evaluación rápida de la calidad del agua en Nicaragua. Managua: Ministerio de Salud; 2005.
10. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la evaluación regional de los servicios de manejo de residuos sólidos municipales en América Latina y el Caribe. Washington, DC; OPS; 2005. Disponible en: <http://www.cepis.org.pe/bvsars/fulltex/informe/informe.html>.
11. Organización Mundial de la Salud; Programa de Naciones Unidas por la Infancia. Evaluación de medio término del Programa Conjunto de Monitoreo (PCM) del abastecimiento de agua y saneamiento. OMS/UNICEF; 2006.
12. Organización Panamericana de la Salud. Salud, agua potable y saneamiento en el desarrollo humano sostenible. Washington, DC: OPS; 2001. (Documento CD43/10). Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd43\\_10-s.pdf](http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd43_10-s.pdf).
13. Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos. El Reto de las Barriadas. Informe global sobre los asentamientos humanos 2003. UN-HABITAT; 2003. Disponible en: <http://hq.unhabitat.org/mediacentre/documents/whd/GRHSB6.pdf>.
14. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación 2000. Agua potable y saneamiento: información sectorial. Disponible en: <http://www.cepis.org.pe/sde/ops-sde/eva2000.html>.
15. Declaración de Ottawa. Reunión de los Ministros de Salud y Ambiente de las Américas, Ottawa, Canadá, 2002.
16. Declaración de Mar del Plata, IV Cumbre de las Américas, Mar del Plata, Argentina, 2005.
17. Costa Moreira J, Oliveira da Silva AL, Meyer A, Esparza MLC de. Improving environmental and health laboratories in Latin America and the Caribbean countries: diagnosis of the analytical capabilities and identification of the most important problems. CEPIS/PAHO; CDC; 2003.
18. Organismo Internacional de Energía Atómica, Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente; Organización Panamericana de la Salud. Ejercicio de intercomparación para laboratorios de análisis ambiental de América Latina y el Caribe (Proyectos ARCAL RLA 8031 y RLA 2021). 2004. Disponible en: <http://www.cepis.org.pe/bvsala/e/proyecto/proyecto.html>.
19. Andrei S. Jouravlev. El abastecimiento de agua y saneamiento en las ciudades de Iberoamérica. III Congreso Ibérico sobre Gestión y Planificación del Agua. La directiva marco del agua: realidades y futuros. CEPAL; 2002.
20. Grupo Conjunto de Expertos de las Naciones Unidas sobre Aspectos Científicos de la Protección Medioambiental Marina. Un mar de problemas [informe de investigación]. GESAMP; 2001.
21. Organización Mundial de la Salud. Guías para ambientes seguros en aguas recreativas: volúmenes 1 y 2. Ginebra: OMS; 2003.
22. Organización Panamericana de la Salud. Agua y desastres: los servicios en la mira. [Material de difusión del Día Interamericano del Agua 2004]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsadiah/diaa04/diaa2004/folleto.pdf>.
23. Organización Panamericana de la Salud. Huracanes George y Mitch: crónicas de desastres N° 7. Washington, DC: OPS; 1999.
24. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. El terremoto del 13 de enero de 2001 en El Salvador. Impacto socioeconómico y ambiental. México: CEPAL; 2001.
25. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. El impacto socioeconómico y ambiental de la sequía de 2001 en Centroamérica. México: CEPAL; 2002.
26. Naciones Unidas. Protocolo de Kyoto de la Convención marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. Nueva York: NNUU; 1998. Disponible en: <http://unfccc.int/resource/docs/convkp/kpspan.pdf>. Acceso en enero de 2007.
27. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, Secretaría del Ozono. Protocolo de Montreal relativa a las sustancias que agotan la capa de ozono. PNUMA; 2000.
28. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL; 2005.
29. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de los efectos de la contaminación del aire en la salud de América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2005.
30. Cohen AJ, Anderson HR, Ostro B, Pandey KD, Krzyzanowski M, Kuenzli N, et al. Mortality impacts of urban air pollution. En: Ezzati M, López AD, Rodgers A, Murray CJL (eds.). Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Vol. 2. Geneva: WHO; 2004. Pág. 1353–1433.
31. World Health Organization. WHO Air Quality Guidelines Global Update 2005. Report on a working group meeting, Bonn, Germany, 18–20 October 2005. Copenhagen: WHO; 2006.
32. Maisonet M, Correa A, Misra D, Jaakkola J. A review of the literature on the effects of ambient air pollution on fetal growth. *Environ Res*. 2004;95:106–15.

33. Câmara VM, Tambellini AT. Considerações sobre o uso da Epidemiologia em saúde ambiental. *Rev Brasi Epidemiol*. 2003;6(2):95–104.
34. Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Avanços e perspectivas da vigilância em saúde ambiental no Brasil*. Brasília: CGVAM/SVS; 2006. Inédito.
35. Comisión para la Cooperación Ambiental. *Salud infantil y medio ambiente en América del Norte. Un primer informe sobre indicadores y mediciones disponibles*. Montreal: CCA; 2006.
36. Santos ECO, Câmara VM, Jesús IM, Brabo ES, Loureiro ECB, Mascarenhas AFS, et al. A contribution for the establishment of reference values for total mercury levels in hair and fishes in Amazonia. *Environ Res*. 2002;90(1):6–11.
37. Organización Panamericana de la Salud. *Vigilancia sanitaria de plaguicidas: experiencias de PLAGSALUD en Centroamérica*. Washington, DC: OPS; 2004.
38. Organización Panamericana de la Salud. *Boletín epidemiológico*. 2001;22(4). Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/sha/EB\\_V22n4.pdf](http://www.paho.org/spanish/sha/EB_V22n4.pdf).
39. Organización Panamericana de la Salud; Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente; Facilidad del Medio Ambiente Global. *Programa Regional de Acción y Demostración de Alternativas Sustentables para el Control de la Malaria sin el Uso de DDT en México y América Central (PAEDDT)*. Washington, DC: OPS; 2002.
40. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. *Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos*. Ginebra: PNUMA; 2002.
41. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente; Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. *Convenio de Rotterdam sobre el procedimiento de consentimiento fundamentado previo aplicable a ciertos plaguicidas y productos químicos peligrosos objeto de comercio internacional*. Ginebra: PNUMA; 2005.
42. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. *Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes*. Ginebra: PNUMA; 2002.
43. Kosek M, Bern C, Guerrant RL. The magnitude of the global problem of diarrheal disease from studies published 1992–2000. *Bull World Health Org*. 2003;81(3):197–204.
44. Binsztein N, Fernández A, Caffer MI, Agudelo CI, Arias MI, Ugarte C, et al. WHO Global Salm-Surv (WHO GSS) in the South American Region: five years (2000–2004) of *Salmonella* surveillance. *International Conference on Emerging Infectious Diseases*, Atlanta, Georgia, 21 March 2006.
45. Organización Mundial de la Salud. *Reunión de consulta en Estudios de Carga de Enfermedad en Enfermedades Transmitidas por Alimentos*. Ginebra, 25–27 septiembre de 2006. Disponible en: [http://www.who.int/foodsafety/publications/foodborne\\_disease/burden\\_sept06/en/](http://www.who.int/foodsafety/publications/foodborne_disease/burden_sept06/en/).
46. Diemert DJ. Prevention and self-treatment of traveler's diarrhea. *Clin Microbiol Rev*. 2006;19:583–94.
47. Torres R, Skillicorn P. Montezuma's revenge: how sanitation concerns may injure Mexico's tourist industry. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*. 2004;45(2):132–44.
48. Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis. *Evaluación de los sistemas de inocuidad de alimentos de la región de América*. OPS; 2004. Disponible en: <http://www.panalimentos.org/evaluacion/evaluacion.sia.es/paniol/index.html>.
49. Flint JA, Van Duynhoven YT, Angulo FJ, DeLong SM, Braun P, Kirk M, et al. Estimating the burden of acute gastroenteritis, foodborne disease, and pathogens commonly transmitted by food: an international review. *Clin Infect Dis*. 2005;41:698–704.
50. Aguiar Prieto PH, Castro Domínguez A, Pérez E, Coutin Marie G, Triana Rodríguez T, et al. Carga de la shigelosis en tres sitios centinelas de Cuba. 2005 Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/rtv0405.pdf>.
51. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Panorama social de América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL; 2006.
52. Castro G. Los riesgos del trabajo en América Latina. *International Social Security Review* 2005;58(2–3):125–39.
53. Organización Internacional del Trabajo, Departamento de Integración de Políticas, Oficina de Estadísticas. *LABORSTA: estadísticas en línea*. Ginebra: OIT; 2006.
54. Dong C, Platner J. Occupational fatalities of Hispanic construction workers from 1992 to 2000. *Am J Ind Med*. 2003;45(1):45–54.
55. Organización Internacional del Trabajo. *Panorama laboral 2005*. Ginebra: OIT; 2005.
56. World Bank. *Regional activities: Latin America and the Caribbean* [sitio en Internet]. World Bank; 2006.
57. Bullinger HJ. The changing world of work: prospects and challenges for health and safety. *Magazine of the European Agency for Safety and Health at Work*. 2000;(2):8–13.
58. Organización Internacional del Trabajo. *El fin del trabajo infantil: un objetivo al alcance*. Ginebra: OIT; 2006.
59. Organización Internacional del Trabajo. *Tendencias mundiales del empleo 2007*. Ginebra: OIT; 2007.
60. Fundación Iberoamericana de Seguridad y Salud Ocupacional; Banco Interamericano de Desarrollo. *Encuesta de evaluación del Plan Regional de Salud de los Trabajadores*. Bogotá: FISO/BID; 2002.
61. Organización Internacional del Trabajo. *Panorama laboral 2005: América Latina y el Caribe (Avance primer semestre)*. Ginebra: OIT; 2005.
62. Eijkemans G. *WHO occupational health fact sheet*. Geneva: WHO; 2007.
63. Fingerhut M, Nelson DI, Driscoll T, Concha-Barrientos M, Steenland K, Punnett L, et al. The contribution of occupa-



- tional risks to the global burden of disease: summary and next steps. *Med Lav.* 2006;97(2):313–21.
64. Chile, Ministerio de Salud. Equidad en salud ocupacional, la salud de los trabajadores de Chile [presentación en Power-Point del Ministro de Salud]. 2005.
  65. Chile, Dirección de Trabajo, Departamento de Estudios. Encuesta Laboral 2004. Relaciones de trabajo y empleo en Chile. Resultados de la Cuarta Encuesta Laboral. Santiago de Chile; 2005.
  66. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Estadísticas del sistema general de riesgos profesionales; 2005. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/MseContent/images/news/DocNewsNo658301.pdf>.
  67. Argentina, Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Anuario estadístico 2003. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Buenos Aires: SRT; 2004. Disponible en: <http://www.srt.gov.ar/nvaweb/data/data2003.htm>.
  68. Heiremans E. Las mutualidades de empleadores en Chile. En: Federación de Aseguradores Colombianos. Memorias del Primer Encuentro Internacional de Riesgos Profesionales. Bogotá: FASECOLDA; junio de 2001.
  69. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Estadísticas del sistema general de riesgos profesionales; 2005. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/MseContent/images/news/DocNewsNo658301.pdf>.
  70. Wesseling C Aragón A, Morgado H, Elgstrand K, Hogstedt C, Partanen T. Occupational health in Central America. *Int J Occup Environ Health.* 2002;8:125–36.
  71. Declaración de Mar del Plata. Cuarta Cumbre de las Américas, Mar del Plata, Argentina, noviembre de 2005.
  72. Amador-Rodezno R. An overview to CERSSO's self evaluation of the cost-benefit on the investment in occupational safety and health in the textile factories: a step by step methodology. Organización Panamericana de la Salud; Centro Regional de Seguridad y Salud Ocupacional; 2005.
  73. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Cumbre para la Tierra. Río de Janeiro, junio de 1992.
  74. Naciones Unidas. Resolución aprobada por la Asamblea General. 55/2 Declaración del Milenio. Nueva York; 2000. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/ares552.html>.
  75. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Johannesburgo sobre la salud y el desarrollo sostenible. Johannesburgo: OMS; 2002.
  76. Reunión de Ministros de Salud y de Ambiente de las Américas, Mar del Plata, Argentina, 16–17 de junio de 2005.
  77. Organización Panamericana de la Salud. Informe del taller regional sobre amenazas ambientales a la salud infantil en las Américas. Lima: CEPIS; 2003.
  78. Organización Panamericana de la Salud. Ambientes sanos: niños sanos. Caja de herramientas para el aula. Washington, DC: OPS; 2004.
  79. Comisión para la Cooperación Ambiental. Salud infantil y medio ambiente en América del Norte. Un primer informe de indicadores y mediciones disponibles. Montreal: CCA; 2006.
  80. Ruiz A, Henao S, Galvão L. Indicadores de salud ambiental: una herramienta para lograr la salud de los niños. Washington, DC: OPS; 2004.
  81. Ruiz A. Taller sobre indicadores de salud ambiental para los niños de América Latina y el Caribe. Informe final. San José: OPS; 2004.
  82. Partanen T, Wesselin C. Efectos sobre la salud humana de los contaminantes orgánicos persistentes: aldrín, dieldrín, endrín, clordano, DDT, toxafeno, mirex, heptacloro, hexaclorobenceno, los bifenilos policlorados, Dioxins-Para-Dibenzo policlorados y dibenzofuranos policlorados. Un examen. Costa Rica; 2004.
  83. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de los efectos de la contaminación del aire en la salud de América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS/OMS; 2005.
  84. Delgado HL, Palma P, Palmieri, M. La iniciativa de seguridad alimentaria nutricional en Centroamérica. Guatemala: INCAP/OPS; 1999.
  85. Bermúdez O, Tucker L. Trends in dietary patterns of Latin American populations. *Cad Saúde Pública.* 2003;(19) Sup. 1:S87–S99.
  86. Organización Mundial de la Salud. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de informes técnicos 854. Ginebra: OMS; 1995.
  87. Popkin BM. An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting. *Public Health Nutrition.* 2002;5(1A):93–103.
  88. World Bank. Repositioning nutrition as central to development, a strategy for large-scale action. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank; 2006.
  89. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL; 2005.
  90. Roses M. Integración entre salud y agricultura para el bienestar y la calidad de vida. Disponible en: <http://mirtaroses.paho.org/index.php?language=es-es> en 13/0906.
  91. Gibbs EPJ. Emerging zoonotic epidemics in the interconnected global community. *Veterinary Record.* 2005;157: 673–79.
  92. Organización Panamericana de la Salud. 13a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA 13). Informe final y documentos seleccionados. Washington, DC: OPS; 2003.
  93. Organización Panamericana de la Salud. Informe de situación de los países presentado por el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa a la COSALFA XXVIII. OPS; 2002.
  94. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Comisión Sudamericana para la

- Lucha contra la Fiebre Aftosa (COSALFA) XXIX. Informe final. Rio de Janeiro: PANAFTOSA; 2003.
95. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Comisión Sudamericana para la Lucha contra la Fiebre Aftosa (COSALFA) XXX. Informe final. Rio de Janeiro: PANAFTOSA; 2004.
  96. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Plan de acción Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA), 2005–2009. Washington, DC: OPS; 2004.
  97. Organización Panamericana de la Salud. Informe de Situación de los Países a la COSALFA XXXIII. Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. OPS; 2006.
  98. Organización Mundial de Sanidad Animal. Distribución geográfica de los países que declararon casos confirmados de EEB desde 1989. París: OIE; 2006. Disponible en: [http://www.oie.int/esp/info/es\\_esb.htm](http://www.oie.int/esp/info/es_esb.htm).
  99. Organización Mundial de la Salud. Variante de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. OMS; 2006. Disponible en: <http://www.who.int/zoonoses/diseases/variantcjd/en/>.
  100. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Listado de verificación de los sistemas de prevención y vigilancia de las encefalopatías espongiiformes bovinas. PANAFTOSA/OPS; 2003. Disponible en: [http://www.panaftosa.org.br/inst/DOWNLOAD/evaluacion\\_EEB.pdf](http://www.panaftosa.org.br/inst/DOWNLOAD/evaluacion_EEB.pdf).
  101. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Los recursos de diagnóstico para EEB identificados por PANAFTOSA. OPS; 2006. Disponible en: <http://www.panaftosa.org.br>.
  102. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Situación actual y perspectivas de acción en relación a influenza aviar (IA) en América. Documento de trabajo. Conferencia Hemisférica de Vigilancia y Prevención de la Influenza Aviar. Brasilia: OPS; 2005.
  103. Webster R. Influenza: an emerging disease. *Emerg Infect Dis.* 1998;4(3):437–41.
  104. Horimoto T, Kawaoka Y. Pandemic threat posed by avian influenza A viruses. *Clin Microbiol Rev.* 2001 Jan;129–49.
  105. Swayne DE, Suárez DL. Highly pathogenic avian influenza. *Rev Sci Tech. Off Int Epiz.* 2000;19(2):463–82.
  106. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Estadísticas agropecuarias. Roma: FAO; 2006. Disponible en: <http://faostat.fao.org/site/568/default.aspx>.
  107. World Health Organization. Cumulative number of confirmed human cases of avian influenza A/(H5N1) reported to WHO. septiembre de 2006. Disponible en: [http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/country/cases\\_table\\_2006\\_09\\_30/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2006_09_30/en/index.html) Rev.
  108. World Health Organization. Avian influenza: assessing the pandemic threat. Geneva: WHO; enero de 2005. Disponible en: <http://www.who.int/entity/csr/disease/influenza/H5N1-9reduit.pdf>.
  109. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la 14ª Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMS 14). Washington, DC: OPS; 2005.
  110. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS; 2002.
  111. Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas de salud de las Américas. Washington, DC: OPS; 2006.
  112. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet.* 2006 Aug 19;368(9536):647–58.
  113. Danaei G, Vander Hoorn S, López AD, Murray CJ, Ezzati M. Comparative risk assessment collaborating group (cancers). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet.* 2005 Nov 19;366(9499):1784–93.
  114. Estados Unidos, California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke: final report. Sacramento: OEHHA; 2005. Disponible en: [http://www.oehha.ca.gov/air/environmental\\_tobacco/2005etsfinal.html](http://www.oehha.ca.gov/air/environmental_tobacco/2005etsfinal.html). Acceso el 31 de octubre de 2006.
  115. Estados Unidos, Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta: CDC; 2006.
  116. Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; Organización Mundial de la Salud. Encuesta Global de Tabaquismo en los Jóvenes (GYTS). Disponible en: [http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS/spanish/GYTS\\_intro\\_es.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS/spanish/GYTS_intro_es.htm). Acceso el 1 de octubre de 2006.
  117. Navas-Acien A, Peruga A, Breyse B, Zavaleta A, Blanco-Marquizo A, Pitarque R, et al. Secondhand tobacco smoke in public places in Latin America, 2002–2003. *JAMA.* 2004; June 9;291(22):2741–45.
  118. Barnum H. The economic burden of the global trade in tobacco. *Tob Control.* 1994;3:358–61.
  119. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs, United States, 1995–1999. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2002 Apr 12;51(14):300–03.
  120. Behan D, Eriksen M, Lin Y. Economic effects of environmental tobacco smoke [informe en Internet]. Schaumburg: Society of Actuaries; 2005. Disponible en: [http://www.soa.org/ccm/cms-service/stream/asset/?asset\\_id=13389116&g11n](http://www.soa.org/ccm/cms-service/stream/asset/?asset_id=13389116&g11n).
  121. Adams EK, Melvon C, Merritt R, Worrall B. The costs of environmental tobacco smoke (ETS): an international review. Geneva: WHO; 1999.

122. González-Rozada M. Economía del control del tabaco en los países del Mercosur y estados asociados: Argentina: 1996–2004. Washington, DC: OPS; 2006.
123. Alcaraz VO. Economía del control del tabaco en los países del Mercosur y Estados Asociados: Bolivia. Washington, DC: OPS; 2006.
124. Iglesias R. Economía del control del tabaco en los países del Mercosur y Estados Asociados: Brasil. Washington, DC: OPS; 2006.
125. Debrott Sánchez D. Economía del control del tabaco en los países del Mercosur y Estados Asociados: Chile. Washington, DC: OPS; 2006.
126. Ramos A. Economía del control del tabaco en los países del Mercosur y Estados Asociados: Uruguay. Washington, DC: OPS; 2006.
127. Organización Panamericana de la Salud. La rentabilidad a costa de la gente. Actividades de la industria tabacalera para comercializar cigarrillos en América Latina y el Caribe y minar la salud pública. Washington, DC: OPS; 2002.
128. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: OMS; 2003.
129. World Health Organization. Policy recommendations on protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Geneva: WHO; 2007.
130. Canadá, Physicians for a Smoke-free Canada. Fact-sheet. Background on protection from second-hand smoke in Canada [sitio en Internet]. Ottawa: Physicians for a Smoke-free Canada; 2006. Disponible en: <http://www.smoke-free.ca/factsheets/pdf/Q&A-smokefreecommunities.pdf>.
131. Estados Unidos, American Nonsmokers' Rights Foundation. Smokefree air on the increase—More than 50% of U.S. population to be protected by smokefree air laws [comunicado de prensa en Internet]. Berkeley: Americans for Nonsmokers' Rights; 2006. Disponible en: <http://www.no-smoke.org/pdf/smokefreeairincrease.pdf>.
132. Organización Panamericana de Salud. Exposición al humo de tabaco ajeno en las Américas: Una perspectiva de derechos humanos. Washington, DC: OPS; 2006.
133. Banco Mundial; Organización Mundial de la Salud. La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington, DC: Banco Mundial; 1999.
134. Blecher EH, van Walbeek CP. An international analysis of cigarette affordability. *Tob Control*. 2004; 13:339–46.
135. Brasil, Instituto Datafolha. Encuesta de opinión pública realizada entre marzo y diciembre de 2002 [datos proporcionados por el Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud, Brasil].
136. Hammond D, Fong GT, McDonald PW, Cameron R, Brown KS. Impact of the graphic Canadian warning labels on adult smoking behaviour. *Tob Control*. 2003;12: 391–95.
137. Hammond R. Tobacco advertising and promotion: The need for a coordinated global response. Background paper for the WHO international conference on global tobacco control law: towards a WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO; 2000.
138. Saffer H. Tobacco advertising and promotion. En: Jha P, Chaloupka F, eds. Tobacco control in developing countries. Washington, DC: World Bank; WHO; 2000.
139. Dalton M, Sargent J, Beach M, Titus-Ernstoff L, Gibson J, Ahrens M, et al. Effect of viewing smoking in movies on adolescent smoking initiation: a cohort study. *Lancet*. 2003; 362(9380):281–5.
140. Estados Unidos, Smoke Free Movies. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.smokefreemovies.ucsf.edu/index.html>. Acceso en diciembre de 2006.
141. México, British American Tobacco. Acomodando a ambos, “fumadores” y “no fumadores” [sitio en Internet]. Monterrey: British American Tobacco México; 2006. Disponible en: [http://www.batmexico.com.mx/oneweb/sites/BAT\\_5NNARK.nsf/vwPagesWebLive/DO5PKSKK?opendocument&SID=&DTC=&TMP=1](http://www.batmexico.com.mx/oneweb/sites/BAT_5NNARK.nsf/vwPagesWebLive/DO5PKSKK?opendocument&SID=&DTC=&TMP=1). Acceso en diciembre de 2006.
142. British American Tobacco. Social Report 2005 [sitio en Internet]. British American Tobacco; 2005. Disponible en: [http://www.bat.com/OneWeb/sites/uk\\_\\_3mnfen.nsf/vwPagesWebLive/C1256E3C003D3339C12571690056085D?opendocument&DTC=&SID](http://www.bat.com/OneWeb/sites/uk__3mnfen.nsf/vwPagesWebLive/C1256E3C003D3339C12571690056085D?opendocument&DTC=&SID). Acceso en diciembre de 2006.
143. Nobleza Piccardo. Leyendas de advertencia [sitio en Internet]. San Martín (Argentina): Nobleza Piccardo. Disponible en: [http://www.noblezopiccardo.com/OneWeb/sites/NOB\\_58LXXM.nsf/vwPagesWebLive/DO6HGQHP?opendocument&SID=&DTC=&TMP=1](http://www.noblezopiccardo.com/OneWeb/sites/NOB_58LXXM.nsf/vwPagesWebLive/DO6HGQHP?opendocument&SID=&DTC=&TMP=1). Acceso en diciembre de 2006.
144. Estados Unidos, Department of Justice. National Campaign for Tobacco-Free Kids. Special report: Justice Department Civil Lawsuit. Disponible en: <http://www.tobaccofreekids.org/reports/doj/>. Acceso el 6 de diciembre de 2006.
145. British American Tobacco. Annual Review and Summary Financial Statement 2005. Disponible en: [http://www.bat.com/OneWeb/sites/uk\\_\\_3mnfen.nsf/vwPagesWebLive/DO52AK34?opendocument&SID=&DTC=&TMP=1](http://www.bat.com/OneWeb/sites/uk__3mnfen.nsf/vwPagesWebLive/DO52AK34?opendocument&SID=&DTC=&TMP=1). Acceso el 6 de diciembre de 2006.
146. Wiehe SE, Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, Rivara FP. A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. *J Adol Health*. 2005;36: 162–69.
147. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS; 2002.
148. Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;18(4/5):241–48.
149. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, et al. Alcohol use. En: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, eds. Comparative quantification of health

- risks: global and regional burden of disease due to selected risk factors (Vol. 1). Geneva: WHO; 2004. Pág. 959–1108.
150. Harwood, H. Updating estimates of the economic costs of alcohol abuse in the United States: estimates, update methods, and data report. Preparado por el grupo Lewin para el Instituto Nacional de Abuso de Drogas y Alcoholismo, 2000.
  151. Single E, Robson L, Xie X, Rehm J. The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada. *Addiction*. 1992; 93(7):99–100.
  152. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva: WHO; 2004.
  153. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Tempos C. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*. 2003;98:1209–15.
  154. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 18(4/5):229–240.
  155. World Health Organization. Global Status Report: Alcohol and Young People. Geneva: WHO; 2001.
  156. Mandelbaum D. Alcohol and culture. En: Marshall M (ed.). *Beliefs, behaviors and alcoholic beverages*. Ann Arbor: University of Michigan Press; 1979. Pág. 14–30.
  157. Pan L. Alcohol in colonial Africa. Helsinki: Finish Foundation for Alcohol Studies Vol. 22; 1975.
  158. Seale P, Shellenberger S, Rodríguez C, Seale JD, Alvarado M. Alcohol use and cultural change in an indigenous population: a case study from Venezuela. *Alcohol and Alcoholism*. 2002;37(6):603–8.
  159. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y salud de los pueblos indígenas El Alto, Capital Aymara. Washington DC: OPS; 2006.
  160. Room R, Jernigan D, Carlini-Marlatt B, Gureje O, Makela K, Marshall M, et al. Alcohol in developing societies: a public health approach. Vol. 46. Finnish Foundation for Alcohol Studies/WHO; 2002.
  161. Babor T, Caetano P, Casswell S, Edwards G, et al. Alcohol: no ordinary commodity. Research and Public Policy. Oxford: Oxford University Press; 2003.
  162. Duailibi S, Ponicki W, Grube J, Pinsky I, Laranjeira R, Raw M. Does restricting opening hours reduce alcohol related violence? *Am J Public Health*. 2006. (En prensa).
  163. Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost effectiveness analysis. *J Stud Alcohol*. 2004;65: 782–93.
  164. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC: OPS; 2003. (Publicación científica y técnica 588).
  165. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos. Washington DC: OPS; 1996–2005.
  166. Ellsberg M, Peña R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. *Soc Sci Med*. 2000;51(11):1595–1610.
  167. Equipo de Reflexión Investigación y Comunicación; Instituto de Encuestas y Sondeos de Opinión; Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales; Instituto Universitario de Opinión Pública. *Maras y pandillas en Centroamérica. Pandillas y capital social*. Vol. II. San Salvador: UCA Editores; 2004.
  168. Santacruz M, Concha-Eastman A, Cruz JM. Barrio adentro. La solidaridad violenta de las pandillas. San Salvador: OPS/OMS; Universidad Centro America J.S. Cañas; Instituto Universitario de Opinión Pública; 2001.
  169. Peres MFT. Violencia por armas do fogo no Brasil: relatório nacional. São Paulo: Universidade de São Paulo, Núcleo de Estudos da Violência; 2004.
  170. Colombia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Forensis, Datos para la vida*. Bogotá; 2001–2005. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/>.
  171. Londoño, JL, Gaviria A, Guerrero R (eds.). *Asalto al desarrollo. Violencia en América Latina*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, Red de Centros de Investigación; 2000.
  172. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Cuánto le cuesta la violencia a El Salvador*. San Salvador: PNUD; 2005.
  173. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión (CIE-10)*. Vol. I. Washington DC: OPS; reimpresión actualizada 2003.
  174. Garfield R, Llantén Morales CP. The public health context of violence in Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2004; 16(4):266–71.
  175. Concha-Eastman A. Ten years of a successful violence reduction program in Bogota, Colombia. In: McVeigh C, Hughes K, Lushey C, Bellis MA (eds.). *Preventing violence: from global perspective to national action*. Liverpool: Center for Public Health, John Moores University; 2005. Pág. 13–18.
  176. Guerrero R, Concha-Eastman A. An epidemiological approach for the prevention of urban violence: the case of Cali, Colombia. *Journal of Health and Population in Developing Countries*. 2001;4(1). Disponible en: [www.jhpd.unc.edu](http://www.jhpd.unc.edu).
  177. Colombia, Sistema Unificado de Información sobre Violencia y Delincuencia de Bogotá. Disponible en: <http://www.suivd.gov.co>.
  178. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. Homicide trends and characteristics, Brazil, 1980–2002. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2004 Mar 5;53(8):169–71.
  179. Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention. Homicides among children and young adults, Puerto Rico, 1999–2003. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2006 Apr 7;55(13):361–64.
  180. Guatemala, Instituto Nacional de Estadísticas. 2000–2005.

181. El Salvador, Mesa Técnica, Policía Nacional, Fiscalía General de la República, Instituto de Medicina Forense. [Datos de 2005]. Fiscalía General de la República. [Datos de 1999–2004].
182. Costa Rica, Instituto Nacional de Estadística y Censos. 1996–2005. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/>.
183. Belice, Ministry of Health. Homicide rates. 2001–2005.
184. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Panamá. Informe de la jornada de trabajo sobre indicadores de seguridad humana. agosto de 2006.
185. Ward E. Application of an injury surveillance system for targeting interventions or violence prevention. En: McVeigh C, Hughes K, Lushey C, Bellis MA (eds.). Preventing violence: from global perspective to national action. Liverpool: Center for Public Health, John Moores University; 2005. Pág. 53–58.
186. Lemard G, Hemenway D. Violence in Jamaica: an analysis of homicides 1998–2002. *Inj Prev*. 2006 Feb;12(1):15–18.
187. Briceño-León R. Violencia interpersonal y percepción ciudadana de la situación de seguridad en Venezuela. Inédito; 2006.
188. Cruz JM (ed.). Maras y pandillas en Centroamérica. Vol. IV. Las respuestas de la sociedad civil organizada. San Salvador, El Salvador: UCA Editores; 2006.
189. Honduras, Asociación Cristiana de Jóvenes; Save the Children. Las maras en Honduras. Investigación sobre pandillas y violencia juvenil, consulta nacional. Plan Nacional de Atención. Ley especial. Tegucigalpa: Frinsa Impresos; 2002.
190. Castro M, Carranza M. Las maras en Honduras. En: Maras y pandillas en Centroamérica. Vol. I. Managua: UCA Publicaciones; 2001.
191. Smutt M, Miranda JL. El fenómeno de la violencia en El Salvador. San Salvador: PNUD; 1998.
192. Cruz JM, Portillo PN. Solidaridad y violencia en las pandillas del gran San Salvador. Más allá de la vida loca. San Salvador: UCA Editores; 1998.
193. Estados Unidos, Agency for International Development, Bureau for Latin American and Caribbean Affairs, Office of Regional Sustainable Development. Central America and Mexico Gang Assessment. April 2006.
194. Organización Panamericana de la Salud. Fomento del Desarrollo Juvenil y Prevención de la Violencia. OPS/GTZ; 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/CDMEDIA/FCHGTZ/principal.htm>.
195. Organización Panamericana de la Salud. Salud y desplazamiento. ¿Quiénes son los desplazados por la violencia? Bogotá: OPS.
196. Colombia, Sistema Único de Registro. Registro único de población desplazada. 2005. Disponible en: [http://www.accionsocial.gov.co/SUR/Registro\\_SUR\\_Acumulado.xls](http://www.accionsocial.gov.co/SUR/Registro_SUR_Acumulado.xls).
197. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/>. Acceso el 27 de febrero de 2007.
198. World Health Organization. Injury Surveillance Guidelines. Geneva: WHO; 2001. Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/en/).
199. Organización Mundial de la Salud. La Clasificación Internacional de las Lesiones por Causa Externa. Disponible en: <http://www.iceci.org>.
200. Colombia, Universidad del Valle, Instituto de Promoción de Coexistencia y Prevención de Violencia. Disponible en: <http://www.cisalva.univalle.edu.co/>.
201. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito. Washington DC: OPS; 2004. (Publicación científica y técnica 599).
202. Acero-Velásquez H, Concha-Eastman A. Road safety: a public policy problem in the Americas. Washington, DC: PAHO; 2004.
203. World Health Organization. Injury severe enough to need medical attention [cuadro]. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/gbdwhoregionincidence2002.xls>.
204. Hijar M, Vásquez-Vela E, Arreola-Risa C. Pedestrian traffic injuries in Mexico: a country update. *Injury Control and Safety Promotion*. 2003;10:37–43.
205. Argentina, Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas e Información de Salud. 2002.
206. García González M. Muertes en accidentes de tránsito. Forensis 2002: datos para la vida. Bogotá: Centro de Referencia Nacional sobre Violencia; 2003.
207. Venezuela, Comisión Interministerial para la Atención, Prevención y Educación Vial. Coordinación programa prevención de accidentes y otros hechos violentos. (Presentado al Seminario Internacional sobre Seguridad Vial, Organización Panamericana de la Salud, Brasilia, 28–30 de junio de 2004.)
208. Cuba, Ministerio de Transporte, Comisión Nacional de Vialidad y Tránsito; Ministerio de Salud Pública; Policía Nacional Revolucionaria; Instituto Medicina Legal. Perfil nacional sobre seguridad vial, 2004. (Presentado al Seminario Internacional sobre Seguridad Vial, Organización Panamericana de la Salud, Brasilia, 28–30 de junio de 2004.)
209. Trinidad y Tabago, Ministry of Planning and Development, Central Statistical Office. Disponible en: <http://www.cso.gov.tt/statistics/psvs/default.asp>. Acceso el 11 de junio de 2004.
210. Costa Rica, Ministerio de Salud. Perfil nacional sobre seguridad vial, 2004. (Presentado al Seminario Internacional sobre Seguridad Vial, Organización Panamericana de la Salud, Brasilia, 28–30 de junio de 2004.)
211. Organización Mundial de la Salud. Proyecto carga global de enfermedad. Versión 1. Ginebra: OMS; 2002.
212. Vasconcelos EA. Strategies to improve traffic safety in Latin America. Documento presentado al taller del Banco Mundial sobre Revisión de la Estrategias para Transporte Urbano. Santiago, Chile, 6–9 de noviembre de 2000.

213. México, Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes. Modelo de Atención Prehospitalaria. (Presentado al Seminario Internacional sobre Seguridad Vial, Organización Panamericana de la Salud, Brasilia, 28–30 de junio de 2004.)
214. Perú, Policía Nacional; Ministerio del Interior; Instituto de Medicina Legal; Ministerio de Salud. Perfil nacional sobre seguridad vial, 2004. (Presentado al Seminario Internacional sobre Seguridad Vial, Organización Panamericana de la Salud, Brasilia, 28–30 de junio de 2004.)
215. Organización Panamericana de la Salud. 47º Consejo Directivo. Promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Ottawa y la Carta de Bangkok. Washington, DC: OPS; 2006.
216. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá, 17–21 de noviembre de 1986.
217. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de Adelaida sobre las políticas públicas favorables a la salud. Segunda Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Adelaide, Australia, 5–9 de abril de 1988.
218. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Ministerio de Salud de Colombia. Promoción de la salud y equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Bogotá: OPS/OMS; 1992.
219. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington DC: OPS; 1996. (Publicación científica 557).
220. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Quinta Conferencia Mundial de la Promoción de la Salud, Ciudad de México, 5 de junio de 2000.
221. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall sobre los entornos propicios para la salud. Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Sundsvall, Suecia, 9–15 de junio de 1991.
222. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Guía de evaluación participativa para municipios y comunidades saludables, OPS/OMS; 2003. Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdemu/fulltext/guiaeval/guiaeval.html>.
223. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Escuelas promotoras de la salud. Estrategias y líneas de acción 2003–2012. Serie Promoción de la Salud N° 4. Washington, DC: OPS/OMS; 2003.
224. Chile, Ministerio de Salud. Presentación de la experiencia de Chile. Santiago de Chile; enero de 2006.
225. Estados Unidos, Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. Washington, DC: HHS; 2000. Disponible en: <http://www.health.gov/healthypeople>.
226. Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI. Adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Yakarta, República de Indonesia, 21–25 de julio de 1997.
227. Cerqueira MT, Conti C, De La Torre A. La promoción de la salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas. En: FAO. Food, Nutrition and Agriculture. 2003;33:36–44.
228. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL; 2005.
229. Argentina, Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludable. 2006. Disponible en: <http://municipios.msal.gov.ar/>.
230. Akerman M, Mendes R (orgs.). Avaliação participativa de municípios, comunidades e ambientes saudáveis: a trajetória brasileira—memória, reflexões e experiências. São Paulo: CESCO; CEPEDOC; Mídia alternativa; 2006.
231. Canadá, Ontario Healthy Communities Coalition. 2006. Disponible en: <http://www.healthycommunities.on.ca/>.
232. Canadá, Réseau québécois de villes et villages en santé. 2006. Disponible en: <http://www.rqvvs.qc.ca/anglais/reseau/intro.htm>.
233. Estados Unidos, Center for Civic Partnerships. 2006. Disponible en: <http://www.civicpartnerships.org>.
234. Estados Unidos, Indiana University, WHO Collaborating Center for Healthy Cities. 2006. Disponible en: <http://www.iupui.edu/~citynet/citynet.htm>.
235. Perú, Red de Municipios y Ciudades Saludables. 2006. Disponible en: [www.miraflores.gob.pe/redmunicipiosaludables](http://www.miraflores.gob.pe/redmunicipiosaludables).
236. Organización Panamericana de la Salud. Vivienda saludable: reto del milenio en los asentamientos precarios de América Latina y el Caribe. Guía para las autoridades nacionales y locales; 2005.
237. Zuluaga, J. Neurodesarrollo y estimulación. Bogotá: Editorial Médica Panamericana SA; 2001.
238. Ippolito-Shepherd J, Cerqueira MT, Ortega D. Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud en las Américas. IUHPE Promotion and Education 2005;XII(3–4):220–29.
239. Ippolito-Shepherd J. Las escuelas promotoras de la salud en América Latina. Resultados de la Primera Encuesta Regional. Serie Promoción de la Salud N° 3. Washington, DC: OPS; 2005.
240. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Memoria de la Cuarta Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud y Asamblea Constitutiva de la Red Puertorriqueña de Escuelas Promotoras de la Salud, San Juan, Puerto Rico, 11–16 de julio de 2004. Serie Promoción de la Salud N° 11. Washington, DC: OPS/OMS; 2006.

# Capítulo 4

## LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

La salud es una condición indispensable para el logro de los objetivos planteados en las políticas sociales diseñadas para alcanzar las metas nacionales de crecimiento económico y bienestar, incluidos el desarrollo social y de la salud. Según se pondrá de manifiesto en este capítulo, y como aspecto central en la concreción de tales objetivos, el abordaje de las políticas de salud que determinan las características del funcionamiento del sistema sanitario sigue siendo problemático, porque las necesidades sociales son multidimensionales, los efectos adversos tienden a ser acumulativos, los recursos son limitados y las soluciones a menudo se hallan fuera del marco del sector salud. En consecuencia, llevar a cabo transformaciones que refuercen la importancia del sistema de salud como institución social central, capaz de crear oportunidades diferenciales en el diseño y la prestación de bienes y servicios, requiere un abordaje sistémico de las políticas públicas y de su formulación. La política pública puede entenderse como un conjunto de decisiones bien fundamentadas generadas por cualquiera de las ramas y en todos los niveles del gobierno, y enmarcadas en un conjunto de normativas. Las políticas públicas comunican objetivos, medios, estrategias y reglas para la toma de decisiones, utilizados en la administración pública y la legislación. Las leyes, normas, reglamentaciones, interpretaciones y decisiones operativas y judiciales, los estatutos, los tratados y las órdenes ejecutivas son un ejemplo de la expresión real de las políticas.

Pese a la falta de definiciones universalmente acordadas, las políticas públicas reflejan la respuesta del gobierno a las condiciones o circunstancias que generan o generarán necesidades a una cantidad considerable de personas. En teoría, estas respuestas coinciden con el interés público. Más aún, los gobiernos utilizan políticas públicas por razones políticas, morales, éticas o económicas, o cuando el mercado no resulta eficiente. No responder también es una opción, por lo que la política pública se convierte en “lo que el

gobierno hace y lo que el gobierno decide ignorar" (1). Por el contrario, la determinación de políticas públicas es una función primordial del gobierno y un proceso político esencial. Como tal, implica relaciones de poder, influencia, cooperación y conflicto en donde los valores, los intereses y las motivaciones determinan el diseño final y su implementación. De hecho, las políticas determinan, en realidad, quién obtiene qué, cuándo y cómo en la sociedad (2).

Las políticas de salud son importantes porque afectan directa o indirectamente todos los aspectos de la vida cotidiana, las acciones, los comportamientos y las decisiones. Pueden prohibir conductas que se perciben como riesgosas, alentar las que se consideran beneficiosas, proteger los derechos y el bienestar de algunas poblaciones, impulsar ciertas actividades o proporcionar beneficios directos a los ciudadanos necesitados. Las políticas reguladoras pueden definir acreditaciones profesionales, establecer controles de precios para los bienes y servicios, determinar criterios de calidad, seguridad y eficacia para los servicios de la salud, y abordar cuestiones de regulación social, tales como las relacionadas con la seguridad social y ocupacional, la inmunización, los alimentos y medicamentos, y la contaminación ambiental.

Al examinar el contenido de este capítulo, el lector descubrirá que la gran variedad de experiencias regionales, nacionales y locales que se presentan reflejan tanto la diversidad regional como algunas tendencias, logros y desafíos comunes. Por ejemplo, las presiones en procura de mejoras más sustanciales generaron tendencias en el sistema de salud que incluyen: la redefinición del papel del Estado, que dejó de ser proveedor único en materia de atención de salud para asumir las funciones de regulación y coordinación; la expansión asimétrica del seguro privado de salud; la privatización de las instituciones de seguridad social (que afectó a las pensiones así como a otras formas de protección social) y de los servicios médicos, y la expansión de las asociaciones entre instituciones públicas y privadas. Sin embargo, simultáneamente a la penetración generalizada en el mercado, la sociedad civil aumentó su participación en el desarrollo de políticas en toda la Región por medio de sociedades, asociaciones, grupos organizados o representantes para promover temas de interés.

Uno de los legados más importantes que nos dejaron las reformas en salud, y en particular de los procesos de descentralización y devolución, es que las transformaciones no siempre lograron mejorar el acceso, la equidad, la calidad de los servicios, o la rendición de cuentas, o inclusive aumentar la participación local. En algunos casos, el logro incompleto de estos objetivos estuvo asociado con peculiaridades de las condiciones locales a las que no se prestó la debida atención. En el contexto de la "modernidad globalizada", este es un factor de importancia creciente debido a la naturaleza de las dialécticas globales y locales, en las que los límites de la "comunidad" son cada vez más difusos y, al mismo tiempo, más heterogéneos (3). Las experiencias actuales muestran cada vez más que las intervenciones que alcanzan buenos resultados son las que valoran el



conocimiento y la capacidad locales y funcionan mejor cuando se adaptan a condiciones y poblaciones heterogéneas, y que los países han intensificado el intercambio, la adaptación y la adopción de las lecciones exitosas.

Las innovaciones en políticas de salud y en la atención de la salud es una proeza difícil, especialmente porque, en una era de cambio global, las transformaciones sistémicas desafían los valores y las prácticas predominantes, requieren asumir compromisos significativos respecto de los recursos, y a menudo suponen riesgos políticos. Un punto importante es que, pese a las crecientes demandas que generan las tendencias demográficas y epidemiológicas, la competencia entre las necesidades y la limitación de los recursos, los gobiernos de las Américas, solos o asociados con finalidades específicas, mantienen el compromiso de alcanzar sistemas de alto rendimiento que puedan garantizar el acceso equitativo a los servicios, ampliar la cobertura y fortalecer las redes de protección social. Sin embargo, aun cuando el marco legal y normativo del sistema de salud, incluidos los aspectos relacionados con la administración, la regulación, el financiamiento, el seguro, la calidad y la armonización han mejorado, los persistentes problemas relacionados con la producción, la adquisición y la regulación de productos farmacéuticos, vacunas y tecnologías médicas todavía no han podido ser solucionados.

La renovación de la atención primaria de salud representa una contribución sustancial a esos objetivos; el proceso renueva compromisos de larga data y constituye un paso hacia el futuro para mejorar la salud de la población. Los sistemas de salud basados en la atención primaria contribuirán a galvanizar las acciones en curso tendientes a brindar una atención integral centrada en la promoción, la prevención y la rehabilitación, juntamente con los pacientes, sus familias y las comunidades donde viven. Sin duda, el componente crítico que significan los recursos humanos para la salud ocupa un lugar destacado en la agenda regional, y parece casi irrefutable afirmar que, a menos que esos recursos sean competentes, estén distribuidos con equidad y sean debidamente remunerados, los objetivos de los sistemas de salud resultarán inalcanzables.

En este capítulo se reconoce el importante papel que desempeñan las políticas de salud y los sistemas y servicios de salud en responder a las necesidades, mitigar los riesgos y proteger a las poblaciones contra daños, enfermedades y discapacidades, y al mismo tiempo su potencial para, por el contrario, aumentar las disparidades y la exclusión. Si bien se justifica un análisis más detallado, algunos de los factores que podrían posibilitar uno u otro desempeño, parecen incluir: condiciones estructurales iniciales posiblemente defectuosas, débil gobernabilidad, o incluso el período de maduración de algunos beneficios. En otras instancias, o en forma concomitante, la capacidad limitada para formular políticas por parte de sectores públicos frecuentemente desvalorizados, incluido el de la salud, obstaculizó la posibilidad de utilizar el conocimiento disponible, de elaborar argumentos exitosos y de diseñar e implementar políticas. La ejecución tardía y los desajustes organizativos y administrativos pueden haber puesto en riesgo los objetivos deseados de calidad y

seguridad de los servicios de salud, incluida la eficacia de los medicamentos, las tecnologías médicas y los servicios clínicos, que dependen de la calidad de la atención que se provee.

Condiciones difíciles de manejar pueden frustrar las mejores intenciones. Por ejemplo, sociedades permeables y plurales, situaciones de incertidumbre, panoramas institucionales turbulentos y una base organizativa heterogénea, aumentan la dificultad de alcanzar soluciones en el campo de la salud. Por cierto, no existen recetas universales para las políticas, y en realidad tampoco una buena decisión garantiza un buen resultado. Más aún, la calidad de las políticas de salud y la viabilidad de cambios en el sistema de salud orientados hacia una mayor equidad están limitadas por la historia, la cultura, la política, la economía y los fundamentos sociales de los contextos en los que se aplican. Casi todos los aspectos de la política económica y social influyen sobre las condiciones de salud, y por ende sobre las disparidades en salud. Una mayor armonización entre las políticas de salud y de desarrollo social orientadas hacia una mayor equidad, y que también consideren los temas de efectividad y responsabilidad, es alentadora. Sin embargo, en la mayoría de los países la coherencia entre la política social y la económica, y la subordinación de las políticas sociales y de salud a decisiones en otras esferas políticas, son asuntos que aún quedan por resolver. Por último, si consideramos la complejidad de los temas tratados y su interdependencia, parecería que salvaguardar el principio del acceso universal y alcanzar beneficios significativos en salud requerirá no solo la modificación de la perspectiva actual de las políticas sanitarias y de los sistemas y servicios de salud, sino también enfrentar el desafío de nuevas formas de gobernanza en el Estado y la sociedad, temas que trascienden al sector de salud.

## ORGANIZACIÓN, COBERTURA Y DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

### Valores, principios y propósitos de los sistemas de salud

Se entiende por sistema de salud el conjunto de entidades encargadas de las intervenciones en la sociedad que tienen como propósito principal la salud (4). Estas intervenciones o acciones de salud abarcan la atención a las personas y al entorno, realizada con la finalidad de promover, proteger o recuperar la salud, o de reducir o compensar la incapacidad irrecuperable, independientemente de la naturaleza pública, estatal, no estatal o privada de los agentes sanitarios (5). Los sistemas de salud son el reflejo de importantes valores sociales que también se expresan en los marcos jurídicos e institucionales en los que se encuadra la formulación de las políticas de salud.

Se indican a continuación algunos de los valores, principios y propósitos que la mayoría de los países de la Región expresa para sus sistemas de salud en sus constituciones o leyes:

- *Valores*: derecho a la salud, universalidad, solidaridad, equidad, dignidad, desarrollo sostenible, gobernabilidad democrática.
- *Principios*: eficiencia, eficacia, calidad, participación/control social, integralidad de la atención, interculturalidad, descentralización, transparencia.
- *Propósitos*: proteger la salud de las personas y mejorar la calidad de vida, reducir las desigualdades e inequidades, orientar los servicios a las necesidades de la población, brindar protección financiera frente a los riesgos y consecuencias de enfermar, y satisfacer las expectativas de la población respetando su dignidad y autonomía y garantizando su derecho a la confidencialidad.

Los países optan por determinados arreglos organizativos para sus sistemas de salud a fin de satisfacer valores y principios establecidos, cumplir con sus propósitos y alcanzar los objetivos sanitarios planteados, los que a su vez generan distintas modalidades de conducir el sistema y regular su funcionamiento, financiar y asignar los recursos, y proveer los servicios de salud. La definición del sistema de salud, de sus diversos subsistemas, las organizaciones que lo constituyen y las relaciones existentes entre ellos se menciona en las constituciones, leyes generales de salud o códigos sanitarios de todos los países de la Región. Estos marcos normativos establecen las relaciones entre el subsistema público y los diversos subsistemas, incluidos el privado y los de seguridad social, educación y formación de recursos humanos para la salud. Casi todas las constituciones de los países de la Región reconocen la salud como un derecho humano; sin embargo, la historia muestra que los gobiernos y las sociedades han logrado mejores resultados a la hora de formular la legislación sanitaria que de introducir los cambios necesarios a sus sistemas de salud y protección social para asegurar ese derecho.

### Antecedentes históricos

Las características específicas de cada sistema de salud dependen de la historia y las condiciones políticas y socioeconómicas de cada país, así como del grado de influencia que ejercen los diversos grupos de interés y el juego de las fuerzas políticas. La historia de la creación y desarrollo de los sistemas de salud en la Región se vincula estrechamente con la evolución de los regímenes de protección social en el contexto del Estado benefactor, que surgieron en el mundo occidental desde comienzos del siglo XX, y alcanzaron su máxima expansión durante el período inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial. La institucionalidad y la estructura de los sistemas de protección social varían en forma significativa en cuanto a las relaciones entre el Estado, el mercado, la sociedad y la familia (6).

Las modalidades operativas del Estado benefactor ejercieron gran influencia en el desarrollo de los sistemas de salud; sin embargo, los modelos organizativos corresponden a tipos ideales y no se presentan en estado puro en la realidad, de modo que ninguno de ellos fue aplicado en forma cabal por los países. Por el contrario, la incorporación de versiones parciales dio lugar a universos institucionales distintos, con arreglos organizativos separados de la conducción/regulación, el financiamiento/aseguramiento y la provisión de servicios.

En síntesis, los sistemas de salud de la Región se basaron en los modelos occidentales de protección social, pero a diferencia de los modelos instaurados en la mayoría de los países europeos, los subsistemas latinoamericanos se orientaron hacia estratos específicos de la población, agrupados por clase social, ingreso, ocupación, inserción en el mercado laboral formal, origen étnico o condición urbana o rural, lo que produjo un fenómeno de segregación poblacional consistente en la estratificación del ejerci-

cio del derecho a la salud. Debido a ello, la estructura organizativa tradicional de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe consistió en un arreglo no integrado de subsistemas dirigidos a estratos específicos de la población, lo que condujo a su mayor segmentación y fragmentación y afectó profundamente a su desempeño.

Los sistemas segmentados presentan marcadas diferencias en cuanto a la garantía de los derechos asegurados, los niveles de gasto per cápita y el grado de acceso a los servicios por parte de distintos estratos de la población, una rectoría débil caracterizada por un marco regulatorio insuficiente y fiscalización inadecuada, y costos de transacción elevados. Muestran también regresividad e insuficiencia del financiamiento con predominio del pago directo o de bolsillo, con riesgos catastróficos para la seguridad financiera de los hogares.

Las redes de provisión de servicios fueron establecidas por cada subsistema, con limitada integración y comunicación entre las unidades asistenciales que las formaban, tanto dentro de un mismo subsistema como entre los distintos subsistemas y para los diferentes niveles de complejidad. La prestación de servicios se concentró mayormente en las zonas urbanas más ricas y en la población asalariada, y ello dio lugar a un uso ineficiente de los recursos sectoriales que dejó desprotegidos a los más pobres, al sector informal de la economía y, en muchos países, a los grupos indígenas, los afrodescendientes, y las poblaciones rurales y urbano-marginales. En la Región, la provisión de servicios de salud se ha caracterizado por la superposición y duplicación de las redes asistenciales, así como por la falta de complementariedad de los servicios y de continuidad de los cuidados; todo ello impide que las personas reciban una atención integral, obstaculiza el establecimiento de estándares adecuados de calidad y no asegura un mismo nivel de asistencia sanitaria a poblaciones cubiertas por distintos sistemas de protección de la salud. Esa fragmentación operativa es el resultado de varios factores, entre ellos la segmentación estructural, las dificultades de gobernabilidad, la falta de planificación integrada, las interacciones a menudo inadecuadas entre el sector estatal y no estatal, y la debilidad de los mecanismos de referencia y contrarreferencia (7, 8). En algunos países de la Región, como Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica y Cuba, se introdujeron cambios destinados a romper las barreras que separan estos diversos mundos institucionales, pero la separación persiste en la mayoría de ellos y sus sistemas de salud muestran altos grados de segmentación y fragmentación, con la consiguiente segregación poblacional.

### Reseña de los procesos de reforma sectorial durante los decenios de 1980 y 1990 en la Región

No es posible analizar los cambios ocurridos en el campo de la salud durante los decenios de 1980 y 1990 sin tener en cuenta el contexto general de reformas macroeconómicas que tuvieron lugar en la mayoría de los países del mundo durante esos años.

### Definiciones de segmentación y fragmentación de los sistemas de salud

La *segmentación* es la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud, cada uno de ellos "especializado" en diferentes segmentos de la población de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social. Este tipo de organización institucional consolida y profundiza la inequidad en el acceso a la atención de salud entre los diferentes grupos de población. En términos organizativos, coexisten una o varias entidades públicas (dependiendo del grado de descentralización o desconcentración), la seguridad social (representada por una o varias entidades), y diversos financiadores/aseguradores y proveedores privados de servicios (dependiendo del grado de introducción de mecanismos de mercado y de gestión empresarial durante las reformas sectoriales de las décadas de 1980 y 1990).

La *fragmentación* del sistema de provisión de servicios de salud es la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial. La presencia de numerosos agentes de salud que operan en forma desintegrada no permite la adecuada normalización de los contenidos, la calidad y el costo de la atención, y conduce a la formación de redes de provisión de servicios que no funcionan de manera coordinada, coherente o sinérgica, sino que tienden a ignorarse o competir entre sí, lo que genera incrementos en los costos de transacción y promueve una asignación ineficiente de los recursos en el sistema como un todo.

Se debe considerar asimismo el proceso de globalización que, al promover una amplia liberalización del movimiento internacional del capital y profundizar los procesos de transnacionalización de la industria, desempeñó un papel central en la definición de políticas que ejercieron gran influencia en el sector salud. Esos procesos han provocado también un debate más amplio acerca de la viabilidad y el futuro de los sistemas de protección social en el mundo, en circunstancias en que la aplicación masiva de políticas de ajuste estructural ha traído consigo cambios profundos en el mercado de trabajo, junto con el debilitamiento de la red de servicios sociales provista por el Estado, el surgimiento del sector privado como actor importante en espacios tradicionalmente ocupados por el sector público, tales como la administración de servicios sociales y de monopolios naturales, y la reducción de la capacidad de conducción y regulación del Estado, con la consecuente profundización de la segmentación y la fragmentación asociadas a la aparición de nuevos planes de pensiones y de aseguramiento y provisión de servicios de salud.

Así, los esquemas de protección social en salud ofrecidos por las instituciones dependientes del Ministerio de Salud y por la seguridad social resultaron insuficientes, al excluir a millones de personas del acceso a bienes y servicios de salud (9, 10, 11), lo cual también se tradujo en un elevado gasto de bolsillo, que aún persiste. Diversos estudios muestran que cuando el gasto de bolsillo ocupa una proporción importante del gasto total en salud, la capacidad de pago se convierte en el factor determinante de la demanda de cuidados que una persona requiere (4).

En el marco de las reformas macroeconómicas que tuvieron lugar en las décadas de 1980 y 1990, los países de la Región in-

rodujeron una serie de cambios en sus sistemas de salud dirigidos fundamentalmente a incrementar la efectividad, garantizar la sostenibilidad financiera, promover la descentralización y asignar un papel más importante al sector privado. Los resultados de estos procesos de reforma fueron diversos y sus legados se perciben en la actual organización de los sistemas. En el cuadro I se presentan algunos de sus aciertos y dificultades.

En general, las reformas en el campo de la salud no consideraron las características propias de cada país en cuanto a su estructura geográfica, social y demográfica, su historia y cultura política, y el grado de desarrollo de las instituciones del sector, sino que, sobre todo, tendieron a adoptar los modelos promovidos de manera normalizada por los organismos multilaterales de asistencia financiera, centrados en los cambios financieros y de gestión, la desregulación del mercado laboral, la privatización y la descentralización.

Estas reformas también prestaron poca atención al efecto de los cambios sobre los actores y grupos de interés del sector salud, en particular los trabajadores de la salud; no promovieron la indispensable articulación y sinergia de las funciones de los sistemas, descuidando sus complejas interrelaciones, y no estimularon la definición de objetivos sanitarios nacionales. De este modo, aunque los propósitos de los procesos de reforma estuvieron orientados al desarrollo de una agenda regional centrada en el logro de mayor pluralismo, eficiencia y calidad en la entrega de servicios de salud, en la práctica se produjo una reducción de la capacidad rectora del Estado, se debilitó en su conjunto el funcionamiento del sistema de salud, y los temas de la esfera sanitaria quedaron relegados a un segundo plano.

**CUADRO 1. Principales resultados y problemas de las reformas sectoriales en salud de las décadas de 1980 y 1990 en los países de América Latina y el Caribe.**

Resultados	Problemas
Se identificaron las diversas funciones que realizan los sistemas de salud y en muchos países se separaron tales funciones. El sector privado adquirió mayor importancia en el aseguramiento y la provisión de servicios de salud.	La creación, promoción y desregulación de los mercados de aseguramiento y la provisión de servicios de salud condujeron a la multiplicación de agentes intermediarios en competencia. Ello intensificó la segmentación del sistema, elevó los costos de transacción y debilitó la función rectora del Ministerio de Salud.
Se introdujo la idea de disciplina fiscal en el sector público de salud, haciendo hincapié en la sostenibilidad financiera. Se inició la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento en salud.	El gasto público se redujo drásticamente en la mayoría de los países. La aplicación de mecanismos estrictos de control de costos condujo a pérdidas en infraestructura pública de salud y en recursos humanos, lo que a su vez se tradujo en el empeoramiento de los resultados de salud. La introducción de cuotas de cobro a los usuarios y otros mecanismos de pago en el punto de atención aumentaron el gasto directo o de bolsillo.
En muchos países mejoró la gestión de servicios, en algunos casos a través del establecimiento de compromisos de gestión. Se inició la aplicación de criterios de eficiencia en la provisión de servicios de salud.	La introducción de la lógica de cuasi-mercados en el sector público de salud deterioró las funciones de salud pública. La promoción de la competencia entre aseguradores y proveedores para captar clientes con capacidad de pago profundizó la segmentación. La incorporación de incentivos económicos a la provisión de servicios de salud individuales llevó a priorizar los servicios curativos frente a las acciones preventivas.
Se aplicaron diversos mecanismos, procedimientos e instrumentos para extender la cobertura y alcanzar a las poblaciones marginadas. Muchos países adoptaron la idea de crear “paquetes básicos” para los pobres o para grupos específicos de la población	La introducción de paquetes básicos para los pobres profundizó la segmentación de los sistemas de salud. La creación de fondos separados para la población con capacidad contributiva y para los que no pueden contribuir condujo a la pérdida de solidaridad dentro del sistema y profundizó la inequidad en materia de acceso a los cuidados de salud y de resultados de salud. La cobertura no aumentó como se esperaba, y en muchos casos, el incremento de la demanda de servicios de salud no se pudo satisfacer debido a la escasez de recursos asignados a mejorar la oferta de servicios.
En la mayoría de los países se buscó aumentar la participación local en la administración de servicios mediante procesos de descentralización.	Los procesos incompletos de descentralización profundizaron el debilitamiento de la capacidad rectora del Ministerio de Salud y la inequidad geográfica en la provisión de servicios de salud.

*Fuente:* elaboración propia, a partir de los Perfiles de Sistemas de Salud de los Países (2000–2002) disponibles en [www.lachealthsys.org](http://www.lachealthsys.org)

### Organización, cobertura y desempeño de los sistemas de salud

El grado de integración y el tipo de interacciones existentes en un sistema de salud constituyen factores críticos para determinar su capacidad de respuesta a las demandas de sus beneficiarios. Otros elementos cruciales que también van a determinar limitaciones en el desempeño adecuado de los sistemas son: la ausencia o insuficiencia de esquemas de prepago y sistemas de mancomunidad de riesgos y el predominio del pago directo o de bolsillo, y los mecanismos débiles o poco desarrollados de rectoría/regulación, que dificultan tanto la definición de las reglas del juego entre

los agentes (usuario-prestador de servicios-asegurador/financiador) del sistema como la adecuada fiscalización por el Estado del cumplimiento de esas reglas. En general, se puede observar que a mayor grado de integración en un sistema único o entre los distintos subsistemas en un sistema mixto, mayor capacidad de respuesta del sistema en su conjunto con menor costo de operación (12).

Los sistemas únicos están, por definición, integrados verticalmente (una sola entidad ejecuta todas las funciones) y horizontalmente (una sola entidad cubre a toda la población), mientras que los sistemas mixtos pueden tener diversos grados de integra-

ción o segmentación/fragmentación, ya sea de las funciones del sistema o de segregación de los distintos grupos de población cubiertos, y cada subsector mantiene su propio sistema de financiamiento.

Desde el punto de vista de los usuarios, la demanda de bienes y servicios de salud se orienta según las características organizativas y la estructura de los sistemas de salud. La segmentación del financiamiento y el aseguramiento, la segregación poblacional y la fragmentación de las redes de provisión determinan que los afiliados a distintos planes, ya sea privados o de la seguridad social, o las personas que teniendo capacidad de pago no están afiliados a ningún seguro, como muchos trabajadores por cuenta propia, pequeños empresarios, comerciantes, etc., recurran a los establecimientos públicos cuando estos ofrecen servicios de buena calidad, alta complejidad o son los únicos prestadores del servicio en una zona geográfica determinada.

Una proporción importante de la población de bajos recursos también utiliza servicios de salud privados —especialmente servicios farmacéuticos, de medicina tradicional o atención médica de baja complejidad— como alternativa frente a las barreras al acceso a la atención, la reducida oferta e integralidad de los servicios públicos y las exclusiones de los planes de seguro de salud, y se ve obligada a efectuar desembolsos directos. Por su parte, debido a las limitaciones de los planes de beneficios o a las barreras administrativas al uso de servicios, los estratos de población medios y altos que cotizan a la seguridad social también utilizan modalidades paralelas de financiamiento mediante la compra de seguros privados de salud individuales o colectivos —el fenómeno de doble cobertura—, o mediante pago directo, lo que crea distorsiones en el financiamiento y la demanda de la seguridad social.

En este contexto, el desempeño de los sistemas de salud se puede analizar por medio de la estructura organizativa y la cobertura alcanzada por los diversos subcomponentes del sistema, como se observa en el cuadro 2.

### Exclusión social y barreras de acceso al sistema de salud

La fragmentación operativa observada al nivel de la provisión de servicios, sumada a la segmentación institucional de los sistemas de salud y a la segregación poblacional, constituye una causa importante de exclusión de grupos poblacionales y de inequidad en el acceso a los servicios de salud debido a barreras institucionales/legales, económicas, culturales, geográficas, étnicas, de género o de edad. Se estima que en América Latina y el Caribe entre 20% y 25% de la población (cerca de 200 millones de personas) carece de acceso regular y oportuno a los sistemas de salud (13). Cifras conservadoras indican que en los Estados Unidos, más de 46 millones de habitantes carecen de cobertura adecuada de salud.

El reconocimiento de la exclusión social en salud, definida como “la falta de acceso de individuos o grupos a los bienes, ser-

vicios y oportunidades en salud que otros individuos o grupos de la sociedad disfrutan” (14), además de ser susceptible de caracterización, ha constituido un avance importante en la comprensión de los fenómenos que afectan al acceso a la salud.<sup>1</sup>

Las principales causas de exclusión en salud identificadas varían entre los países, pero en general tienen que ver con la pobreza, la ruralidad, la informalidad en el empleo y factores relacionados con el desempeño, la estructura y la organización de los sistemas de salud (cuadro 3). La exclusión es, esencialmente, la negación del derecho de satisfacer las necesidades y demandas de salud de aquellos ciudadanos que no cuentan con recursos económicos suficientes o que no pertenecen a los grupos dominantes de la sociedad.

### Evolución de la agenda de protección social y de fortalecimiento de los sistemas de salud en el período 2001–2005

La discusión en torno a qué se debe entender por protección social y cuál es el espacio institucional en el que debe tener lugar la formulación e implementación de las políticas de salud ha adquirido importancia creciente en los últimos años en América Latina y el Caribe, en un escenario regional dominado por cuatro elementos: (a) el cuestionamiento de las reformas sectoriales realizadas entre los años ochenta y noventa; (b) la inexistencia de una red de protección social capaz de constituirse en la base del desarrollo social en el nuevo contexto y reemplazar a la que anteriormente proveían el Estado, la seguridad social o ambos; (c) el compromiso de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el año 2015; y (d) la creciente preocupación en torno a los problemas de inequidad, exclusión y pobreza predominantes en los países de la Región.

En este contexto, aparecen nuevas figuras institucionales que intentan reemplazar o complementar los modelos anteriores; algunas de ellas representan profundos cambios en la forma en que el Estado se organiza para formular e implementar las políticas sociales, y dentro de este proyecto global incorporan a instituciones y acciones de salud tales como el Sistema Único de Salud en el Brasil, el Ministerio de la Protección Social en Colombia, el Sistema de Seguridad Social en Salud en la República Dominicana, los seguros nacionales de salud en Aruba, Bahamas y Trinidad y Tabago, y las Garantías Explícitas en Salud en Chile.

Otros países optaron por la creación de planes acotados de financiamiento y provisión de bienes y servicios de salud que procuran eliminar las barreras de acceso y mejorar los resultados de salud en grupos específicos de población. Así, se crearon el

<sup>1</sup>Para apoyar a los países a caracterizar y medir la exclusión en salud, la OPS/OMS, con apoyo de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI), elaboró y validó una guía metodológica que ya ha sido aplicada en ocho países de la Región (Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y la República Dominicana), en dos estados subnacionales de México y en cinco comunidades de Honduras.

**CUADRO 2. Sistemas de salud en las Américas: cobertura poblacional según subsistema, 2001–2006<sup>a</sup>**

País	Año	Fuente <sup>b</sup>	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
<b>Anguila</b>	2006		Público	... La Autoridad de Servicios de Salud (organismo descentralizado del Ministerio de Salud) es responsable de la atención de salud pública.
			Privado	... Se ofrecen servicios de salud privados a la población con capacidad de pago o a través de seguros privados de salud.
<b>Antigua y Barbuda</b>	2006		Público	... El Gobierno financia la atención de salud pública.
			Seguridad social	... Todos los trabajadores contribuyen al plan de seguro social y al plan de beneficios médicos.
			Privado	... Seguros privados de salud.
<b>Antillas Neerlandesas</b>	2006		Seguridad social	100%: seguro de salud: PPK ("pro-paupere kaart"), público para población pobre o con condiciones preexistentes; seguro público para empleados (blue collar); fondo de seguro para empleados retirados del sector público, y planes privados.
<b>Argentina</b>	2001	Mesa-Lago C. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. CEPAL, 2005.	Público	37,4% de la población tiene acceso a la red pública de servicios de salud a cargo de los ministerios de salud nacional y provinciales.
			Seguridad social	51,2%: obras sociales.
			Privado	7,9%: medicina prepaga.
			Otros	3,2%: población con doble cobertura de seguro, principalmente por medio de planes privados (afiliación voluntaria en prepagas, mutuales, etc.).
<b>Aruba</b>	2006		Público	100%: seguro general de salud.
			Privado	La oferta privada ha empezado a crecer, sin mayor regulación.
<b>Bahamas</b>	2005	Sitio web del Ministerio de Salud de las Bahamas: <a href="http://www.bahamas.gov.bs/">http://www.bahamas.gov.bs/</a>  Bahamian Report of the Blue Ribbon Commission on National Health Insurance, 2004.	Público	100% con acceso a atención primaria y a otros servicios o tecnologías de salud en el territorio nacional, con cumplimiento de funciones de salud pública y prestación de servicios de salud poblacional e individual.
			Seguridad social	Todos los trabajadores públicos y privados están obligados por ley a participar en la Oficina del Seguro Nacional. Actualmente está en discusión en el Parlamento un Sistema Nacional de Seguro de Salud.
			Privado	51% de la población compra seguros privados de salud.
<b>Barbados</b>	2006		Público	100%: acceso a la oferta del servicio nacional de salud.
			Privado	20–25%: seguros de salud ofrecidos a grandes organizaciones y cooperativas de crédito.

**CUADRO 2. (continuación)**

País	Año	Fuente <sup>b</sup>	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
<b>Belice</b>	2006	Sitio web del Ministerio de Salud de Belice: <a href="http://www.health.gov.bz">http://www.health.gov.bz</a>	Público	100%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud. El sistema público nacional de salud garantiza a los individuos y a la población el acceso universal a servicios de salud, mediante la red de servicios públicos y programas. 30% estimado por compra de servicios a través del seguro nacional de salud (junio de 2006).
			Privado	Servicios médicos privados en crecimiento en zonas urbanas. En la ciudad de Belice se ofrecen seguros de salud privados.
<b>Bermuda</b>	2000	Bermuda Health Systems and Services Profile, 2005, <a href="http://www.gov.bm">http://www.gov.bm</a>	Seguridad social / privado	95% cobertura de aseguramiento (paquete médico mayor: 85%, cobertura básica de salud: 10%). Planes de seguro de salud para empleados públicos, empresas de seguros privados para empleados privados y trabajadores por cuenta propia, seguros de los empleadores en casos de grandes empresas. La Comisión Nacional del Seguro de Salud ofrece un plan de seguro de salud de bajo costo.
			Sin cobertura	4% de los residentes carecen de seguro de salud; 1% SD.
<b>Bolivia</b>	2003–2004	Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), Protección en salud desagregada por prestador, Bolivia, 2003.	Público	30%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud Pública y Deportes (cobertura teórica).
			Seguridad social	25%: Caja Nacional de Salud [CNS] (20,8%); otras cajas de seguro social en salud (4,2%); Caja Petrolera de Salud [CPS], Seguro Social Universitario [SSU], Caja de Salud de la Banca Privada [CSPB], Corporación de Seguro Social Militar [COSS-MIL], CSC, CSCO, SINEC, COTEL.
			Privado	12% Pago directo de servicios y seguros médicos privados.
			Sin cobertura	45% sin acceso a servicios de salud. 72,8% sin cobertura de seguro social o seguro médico privado.
<b>Brasil</b>	2003–2006	Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS), Ministerio de Salud, Brasil, Caderno de Informação de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2006.	Público	80,4%: cobertura exclusiva por el Sistema Único de Salud (SUS) (cobertura de atención básica 98%; cobertura del Programa de Salud de la Familia 68,4%).
			Privado	19,6%: Atención Médica Suplementaria (planes colectivos de empresas privadas 14,4% y planes individuales y familiares 5,2%); 3,8% Atención Odontológica Suplementaria. Los beneficiarios de los seguros privados mantienen el derecho integral de cobertura por el SUS.
<b>Canadá</b>	2006	Sitio web del Ministerio de Salud del Canadá: <a href="http://www.hc-sc.gc.ca/index_e.html">http://www.hc-sc.gc.ca/index_e.html</a> .  Dewa CS, Hoch JS, Steele L. Prescription drug benefits and Canada's uninsured. J Law Psychiatry. 2005 Sep–Oct; 28(5): 496–513; Health Affairs 25(3): 878–879; 2006.	Público	100%: Medicare (Programa Nacional de Seguro de Salud integrado por 13 planes de seguro de salud provinciales o territoriales) cubre los servicios necesarios de hospitalización, atención médica, cirugía dental y algunos servicios de atención de crónicos, excepto la prescripción de medicamentos.
			Privado	65% de la población cuenta con seguros privados de salud para servicios no cubiertos por Medicare (50% de los servicios de odontología y 30% de los medicamentos).



**CUADRO 2. (continuación)**

País	Año	Fuente <sup>b</sup>	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
<b>Chile</b>	2003		Público	100%: prestaciones garantizadas por el plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) (provisión pública o privada).
			Seguridad social	68,3%: Fondo Nacional de Salud (FONASA) (cobertura legal).
			Privado	17,6%: Instituciones de salud previsional (ISAPRE).
			Otros	3%: Fuerzas Armadas.
			Sin cobertura	12,8%: sin cobertura conocida de seguro público o seguro médico privado (suelen estar cubiertos por otros mecanismos privados).
<b>Colombia</b>	2004	Cardona JF, Hernández A, Yepes, F. La seguridad social en Colombia. Rev Gerenc Polit Salud. 2005; 4(9)81–99.	Público	29%: “vinculados” (población no afiliada a un régimen de la seguridad social con acceso a la oferta de planes de servicios y beneficios limitados con recursos de la Nación, las gobernaciones y los municipios); cobertura teórica por el Plan de Atención Básica (salud pública colectiva).
			Seguridad social	67,1% (32,8%, régimen contributivo; 34,3%, aseguradoras privadas: empresas promotoras de salud [EPS], régimen subsidiado y parcialmente subsidiado; aseguradoras públicas: administradoras del régimen subsidiado [ARS]). (Los regímenes de seguridad social contributivo y subsidiado, y los diversos planes parcialmente subsidiados tienen diferentes programas de servicios y beneficios.)
			Otros	3,9%: regímenes especiales (Fuerzas Armadas, Policía, trabajadores petroleros).
<b>Costa Rica</b>	2003	Mesa-Lago C. Op. cit. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). Reformas de los esquemas de la seguridad social; e Informe sobre la seguridad social en América, 2004.	Público	100%: salud pública colectiva.
			Seguridad social	86,8%: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) (75% trabajadores, pensionados y familiares dependientes; 11,8% indigentes por cuenta del Estado).
			Otros	El Seguro de Riesgos del Trabajo cubre 71% de la PEA.
			Privado	30% de los habitantes (afiliados o no a la CCSS) utilizan al menos una vez al año servicios privados directamente o a través de la delegación de la CCSS.
			Cobertura parcial	12,1% a 14,7%: cobertura de atención de urgencias por el Seguro Obligatorio Automotor (SOA).
<b>Cuba</b>	2006		Público	100%: Sistema Nacional de Salud.
<b>Ecuador</b>	2006	Palacio A. Programa de aseguramiento universal de salud, Ecuador, 2006.  Mesa-Lago C. Op. cit.  OPS. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe, 2004	Público	28%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud Pública (cobertura teórica).
			Seguridad social	21%: Instituto Ecuatoriano del Seguro Social (IESS): 11% (seguro general 9%, Jubilados 2%); Seguro Social Campesino 7%; Fuerzas Armadas y Policía 3% (Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas [ISSFA], Instituto de Seguridad Social de la Policía [SSPOL]).
			Privado	26% (sin fines de lucro 6% [Junta de Beneficencia, organizaciones no gubernamentales y municipios]; con fines de lucro 20% [seguros privados de salud 3%; pago directo a servicios privados 17%]).
			Sin cobertura	27%: sin acceso a servicios de salud. 76%: sin cobertura de seguro social o seguro médico privado.

**CUADRO 2. (continuación)**

País	Año	Fuente <sup>b</sup>	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
<b>El Salvador</b>	2006	Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). Op. cit., 2005.  Mesa-Lago C. Op. cit.  Encuesta de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), 2002.  OPS. Exclusión social en salud en El Salvador, 2004, <a href="http://www.lachealthsys.org">http://www.lachealthsys.org</a> .	Público	40,0%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (cobertura teórica. La meta del Ministerio es brindar cobertura a 81% de la población).
			Seguridad social	15,8%: Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).
			Otros	4,6% (Sanidad Militar 3% y Bienestar Magisterial 1,6%).
			Privado	1,5% a 5,0%: seguros médicos privados y pago directo de servicios de salud.
			Sin cobertura	41,7%: sin acceso a servicios de salud. 78,0%: sin cobertura de seguro social o seguro médico privado.
<b>Estados Unidos de América</b>	2005	Sitio web de Kaiser Family Foundation, 2006, <a href="http://www.kff.org">http://www.kff.org</a> .	Público	20,6%: Medicaid.
			Seguridad social	16,1%: Medicare.
			Privado	45,5%: seguro de salud privado, usualmente del empleador.
			Sin cobertura	17,8%: no tiene seguro social o seguro médico privado, ni aseguramiento subsidiado por el Estado.
<b>Guadalupe, Guayana Francesa y Martinica</b>	2006		Seguridad social	100%: plan de seguro universal de salud, basado en contribuciones obligatorias del salario y subsidios públicos. 25% a 33% tienen cobertura suplementaria del seguro universal de salud básico.
			Privado	Los servicios de salud privados y públicos prestan servicios de salud en el seguro universal.
<b>Guatemala</b>	2005	Mesa-Lago C. Op. cit.  OPS. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe, 2004.	Público	27,0%: oferta del Ministerio de la Salud, exclusivamente con paquete básico de atención (cobertura teórica. El Ministerio tiene como meta cubrir 60% de la población con el paquete básico).
			Seguridad social	18,3%: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
			Privado	30,0%: principalmente organizaciones no gubernamentales y otras entidades que ofrecen el paquete básico de atención. 10,0%: pago directo de servicios. 0,2%: cobertura de seguros privados.
			Sin cobertura	12,8% a 27,4% sin acceso a servicios de salud. 82,2% sin cobertura de seguro social o seguro médico privado.
<b>Granada</b>	2006	Plan Estratégico Nacional de Salud de Granada, 2006–2010. Sitio web del Ministerio de Salud.	Seguridad social	... La atención de salud es ofrecida por medio de servicios de salud públicos.
			Privado	... Algunas personas contratan seguros de salud individuales o grupales.
<b>Guyana</b>	2006		Público	...
			Seguridad social	... No existe un sistema nacional de seguro de salud. El Plan Nacional de Salud administra un programa de seguro social obligatorio para empleados y trabajadores por cuenta propia de 16 a 60 años.

**CUADRO 2. (continuación)**

País	Año	Fuente <sup>b</sup>	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
<b>Haití</b>	2004	Haití, Ministerio de Salud Pública y de la Población. OPS/OMS, Analyse du secteur de la santé, 2004.	Público	21%: acceso a la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y de la Población.
			Seguridad social	1%: seguro médico de los funcionarios públicos.
			Privado	37% (con fines de lucro, incluye gastos de bolsillo en servicios privados básicos 19%; sin fines de lucro: organizaciones no gubernamentales, misiones religiosas y misiones internacionales 18%).
			Otros	70% de la población recurre a la medicina tradicional en primera instancia.
			Sin cobertura	40%: sin acceso a servicios de salud. 99%: sin cobertura de seguro social o seguro médico privado.
<b>Honduras</b>	2004-2006	OPS. Exclusión social en salud en países de América Latina y el Caribe, 2004.  Ministerio de Salud de Honduras. Plan Nacional de Salud, 2001-2006.	Público	60%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud (cobertura teórica).
			Seguridad social	18%: Instituto Hondureño de Seguridad Social.
			Privado	5%: seguro privado de salud.
			Sin cobertura	30,1%: sin acceso a servicios de salud. 77%: sin cobertura de seguro social o seguro médico privado.
<b>Islas Caimán</b>	2006		Público	...
			Seguridad social	24% CINICON: Prestadora gubernamental de seguro social.
			Privado	59%
			Sin cobertura	17%
<b>Islas Turcas y Caicos</b>	2005		Público	80% Ministerio de Salud (cobertura teórica).
			Seguridad social	El gobierno está contemplando la creación de una Autoridad Nacional de Seguro de Salud que administre un plan de seguro nacional de salud de cobertura universal.
			Privado	20% de la población tiene seguros médicos privados.
<b>Islas Vírgenes Británicas</b>	2006	Sitio web del Gobierno de las Islas Vírgenes Británicas: <a href="http://www.bvi.gov.vg/">http://www.bvi.gov.vg/</a> .  Pacto para desarrollar el programa del seguro médico de las Islas Vírgenes Británicas, 2006.	Público	... El Ministerio de Salud cubre la atención de salud de los menores de 15 años y de las personas mayores.
			Seguridad social	... Afiliación obligatoria para empleadores, empleados y trabajadores por cuenta propia.
			Privado	50% de las consultas médicas locales se realizan en el sector privado. Las personas no cubiertas por el Ministerio de Salud Pública y por la seguridad social deben pagar por sus servicios, si bien están altamente subsidiados.
<b>Jamaica</b>	2005	Sitio web del Ministerio de Salud de Jamaica: <a href="http://www.moh.gov.jm/">http://www.moh.gov.jm/</a>  Jamaican Survey of Living Conditions, 2001.	Público	95% de la atención hospitalaria y 50% de la atención ambulatoria están cubiertas por la oferta pública, 13,9% de la población con seguro de salud en 2001.
			Seguridad social	
			Privado	50% de la atención ambulatoria y de diagnóstico y la mayor parte de los servicios farmacéuticos.

**CUADRO 2. (continuación)**

País	Año	Fuente <sup>b</sup>	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
<b>México</b>	2002-2006	Sitio web de la Secretaría de Salud de México: <a href="http://www.salud.gob.mx/">http://www.salud.gob.mx/</a> .  Mesa-Lago, C. Op. cit.  Frenk J, et al. Health system reform in Mexico 1: Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. <i>Lancet</i> 2006; 368:1524–1534.	Público	41,8%: oferta de la Secretaría Federal y Secretarías Estatales de Salud (cobertura teórica, corresponde a la población no asegurada, trabajadores informales, población rural y desempleados). 14,8%: seguro popular (estimado a partir de 5,1 millones de familias afiliadas, a noviembre de 2006).
			Seguridad social	58,2%: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): 45,3% (IMSS 34,3%; IMSS Oportunidades 11%); Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); 7% (Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado), PEMEX (Petróleos Mexicanos), Fuerzas Armadas, Secretaría de Marina y varios seguros para trabajadores estatales: 5,9%). Parte de los asegurados están cubiertos por más de un seguro.
			Privado	2,8%: seguros privados de salud (5%-23% de afiliados al IMSS también tienen seguro privado).
			Sin cobertura	1% sin acceso a servicios de salud.
<b>Montserrat</b>	2006	Sitio web del Ministerio de Educación, Salud y Servicios Comunitarios de Montserrat: <a href="http://www.mehcs.gov.ms">http://www.mehcs.gov.ms</a>	Público	100%: servicios de salud de primer y segundo nivel. Ministerio de Salud, Departamento de Salud y Departamento de Salud Comunitaria.
<b>Nicaragua</b>	2004	Mesa-Lago C. Op. cit.	Público	60,0%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud (cobertura teórica estimada).
			Seguridad social	7,7%: Instituto Nicaragüense del Seguro Social (INSS) (afiliados y familiares, cónyuges y menores de 12 años).
			Privado	4,0%: pago directo de servicios.
			Otros	0,4%: Fuerzas Armadas y Gobernación.
			Sin cobertura	27,9%: sin acceso a servicios de salud.
<b>Panamá</b>	2004	Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). Op. cit., 2004.  Gobierno de Panamá, Plan de Desarrollo Social, 2000–2004.	Público	35,4%: Ministerio de Salud (cobertura teórica. Corresponde a la población no asegurada a la Caja de Seguro Social [CSS] que debe ser legalmente cubierta por el Ministerio de Salud).
			Seguridad social	64,6%: Caja de Seguro Social.
			Sin cobertura	20,0%: población sin acceso a los servicios de salud.
<b>Paraguay</b>	2005	Mesa-Lago, C. Op. cit.  OPS. Exclusión social en salud en países de América Latina y el Caribe, 2003.	Público	35% a 42%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud (cobertura teórica estimada).
			Seguridad social	18,4%: Instituto de Previsión Social [IPS] o de otro tipo (individual, laboral, familiar, militar, policial o en el extranjero).
			Privado	7,0%: pago directo de servicios.
			Sin cobertura	38,6% sin acceso a servicios de salud. 81,1% sin cobertura de seguro social o seguro de salud privado.

**CUADRO 2. (continuación)**

País	Año	Fuente <sup>b</sup>	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
<b>Perú</b>	2006	Perú, Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud, 2006.	Público	27,8%: Seguro Integral de Salud, Ministerio de Salud.
			Seguridad social	28,1% (EsSalud 25,1%; Entidades Prestadoras de Servicios de Salud [EPS], Fuerzas Armadas y Policía 3%).
			Privado	10,0% (seguros privados 2%; pago directo de servicios y medicina tradicional 8%).
			Sin cobertura	42,1%: sin cobertura de seguro social o seguro de salud privado.
<b>Puerto Rico</b>	2003		Público	40,0%: Plan de Salud del Estado Libre Asociado (ELA) (Medicaid).
			Seguridad social	26,0% (Medicare 14%; empleados públicos 12%).
			Privado	37,0%: seguro de salud privado.
			Sin cobertura	7,1%: sin seguro social o seguro médico privado.
<b>República Dominicana</b>	2001	OPS. Exclusión social en salud en países de América Latina y el Caribe, 2004.	Público	60,0%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud/Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) (cobertura teórica estimada). La SESPAS tiene como meta cubrir 76% de la población.
			Seguridad social	7,0%: Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS).
			Privado	12,0%: seguros privados de salud pagados por empresas y seguros personales.
			Otros	5,0% (Fuerzas Armadas y policía: 3%; seguros autogestionados: 2%).
			Sin cobertura	16,0% sin acceso a servicios de salud. 76,4% sin cobertura de seguro social o seguro médico de salud.
<b>Saint Kitts y Nevis</b>	2006		Público	100%: Ministerio de Salud. Los servicios no disponibles en la isla son financiados por subsidios públicos.
<b>Santa Lucía</b>	2000 y 2002	Ministerio de Salud, Asuntos de Familia, Servicios Humanos y Relaciones de Género. Propuestas de reforma del sector salud, 2000.	Público	Ministerio de Salud.
			Seguridad social	... Plan Nacional de Seguro y seguros de salud privados para individuos y grupos. En proceso de introducir un plan nacional de salud (Atención Universal de Salud) para la atención secundaria y terciaria a través de una combinación pública-privada.
<b>San Vicente y las Granadinas</b>	2006		Público	... Ministerio de Salud.
			Seguridad social	... Plan Nacional de Seguro de Salud.
<b>Suriname</b>	2005		Público	54% (Ministerio de Salud: 30%; Ministerio de Asuntos Sociales: 24%).
			Seguridad social	27%: Fondo de Seguro Médico del Estado (SZF): 21%: Misión Médica (con subsidio del Gobierno de Suriname: 6%).
			Privado	13% seguros privados (planes de seguro empresarial: 10%; seguros médicos privados: 3%).
			Otros	1%
			No asegurado	5%

**CUADRO 2. (continuación)**

País	Año	Fuente <sup>b</sup>	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema	
<b>Trinidad y Tabago</b>	2006		Público	...	
			Seguridad social	La meta del gobierno es implementar un seguro nacional de salud en 2007.	
			Privado	... Las empresas privadas ofrecen seguros de salud de grupo provistos por los empleadores.	
<b>Uruguay</b>	2006		Público	45,3%: Ministerio de Salud y Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).	
			Seguridad social	45,0%: mutuales.	
			Otros	7,6% (Sanidad de las Fuerzas Armadas 5,3%; Sanidad Policial 2,3%).	
			Privado	1,8%: seguros privados de cobertura integral.	
<b>Venezuela</b>	2000	Mesa-Lago C. Op. cit.	Público	65,6% Acceso a la oferta del Ministerio de Salud (cobertura teórica estimada de la población no asegurada por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales [IVSS]): Misión Barrio Adentro: 73% de la población con atención primaria.	
	2005	OPS. Barrio adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela, 2006.	Seguridad social		34,4%: IVSS.
	2006		Privado		30,0% (estimado, puede ser una combinación pública y privada).

<sup>a</sup>Notas metodológicas: el presente cuadro no tiene el propósito de presentar una clasificación/topología exhaustiva o exclusiva, sino de sintetizar la información disponible más actualizada para cada país. Cuando los datos correspondientes a algún subsistema no se encuentran disponibles, la línea correspondiente fue suprimida para abreviar la extensión del cuadro. Es posible que en algunos casos la suma de los porcentuales de coberturas sea mayor a 100, debido a la duplicación de aseguramiento de algunos grupos de población afiliados a más de un esquema de protección social, o menor a 100 por falta de información.

<sup>b</sup>Cuando no se indica la fuente específica, las informaciones provienen de los materiales elaborados durante 2006 por la Oficinas de País de la OPS/OMS para la publicación Salud en las Américas 2007. Cuando se indica otra fuente, esta es adicional.

Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI) en Bolivia, el Seguro Integral de Salud (SIS) en el Perú, el Seguro Popular de Salud en México y los Seguros Provinciales de Salud Maternoinfantil en la Argentina; se sancionó la Ley de Maternidad Gratuita y Atención de la Infancia en el Ecuador, y se pusieron en marcha la iniciativa denominada Misión Barrio Adentro en Venezuela, la Extensión de Cobertura de Servicios de Salud a poblaciones rurales en Guatemala, El Salvador y Honduras, y la política de protección a la familia de Nicaragua. La aparición de estas nuevas figuras institucionales o planes de extensión de la protección social en salud es una manifestación del reconocimiento de la importancia de este tema y de la búsqueda de un nuevo enfoque para orientar los cambios en los sistemas de salud.

El lugar central que ocupa la lucha contra la pobreza, la exclusión social y la inequidad en la agenda política de los países y de los organismos internacionales, en el marco del cumplimiento de los ODM, ha permitido avanzar en el primer quinquenio del siglo XXI hacia crecientes grados de acuerdo en torno a una nueva perspectiva de cambios en los sistemas de salud, centrada en el concepto de protección social de la salud como derecho ciuda-

dano universal, ya no dependiente del empleo u otras características individuales o grupales, y orientada por una estrategia renovada de la atención primaria de salud. La alta prioridad asignada a la salud en los ODM pone de relieve la perspectiva de que esta no solo es el resultado de un mayor desarrollo, sino que se encuentra en el núcleo mismo del desarrollo.

En 2002 los países de las Américas, reunidos en la XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana, aprobaron la Resolución CSP 26.R19, que expresa el compromiso de asegurar a todos sus ciudadanos el acceso a bienes y servicios de salud en iguales condiciones de oportunidad, calidad y dignidad, combatiendo las inequidades en la utilización de dichos bienes y servicios y en los resultados de salud mediante la extensión de la protección social en salud, entendida como “la garantía que la sociedad otorga a través de los poderes públicos para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”.

En la Cumbre Especial de las Américas de 2003, los gobiernos de la Región aprobaron la Declaración de Nuevo León, que esboza tres objetivos: crecimiento económico con equidad para re-

**CUADRO 3. Exclusión social en salud: incidencia y principales causas, países seleccionados de las Américas.**

País	Exclusión social en salud (%)			Principales causas de la exclusión social en salud
	Incidencia en la población	Exclusión debida a		
		Barreras al acceso	Oferta insuficiente	
Bolivia	77	60	40	Pobreza / falta de educación de la madre / origen étnico
Ecuador	51	41	59	Insuficiente infraestructura de salud
El Salvador	53	54	46	Falta de medios de transporte a los centros de salud
Honduras	56	45	55	Insuficiente infraestructura de salud / insuficiente provisión de servicios de salud
Paraguay	62	53	47	Origen étnico: ser monolingüe en guaraní / falta de servicios públicos más allá del sector salud (electricidad, saneamiento)
Perú	40	54	46	Pobreza / residencia en la zona rural / origen étnico

*Fuente:* OPS/OMS; ASDI. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe, 2003.

ducir la pobreza, desarrollo social y gobernabilidad democrática. La protección social en materia de salud se consideró esencial para el progreso nacional, y los países se comprometieron a adoptar estrategias más amplias de prevención, atención y promoción, haciendo particular hincapié en los sectores más vulnerables de la sociedad. Por su parte, en 2005 la 58ª. Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Resolución WHA58.33 (15), que insta a los estados miembros a fortalecer sus sistemas de salud y a orientar sus políticas hacia la cobertura universal y el financiamiento sostenible.

Sobre esta base, se puede considerar que el desafío principal que enfrentan los países de América Latina y el Caribe en el nuevo milenio es “garantizar a todos los ciudadanos la protección social universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios, y asegurando que cada uno reciba atención según sus necesidades y contribuya al financiamiento del sistema según sus posibilidades” (16). Algunos países ya han asumido esta tarea reorientando sus sistemas de salud en el marco de la protección social y de conformidad con los principios de la atención primaria de salud, para que contribuyan a la construcción de sociedades más equitativas e incluyentes y más acordes con las nuevas necesidades de los pueblos de la Región. Ejemplos de ello son: la definición de los objetivos sanitarios nacionales en consonancia con las necesidades de salud de la población y en particular de los grupos más postergados; la implementación de mecanismos de integración funcional de las redes de provisión de la seguridad social y el Ministerio de Salud, re-

duciendo la fragmentación en la provisión de servicios y mejorando la equidad geográfica; la introducción de un único plan de salud integral garantizado para toda la población, independientemente del tipo de seguro, del tipo de proveedor y de la capacidad contributiva del usuario, a fin de reducir la segmentación en el aseguramiento y mejorar la equidad; la utilización de herramientas para el análisis de la equidad y la exclusión en salud, y la consideración de elementos económicos, sociales, étnicos, culturales y de género en la definición de los planes y políticas de salud; la creación de servicios de atención primaria orientados hacia la familia; el análisis del desempeño de las funciones en salud pública como elemento central en la formulación de políticas sanitarias; el fortalecimiento de la función rectora y de liderazgo de las autoridades sanitarias nacionales mediante la creación de las condiciones institucionales para la conducción y planificación sectorial e intersectorial en el desarrollo de las acciones de salud; la puesta en marcha de mecanismos de regulación y fiscalización de la actuación de los distintos actores que participan en la producción de cuidados en salud; la incorporación de la salud como elemento central en los procesos de diálogo social destinados a definir la plataforma productiva del país; y la inserción de las políticas de salud en el marco institucional más amplio del sistema de protección social, junto con el ingreso, el trabajo, el empleo, la vivienda y la educación. Estos ejemplos de búsqueda de mecanismos para eliminar la segregación poblacional y la segmentación institucional, reducir la fragmentación operativa y combatir la exclusión en salud iluminan el camino a seguir en la agenda de la salud pública en los años venideros.

## GASTO NACIONAL EN SALUD Y FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD

### Gasto nacional en salud en las Américas y en otras regiones del mundo, 2004: el gasto público en salud aumenta a la par del desarrollo económico de los países

En 2004, el gasto total en salud se estimó en 8,7% de la economía mundial (US\$ 4,50 billones).<sup>2</sup> El ingreso per cápita mundial se calculó en US\$ 8.284 y el nivel de gasto en salud per cápita, en US\$ 742. En el cuadro 4 se compara el gasto nacional en salud de las Américas con el de diferentes regiones del mundo para el año 2004. Como se muestra en el cuadro, el gasto en salud es relativamente elevado en los países de ingresos altos. Estos países, entre los que se incluyen el Canadá y los Estados Unidos, representan 15% de la población y 71% del gasto mundial en salud. El gasto per cápita promedio en salud se calcula, para este grupo de países, en US\$ 3.226. Todos los países de ingresos bajos y medianos del mundo agrupados —incluidos los de América Latina y el Caribe— representaban 85% de la población en 2004, pero solo 29% del gasto mundial en salud. El gasto per cápita promedio en salud en los países de ingresos bajos y medianos se calcula en US\$ 248.

Las cifras del cuadro 4 ilustran la diferencia abrumadora de los niveles de gasto en salud en la Región de las Américas. El Canadá y los Estados Unidos explican 39% de la población y 86% del gasto total en salud, mientras que a América Latina y el Caribe les corresponde 61% de la población y solo 14% del gasto regional total en salud. El gasto nacional per cápita promedio en salud en los países de América Latina y el Caribe se calcula en US\$ 501. El gasto promedio per cápita en salud en el Canadá (US\$ 2.875) es casi seis veces mayor que el nivel de gasto promedio en salud en los países de América Latina y el Caribe. El gasto promedio per cápita en salud en los Estados Unidos (US\$ 4.791) es aún mayor que el de Canadá, y más de nueve veces mayor que el nivel de gasto promedio en salud en los países de América Latina y el Caribe.

La participación de la Región de las Américas en el gasto mundial en salud fue relativamente amplia (44%). La participación del gasto nacional en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB) (GNS/PIB) se estima en alrededor de 12,7%. Esta cifra es superior a la de los países de la Unión Europea (9,6%) y significativamente más elevada que la que corresponde a la región de América Latina y el Caribe solamente (6,8%). La cifra que se destina al gasto en salud constituye un indicador del peso de los recursos económicos dedicados al gasto en atención

<sup>2</sup>Salvo indicación contraria, todas las cifras se expresan en dólares estadounidenses del año 2000, ajustadas por paridad del poder de compra [US\$ PPA 2000], según datos provenientes de los Indicadores del Desarrollo Mundial 2006, del Banco Mundial.

preventiva y curativa. El gasto nacional en salud también puede ser un buen indicador de las desigualdades en el acceso a los servicios entre las regiones del mundo, entre los países, o entre los distintos grupos de ingresos de un mismo país.

El análisis de la composición pública y privada del gasto nacional en salud ayuda a ponderar el grado de eficiencia del gobierno y del mercado que controla los recursos para la salud. Los recursos que se encauzan a través de las instituciones públicas son susceptibles al fracaso gubernamental (debido a las fallas de asignación, la subutilización o la baja productividad del financiamiento público). Los recursos que se transfieren de los consumidores a los proveedores mediante la compra y venta de bienes y servicios de salud, incluida la compra de seguros médicos, están sujetos a las fallas del mercado. El debate sobre la política pública en cuestiones relacionadas con la eficiencia debería basarse en la importancia relativa de los sectores público y privado en el gasto, es decir la proporción pública/privada del gasto nacional en salud (cuadro 4).

Como se observa en el cuadro 4, la proporción de la participación de los sectores público y privado en el gasto nacional en salud difiere entre las diversas regiones del mundo.<sup>3</sup> La proporción pública/privada del gasto sanitario nacional va de 74/26 en los países de la Unión Europea que cuentan con sistemas sanitarios nacionales de carácter universal, a 26/74 en los países de ingresos bajos de Asia Meridional. En las Américas la proporción pública/privada del gasto sanitario varía de 71/29 en el Canadá —que ha permanecido bastante estable durante la última década— hasta una proporción de alrededor de 45/55 en los Estados Unidos, y de 48/52 en la región de América Latina y el Caribe. Entre los países desarrollados, el sistema nacional estadounidense de atención de salud parece ser el que más se orienta hacia el mercado. Allí, la participación del gasto público como porcentaje del gasto nacional en salud total es de 45%, mientras que en los países de la Unión Europea es de 74%. No parece haber un patrón claro entre la proporción pública/privada del gasto nacional en salud y el nivel de ingreso per cápita. No obstante, la participación del gasto público en salud como porcentaje del PIB constituye un mejor indicador del papel del Estado en la provisión de bienes y servicios de salud,<sup>4</sup> y se correlaciona positivamente con el nivel de desarrollo económico de un país. Por ejemplo, el gasto público en salud representa alrededor de 7,1% del PIB en los países de ingresos altos de la Unión Europea; alrededor de

<sup>3</sup>El gasto público en salud comprende los desembolsos del gobierno central y de los gobiernos locales, y el gasto de los planes de seguridad social de afiliación obligatoria, mientras que el gasto privado en salud comprende el gasto directo de los hogares y los pagos efectuados por los diversos sectores institucionales de la economía a través de seguros médicos y planes de salud prepagos.

<sup>4</sup>De acuerdo con la definición generalmente utilizada en la literatura sobre finanzas públicas, el término “provisión” no se limita a la producción gubernamental de servicios de salud sino que incluye los sistemas normativos y obligatorios que aseguran que una cantidad adecuada de un tipo particular de bienes y servicios (servicios para la atención de salud o seguros médicos) estén a disposición de la población o sean utilizados (consumidos) por esta.



**CUADRO 4. Gasto nacional en salud en las Américas y en otras regiones del mundo, 2004.**

Regiones	Ingreso per cápita, US\$ PPA 2000	Gasto nacional en salud como porcentaje del PIB	Gasto nacional en salud per cápita en US\$ corrientes	Gasto nacional en salud per cápita, US\$ PPA 2000	Proporción pública/privada	Gasto público en salud como porcentaje del PIB
<b>Américas</b>	18.149	12,7	2.166	2.310	47/53	6,0
Canadá	28.732	10,3	2.669	2.875	71/29	7,3
Estados Unidos	36.465	13,1	5.711	4.791	45/55	7,2
América Latina y el Caribe	7.419	6,8	222	501	48/52	3,3
<b>Países de ingreso alto<sup>a</sup></b>	28.683	11,2	3.449	3.226	60/40	6,7
Unión Europea	25.953	9,6	2.552	2.488	74/26	7,1
Otros países	24.490	8,2	1.997	1.997	64/36	5,2
<b>Países de ingreso bajo y mediano<sup>b</sup></b>	4.474	5,5	79	248	48/52	2,6
Europa Oriental y Asia Central	7.896	6,5	194	514	68/32	4,5
Oriente Medio y Norte de África	5.453	5,6	92	308	48/52	2,7
Asia Meridional	2.679	4,4	24	119	26/74	1,1
Asia Oriental y el Pacífico	4.920	5,0	64	247	38/62	1,9
África al Sur del Sahara	1.820	6,1	36	111	40/60	2,4
<b>Todas las regiones y países</b>	8.284	8,7	588	742	58/42	5,1

<sup>a</sup>Incluye el Canadá y los Estados Unidos.

<sup>b</sup>Incluye América Latina y el Caribe.

**Fuente:** elaborado por la Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud del Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud; datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial y de la base de datos de Gasto Nacional en Salud de la OPS.

7,3% del PIB en el Canadá y 7,2% del PIB en los Estados Unidos, mientras que esta cifra se aproxima a 3,3% en los países de América Latina y el Caribe.

### El gasto nacional en salud y la participación pública y privada de los sistemas nacionales de atención de salud en las Américas 2004–2005: comparaciones entre los países<sup>5</sup>

La magnitud general de los recursos nacionales gastados en bienes de salud como porcentaje de la economía nacional varía, y mucho, entre los distintos países de las Américas. Esta amplia va-

riación en la participación del gasto en salud como proporción del PIB sugiere que, si bien el ingreso per cápita desempeña un papel en la explicación de la porción del PIB destinada al gasto nacional en salud, existen otros factores que pueden estar jugando un papel más importante en la determinación del nivel y la composición del gasto nacional en salud. El hecho de que los países gasten relativamente más o menos de su PIB en salud depende más de decisiones políticas, y refleja la manera en que se organizan y financian los sistemas nacionales de salud.

La Región presenta amplias variaciones en la composición pública y privada del gasto nacional en salud en función de la estructura de los sistemas nacionales de salud. Esta información se resume en el cuadro 5, que presenta el PIB per cápita, el gasto nacional en salud total como porcentaje del PIB, el gasto nacional en salud per cápita y la importancia relativa del gasto público y privado como porcentaje del gasto nacional total en salud.

Como ya se mencionó, no parece existir un patrón claro en la relación entre la composición pública y privada del gasto nacional en salud y los niveles de ingreso per cápita en los países. Quizás haya una ligera asociación entre estos factores, pero en todos los niveles de ingresos se producen variaciones significativas en la composición de la participación pública y privada del gasto nacional en salud. La composición pública y privada del gasto nacional en salud oscila entre 93/7 en Antigua y Barbuda —donde existe seguro médico nacional— y 27/73 en Guatemala. En el cuadro 6 se clasifican los sistemas de salud por tipo de sistema nacional de salud y por nivel de ingreso. Los sistemas nacionales de salud de los países de las Américas se clasifican como predomi-

<sup>5</sup>Debido a las diferencias en los conceptos, las clasificaciones o los procedimientos contables, los datos que se presentan en esta sección pueden diferir de los cálculos informados en los capítulos de los países o por otras organizaciones internacionales. Los métodos y las fuentes de datos utilizados en los cálculos que acá se presentan son similares a los utilizados en los indicadores básicos de salud de la OPS 2006 y pueden consultarse en: <http://www.paho.org/english/dd/ais/B1-brochure-2006.pdf>. Los conceptos, las clasificaciones y los procedimientos contables utilizados en la elaboración regular de los cálculos del gasto nacional en salud para los 48 países y territorios de la Región de las Américas adhieren a las pautas del Sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas (SCN 1993), al Manual de Estadísticas de Finanzas Públicas del Fondo Monetario Internacional (MEFP 2001), a las nuevas normas internacionales desarrolladas en el marco de la Comisión de Estadísticas de las Naciones Unidas, y a la Conferencia Estadística de las Américas (CEA-CEPAL). La implementación de cálculos armonizados de indicadores económicos y financieros a nivel de país aseguraría la disponibilidad y el uso de esos indicadores para la elaboración de políticas. El trabajo de las cuentas de salud y las cuentas nacionales de salud en los países de las Américas incluye el desarrollo de indicadores económicos y financieros relacionados con la salud, los servicios de atención médica y los sistemas nacionales de salud.

**CUADRO 5. Gasto nacional en salud en las Américas: porcentaje del PIB per cápita y proporción pública/privada, 2004.**

País	PIB per cápita, US\$ PPA 2000	Gasto nacional en salud total como porcentaje del PIB	Gasto nacional en salud per cápita, US\$ PPA 2000	Proporción pública/privada
Anguila	8.310	6,9%	573	68/32
Antigua y Barbuda	11.567	9,4%	1.084	93/7
Antillas Neerlandesas	15.481	12,9%	1.997	91/9
Argentina	12.222	8,6%	1.045	55/45
Aruba	21.515	14,2%	3.064	89/11
Bahamas	15.955	6,1%	969	52/48
Barbados	17.217	8,1%	1.389	53/47
Belice	6.201	5,5%	341	77/23
Bermuda	70.313	9,8%	6.914	38/62
Bolivia	2.499	7,1%	178	59/41
Brasil	7.531	7,0%	530	49/51
Canadá	28.732	10,3%	2.959	71/29
Chile	9.993	8,3%	827	53/47
Colombia	6.669	6,0%	402	57/43
Costa Rica	8.714	8,5%	738	60/40
Cuba <sup>a</sup>	3.483	6,3%	220	...
Dominica	5.186	6,5%	335	68/32
Ecuador	3.642	4,6%	166	48/52
El Salvador	4.633	6,2%	287	39/61
Estados Unidos de América	36.465	13,1%	4.791	45/55
Guayana Francesa	7.774	...	...	...
Granada	7.372	7,7%	571	59/41
Guadalupe	7.759	...	...	...
Guatemala	3.964	6,5%	259	27/73
Guyana <sup>a</sup>	4.080	1,1%	45	...
Haití	1.714	5,7%	98	47/53
Honduras	2.644	6,0%	160	58/42
Islas Caimán	31.614	3,3%	1.049	...
Islas Turcas y Caicos	10.212	3,4%	348	...
Islas Vírgenes Británicas <sup>a</sup>	36.947	1,8%	681	...
Islas Vírgenes (EUA) <sup>a</sup>	13.938	3,0%	416	...
Jamaica	3.826	7,0%	267	36/64
Martinica <sup>a</sup>	14.026	...	...	...
México	9.010	5,5%	497	44/56
Montserrat	3.072	7,2%	220	85/15
Nicaragua	3.340	8,0%	266	41/49
Panamá	6.689	6,8%	453	66/34
Paraguay	4.423	6,6%	290	33/67
Perú	5.219	3,8%	197	61/39
Puerto Rico <sup>a</sup>	23.987	3,5%	828	..
República Dominicana	6.846	4,7%	320	29/71
Saint Kitts y Nevis	11.606	4,3%	497	57/43
Santa Lucía	5.819	5,8%	337	57/43
San Vicente y las Granadinas	5.880	4,5%	267	86/14
Suriname <sup>a</sup>	6.188	3,8%	237	...
Trinidad y Tabago	11.196	4,9%	551	60/40
Uruguay	8.658	9,0%	781	71/29
Venezuela	5.554	6,3%	348	56/44

<sup>a</sup>Gasto público solamente.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Fortalecimiento de Sistemas de Salud, Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud.

**CUADRO 6. Clasificación de los sistemas nacionales de salud en las Américas (tipo de sistema y nivel de ingreso), 2004.**

Tipo de sistema de salud	Nivel de ingreso: Bajo (Menos de US\$ 4.000)	Nivel de ingreso: Medio (Más de US\$ 4.000; menos de US\$ 11.000)	Nivel de ingreso: Alto (Más de US\$ 11.000)
Sistema predominante-mente público:		Anguila	
		Belice	Antigua y Barbuda <sup>a</sup>
La proporción del gasto público supera el 66% del gasto nacional en salud	Cuba <sup>a</sup>	Dominica	Antillas Neerlandesas <sup>b</sup>
		Montserrat <sup>a</sup> Panamá <sup>b</sup> San Vicente y las Granadinas Uruguay <sup>b</sup>	Aruba <sup>b</sup> Canadá <sup>b</sup>
Sistema mixto: <sup>b</sup>		Chile <sup>b</sup> Costa Rica <sup>b</sup>	Argentina <sup>b</sup> Bahamas
La proporción del gasto público supera el 50% pero es inferior al 66% del gasto nacional en salud	Bolivia	Granada	Barbados
	Honduras Nicaragua	Perú Santa Lucía Venezuela	Saint Kitts y Nevis Trinidad y Tabago
Sistema predominantemente privado orientado al mercado:	Ecuador	El Salvador	Bermuda
La proporción del gasto público es inferior al 50% del gasto nacional en salud	Guatemala	Brasil	Estados Unidos de América
	Haití Jamaica	México Paraguay República Dominicana	

<sup>a</sup>Pueden clasificarse como sistemas nacionales de servicios de salud.

<sup>b</sup>Los países con amplios sistemas de seguridad social o de seguro médico (obligatorio), que cubren el 50% de la población o más (véase el cuadro 7), pueden clasificarse como países con sistemas nacionales de seguros de salud.

**Fuente:** Basado en el cuadro 5.

nantemente públicos (gasto público superior a 66% del gasto total nacional en salud), combinados (con un gasto público que oscila entre 50% y menos de 66% del gasto total nacional en salud) y predominantemente privados orientados al mercado (con un gasto público inferior a 50% del gasto nacional en salud).

El aspecto más fundamental podría ser que la provisión de servicios públicos de atención de salud tiende ser débil en los países más pobres, en especial si carecen de un sistema de salud pre-

dominantemente público. La ligera asociación antes mencionada entre una participación mayor del gasto privado y los ingresos per cápita del país, probablemente se deba a que los servicios públicos de salud son débiles en países como Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua y Paraguay. En general, allí donde gran parte de la población está cubierta por sistemas públicos de salud o por sistemas de seguro social, el gasto privado tiende a abarcar una participación menor del gasto total.

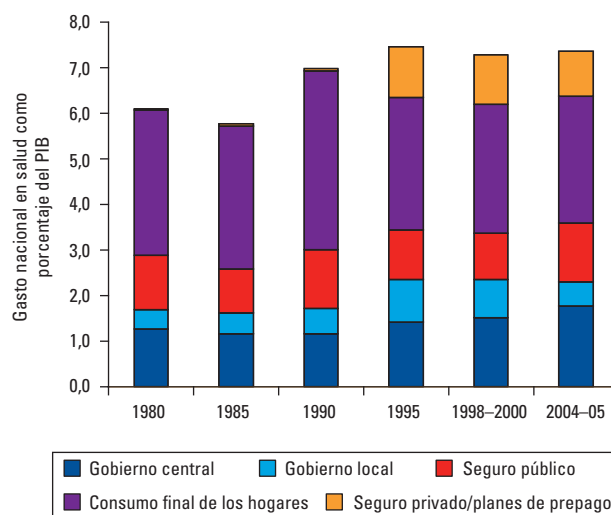
### Cambios en la composición del gasto nacional en salud: tendencias del gasto total y la creciente importancia de los seguros privados y de los planes de prepago

La dinámica del gasto nacional en salud en América Latina y el Caribe ha cambiado su composición a lo largo del tiempo. Las tendencias recientes incluyen un período que va de 1980 a alrededor de 1995, y un segundo período muy diferente que abarca de 1996 a 2005. Durante la década de 1980, en las Américas el gasto nacional en salud como porcentaje del PIB se incrementó de manera constante, y ello sucedió en medio de un estancamiento general de la economía que afectó a la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. La economía regional creció lentamente durante la década de 1980, a una tasa de 1,2% anual. El ingreso medio per cápita de la población se redujo de US\$ 6.600 en 1980 a US\$ 6.200 en 1990. Durante este período, el gasto nacional en salud aumentó más rápido que la tasa de crecimiento de la economía, esto es, alrededor de 1,4% por año. El gasto per cápita, en término reales, se incrementó de US\$ 380 a US\$ 420. Durante la década de 1990, las tasas de crecimiento de la mayoría de las economías de América Latina y el Caribe experimentaron una recuperación significativa. El gasto nacional en salud aumentó más rápidamente aún. La relación GNS/PIB creció de 6,8 en 1990 a 7,1 en 1995. El gasto per cápita en salud alcanzó aproximadamente los US\$ 480 dólares. Desde comienzos de los años ochenta hasta mediados de los años noventa, la participación del gasto nacional en salud como porcentaje del PIB se incrementó sustancialmente, de alrededor de 5,9% en 1980 a alrededor de 6,8% en 1990, y en 1995 alcanzó alrededor de 7,1%.

Desde mediados de 1990, la Región experimentó un período de crecimiento económico acelerado. El gasto en bienes y servicios relacionados con la atención de salud creció a una tasa inferior a la tasa de crecimiento económico, y la participación del gasto nacional en salud como porcentaje del PIB cayó a 6,8%. Desde el período 1990–2000 hasta el período 2004–2005, el gasto total en servicios de salud creció a una tasa promedio de alrededor de 4% anual, levemente más baja que la tasa de crecimiento de la economía. La participación del gasto nacional en salud como porcentaje del PIB cayó de alrededor de 7,1% a mediados de la década de 1990 a aproximadamente 6,8% en 2004–2005. Durante ese tiempo, el nivel de gasto per cápita en salud se mantuvo prácticamente constante (alrededor de US\$ 500). En efecto, entre 1995 y 2005 el gasto per cápita en salud pasó de US\$ 485 en 1995 a alrededor de US\$ 500 y US\$ 510 en el período 2000–2005. El gasto nacional total en salud de la región de América Latina y el Caribe alcanzó aproximadamente los US\$ 305.000 millones en 2005. Esta cifra es 50% superior a su nivel anterior de US\$ 190.000 millones en 1980, y 5% superior al gasto regional total en salud en 2000 (alrededor de US\$ 291.000 millones).

De 1980 a 2005, la composición del gasto nacional en salud experimentó cambios significativos. La crisis económica y fiscal de 1980 afectó severamente a la capacidad de gasto de los go-

**FIGURA 1. Cambios en la composición del gasto nacional en atención de salud a través del tiempo, América Latina y el Caribe, 1980–2005.**



**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud, Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud. Base de datos de gasto nacional en salud.

biernos. En 1985, el nivel de gasto público en salud fue inferior al de 1980. El gasto público como porcentaje del PIB cayó de alrededor de 2,9% en 1980 a 2,6% en 1985. Durante la década de 1980, el gasto privado creció más rápidamente que el gasto público. La participación del gasto privado como porcentaje del PIB se incrementó de 3,2% en 1980 a aproximadamente 3,8% en 1990. La figura 1 muestra los cambios en la composición del gasto nacional en salud en América Latina y el Caribe para 1980–2005.

La recuperación del crecimiento de la economía durante la década de 1990 tuvo un impacto positivo sobre el gasto público en salud. (El gasto público en salud incluye el gasto del gobierno central y del gobierno local, y los gastos del sistema de seguridad social.) De 1990 a 1997, el gasto público en salud creció continuamente. La participación del gasto público en salud como porcentaje del PIB se incrementó a 3,4% del PIB en 1995–1997, descendió levemente a 3,2% en 2000 y se mantuvo en ese nivel durante los tres años siguientes. Se produjeron cambios en la composición del gasto público en salud; los gastos del gobierno central disminuyeron a lo largo de la década de 1980 y luego aumentaron con la recuperación económica en los años noventa. Los gastos en salud del gobierno local fueron bajos en la década de 1980, crecieron en la de 1990 y, luego de un pico en 1995, han estado disminuyendo desde 1998. Los gastos del programa de seguro público de salud disminuyeron levemente en la década de 1980, antes de aumentar en 1990; en la década de 1990 los gastos cayeron, pero registraron un aparente incremento durante 2004–2005.

La mayor parte del incremento del gasto privado en salud puede atribuirse al aumento significativo del gasto directo de los hogares y a la rápida expansión de los seguros de salud privados y los planes de servicios médicos prepagados. En efecto, cuando los gastos públicos en salud disminuyeron durante la década de 1980, el gasto directo de bolsillo de los hogares creció hasta alcanzar un tope en 1990, con una disminución posterior a medida que aumentaba la contratación de seguros de salud privados. Estos, y los planes de medicina prepaga, a comienzos de los años ochenta representaban en conjunto alrededor de 2% del gasto privado total. Con la expansión del mercado de seguros de salud privados y de los planes de prepago, esos desembolsos aumentaron en forma sostenida a fines del decenio de 1980 y comienzos del siguiente, para alcanzar aproximadamente 27,0% del gasto privado total hacia 1995, que desde entonces se ha mantenido prácticamente constante y representa alrededor de 1,2% del PIB.

### Gasto y cobertura de los planes de seguro de salud gubernamentales y sociales

La organización y financiamiento de los sistemas de seguros públicos nacionales de salud se ponen de manifiesto en el gasto en bienes y servicios realizado por los gobiernos centrales y locales (provincial, estatal y departamental), ya sea en forma directa o indirecta, por medio de programas de salud y maternidad de las instituciones de la seguridad social, o de planes (sociales) obligatorios de seguros de salud. (Dependiendo de la práctica contable de los países, estos gastos pueden o no incluirse como parte de las finanzas del gobierno.) La región de América Latina y el Caribe tiene diferencias sustanciales en cuanto a la participación en el gasto público total en salud, la magnitud de los fondos públicos que se invierten en la seguridad social y en otros planes de seguro social, y la cobertura de los planes de aseguramiento público de salud. El cuadro 7 muestra las grandes diferencias entre los países en el gasto público en salud, como porcentaje del PIB, y los niveles de gasto y cobertura de los sistemas de seguro público de salud para las Américas durante 2004–2005.

En la Región, el gasto público en salud como porcentaje del PIB oscila entre un porcentaje máximo de aproximadamente 12,7 (Aruba) y uno mínimo de 1,1 (Guyana). Los países con la participación más elevada de gasto público como porcentaje del PIB son aquellos cuyos sistemas nacionales de salud brindan una cobertura universal o casi universal a través de los planes de seguro de salud. El gobierno central participa directamente en la provisión de servicios de salud a la totalidad o a gran parte de la población en estos países. Por ejemplo, Cuba y otros países del Caribe, como Antigua y Barbuda y Monserrat, tienen un gasto público en salud de 6% del PIB o superior; las Antillas Neerlandesas y Aruba tienen gastos públicos totales en salud de alrededor de 12% del PIB o más. Los países con planes de seguro social de salud que cubren más de dos tercios del total de la población, tales como Chile, Costa Rica y Panamá, destinan entre

4,4% y 5,0% del gasto público en salud como porcentaje del PIB. El Canadá es el único país de la Región que brinda cobertura universal con un gasto público en salud de alrededor de 7,3% del PIB.

Otros países muestran niveles elevados de gasto público en salud, pero bajos en cobertura, como por ejemplo Colombia y los Estados Unidos. La participación relativamente alta del gasto público como porcentaje del PIB en Colombia se asocia con la introducción, a comienzos de la década de 1990, de un sistema nuevo de seguro social obligatorio que incrementó la cobertura, de un porcentaje aproximado de 20% a principios del decenio de 1990 a alrededor de 52% en 2004–2005. El gasto público total en salud de los Estados Unidos es de alrededor de 7,2%, con una tasa de cobertura que alcanza a 30% de la población. Los componentes principales de este gasto son los sistemas de seguro social destinado a los pobres (Medicaid), a las personas mayores de 65 años (Medicare) y a los niños (Programa de Seguro de Salud Infantil de los Estados [*State Children's Health Insurance Program*, SCHIP]).

El gasto público per cápita varía considerablemente a lo largo de toda la Región, desde US\$ 45 en Haití hasta más de US\$ 2.000 en Aruba, Bermuda, Canadá y Estados Unidos. En países con un seguro social de salud, los resultados muestran diferencias significativas en el gasto per cápita por beneficiario, que varía entre un máximo de aproximadamente US\$ 7.150 por beneficiario del seguro social de salud en los Estados Unidos y un mínimo de alrededor de US\$ 136 por beneficiario en Bolivia. El gasto en salud por beneficiario del seguro social de salud es, en general, más de dos veces superior al gasto público en salud per cápita.

Las instituciones de seguridad social tienen una cobertura reducida para la población en países con un sistema predominantemente orientado al mercado privado. Es el caso de Ecuador (20,4%), Guatemala (17,8%), El Salvador (16,8%) y Paraguay (10,9%). Un nivel similar de baja cobertura se observa en los países de ingresos bajos con sistemas de salud mixtos, como Honduras y Nicaragua.

Algunos países de la Región implementaron programas de salud con financiamiento público orientados a grupos vulnerables. La ejecución de estos programas aumentó realmente el total del gasto público en salud y la cobertura en salud. Estos programas se financiaron mediante la creación de impuestos específicos, orientados a recolectar fondos para el mejoramiento de la salud de la madre y el niño. Los programas se implementaron de manera gradual. El recuadro en la página 26 presenta un resumen breve de la información clave sobre el financiamiento de dos de estas iniciativas: el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) en Bolivia y la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI) en el Ecuador.

### Gasto privado en salud: consumo de los hogares

El gasto privado en salud es un componente importante del gasto nacional total en salud para la mayoría de los países de la

**CUADRO 7. Gasto público en salud y cobertura de los sistemas de seguro público de salud en las Américas, 2004–2005.**

País	Población total (en millones)	Total del gasto público en salud como porcentaje del PIB	Gasto en seguridad social y en seguro social de salud incluido en el total de la columna precedente, como porcentaje del PIB	Cobertura de la seguridad social y de los planes de seguro social de salud como porcentaje de la población total	Gasto público per cápita, en US\$ PPA 2000	Gasto en salud por beneficiario del seguro social de salud, en US\$ PPA 2000
Anguila	0,01	4,7%			388,3	
Antigua y Barbuda	0,08	8,7%			1.005,1	
Antillas Neerlandesas <sup>a</sup>	0,18	11,7%	11,7%	100,0%	1.811,2	1.811,2
Argentina <sup>b</sup>	38,37	4,7%	2,5%	49,6%	574,4	609,1
Aruba <sup>a</sup>	0,10	12,7%	12,7%	100,0%	2.732,4	2.732,4
Bahamas	0,32	3,1%			502,5	
Barbados	0,27	4,3%			739,0	
Belice	0,28	4,2%			262,0	
Bermuda	0,06	3,7%			2.624,9	
Bolivia	9,01	4,2%	1,5%	27,8%	105,1	136,1
Brasil	183,91	3,4%			259,5	
Canadá	31,97	7,3%	7,1%	100,0%	2.097,5	2.040,0
Chile <sup>b</sup>	16,12	4,4%	3,7%	83,5%	441,7	437,0
Colombia <sup>b</sup>	44,92	3,4%	3,0%	67,8%	229,4	294,9
Costa Rica	4,25	5,0%	4,5%	87,8%	440,0	449,0
Cuba	11,24	6,3%			220,2	
Dominica	0,07	4,4%			228,0	
Ecuador	13,04	2,2%	1,0%	20,4%	80,1	177,6
El Salvador	6,76	2,4%	1,2%	16,8%	111,0	331,6
Estados Unidos de América	293,66	7,2%	5,9%	30,1%	2.633,0	7.149,8
Guayana Francesa	0,20					
Granada	0,11	4,5%			334,8	
Guadalupe	0,45					
Guatemala	12,29	1,8%	0,9%	17,8%	71,1	192,1
Guyana	0,75	1,1%			45,3	
Haití	8,41	2,7%			46,3	
Honduras	7,05	3,5%			93,4	
Jamaica	2,64	2,5%			95,7	
Islas Caimán	0,04	3,3%			1.048,8	
Islas Turcas y Caicos	0,02	3,4%			348,5	
Islas Vírgenes Británicas	0,02	1,8%			680,6	
Islas Vírgenes (EUA)	0,11	3,0%			415,6	
Jamaica	2,64	2,5%			95,7	
Martinica	0,44					
México	103,80	2,4%	1,7%	56,4%	217,9	275,0
Montserrat	0,01	6,1%			186,0	
Nicaragua	5,38	3,3%	1,9%	10,7%	108,8	
Panamá	3,18	4,5%	2,9%	62,7%	298,8	
Paraguay	6,02	2,2%	1,0%	10,9%	95,7	
Perú	27,56	2,3%	1,1%	27,3%	120,1	
Puerto Rico	3,89	3,5%			827,8	
República Dominicana	8,77	1,4%	0,5%	0,0%	94,1	
Saint Kitts y Nevis	0,05	2,5%			285,1	
Santa Lucía	0,16	3,3%			192,9	
San Vicente y las Granadinas	0,12	3,9%			228,3	
Suriname	0,45	3,8%			237,0	
Trinidad y Tabago	1,30	3,0%			332,0	
Uruguay <sup>b</sup>	3,44	6,4%	4,5%	44,8%	554,1	876,1
Venezuela	26,13	3,5%	1,3%	38,3%	194,4	192,9

<sup>a</sup>El seguro social de salud representa más de 96% del gasto público total.

<sup>b</sup>Incluye gastos de los planes de seguro social de salud financiados por medio de contribuciones obligatorias: Argentina (obras sociales); Chile (FONASA e ISAPRES); Colombia (Fondos de Seguro Social de Salud; contributivo y subsidiado); Uruguay (IAMCS).

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud, Fortalecimiento de Sistemas de Salud, Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud. Washington, DC: OPS; agosto de 2006.

## El financiamiento de los programas de salud materno-infantil en Bolivia y en el Ecuador

Tanto en Bolivia como en el Ecuador se han instituido seguros universales de salud materno-infantil con financiamiento público previsto en leyes y decretos de los respectivos gobiernos nacionales. El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) se estableció en Bolivia en enero de 2003, en reemplazo del Seguro Básico de Salud (SBS) y del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN). El SUMI se creó como un seguro universal amplio y gratuito para mujeres embarazadas y cubre hasta los seis meses posteriores al parto, además de cubrir la atención a los niños desde su nacimiento hasta los 5 años de edad. En 2005 la Ley 3.250 extendió la cobertura del SUMI a todas las mujeres hasta los 60 años. Los servicios básicos de salud (SBS) cubiertos por el SUMI fueron ampliados de 92 a 546, provistos por los establecimientos de salud de la red de Seguridad Pública y Social y por los centros de salud operados por organizaciones no gubernamentales, la Iglesia y otros agentes.

El SUMI se financia mayormente con fondos del Tesoro General de la Nación, los impuestos nacionales de Coparticipación Tributaria Municipal (CTM) y el Fondo Solidario Nacional (FSN). Entre 1999 y 2005 el financiamiento del seguro de salud materno-infantil se incrementó de US\$ 8 millones a US\$ 24 millones. La cifra inicial de US\$ 8 millones se duplicó en 2002 con la inclusión de los aportes del CTM y del FSN, y la capacidad de gasto del programa se ha estimado en 70% a 85% del total de fondos percibidos. La cobertura de salud materno-infantil en Bolivia desde la introducción del SNMN en 1996 se incrementó hasta alcanzar a 55% de la población en 2005.

El gasto per cápita estimado en salud materno-infantil aumentó de unos US\$ 11 en 1999 a US\$ 25 en 2005, por cada persona atendida. Dicho monto no alcanza a cubrir los servicios para toda la población potencialmente destinataria. Con un sostenido aumento de la cobertura de servicios y una mayor capacidad de desembolso por parte del SUMI, el financiamiento seguirá siendo insuficiente para cubrir la oferta de servicios a la totalidad de la población potencialmente destinataria.

En el Ecuador, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia de 1994 se implementó por primera vez en 2000 mediante el Seguro Nacional de Maternidad e Infancia (SNMI). Esa ley establece que 3% del Impuesto al Consumo Especial (ICE) sea la fuente de financiamiento del Seguro, complementada con contribuciones del Fondo Nacional de Nutrición Infantil (FONNIN) y de organismos de cooperación internacionales que aportan fondos a los gobiernos locales. Estos últimos financian las actividades en sus respectivas jurisdicciones (municipios) y cubren los costos del transporte en las emergencias obstétricas y pediátricas. El presupuesto estimado para la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia no incluye los fondos provenientes del presupuesto general del Ministerio de Salud, que el Gobierno autoriza anualmente para subvenir el pago de salarios, equipamiento de las unidades, instrumental y mantenimiento de las instalaciones o establecimientos.

El financiamiento del SNMI pasó de US\$ 8 millones a US\$ 20 millones aproximadamente entre 1999 y 2005. Este sostenido aumento se debe al impuesto especial asignado directamente al seguro. En 1999 este cubría inicialmente nueve servicios, que se fueron incrementando hasta alcanzar a 42 en 2003. En el mismo lapso la cantidad de beneficiarios del seguro saltó de 793.000 a 3 millones de personas, en tanto que el gasto per cápita aumentó de aproximadamente US\$ 6 a US\$ 10, por persona atendida. Según las estimaciones nacionales, el paquete promedio de gastos per cápita cuesta US\$ 34, de modo que el financiamiento actual no alcanza para proporcionar el total de servicios programado. La sostenibilidad de este seguro depende tanto de la capacidad del Gobierno para aumentar los impuestos destinados a esos fines como de la eficiente utilización de dichos fondos.

*Fuente:* Adaptado de Gordillo A, 2006. Organización Panamericana de la Salud, Fortalecimiento de Sistemas de Salud, Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud.

Región, aun en aquellos con un gasto público relativamente alto o en los que el gasto y cobertura del seguro social de salud es relativamente elevado o universal. De todas formas, en general, parece haber una relación inversa entre la relativa importancia del gasto y cobertura de los sistemas públicos de salud y la relativa importancia de los gastos privados en salud.

El gasto de consumo de los hogares en servicios de salud como porcentaje de los gastos de consumo doméstico total mide los costos de la atención de salud solventados por las familias, ya sea en forma de gasto directo —también denominado gasto de bolsillo— o indirecto, que se refiere al gasto de los hogares y de las empresas en concepto de planes de servicios médicos prepa-

dos y planes de seguros médicos privados. También mide el impacto diferencial de los aumentos sobre los costos de atención de salud en los presupuestos familiares.

La participación de los gastos de consumo privado en salud de los hogares como porcentaje del PIB es un indicador de la importancia del consumo privado de bienes y servicios vinculados a la salud, en relación con el ingreso y el gasto total de una economía. Las diferencias en el nivel de gastos de consumo de los hogares en salud en términos per cápita —ajustadas según la paridad del poder adquisitivo— es un indicador de las variaciones en cuanto al acceso y utilización reales de los servicios de salud en diferentes países de la Región. Los gastos de los hogares en servicios privados de salud representan un porcentaje significativo de los gastos de consumo total de los hogares en la mayoría de los países de la Región. Las estimaciones sobre la importancia relativa de los gastos de consumo de los hogares en bienes y servicios relacionados con la atención de salud que se presentan en el cuadro 8, corresponden a las cargas de los componentes de gastos en bienes y servicios de salud en el índice de precios al consumidor del país (IPC).<sup>6</sup>

El cuadro 8 muestra las grandes variaciones en la importancia relativa de los gastos de consumo de los hogares en bienes y servicios de salud como porcentaje del consumo total de los hogares. Estas variaciones oscilan de 10% en la Argentina y 8,5% en los Estados Unidos, a menos de 2% en Antigua y Barbuda, Aruba, y San Vicente y las Granadinas. Además, en países con niveles relativamente elevados de gasto gubernamental y cobertura de sistemas de seguro público de salud, como Canadá, Chile y Costa Rica, el gasto de consumo de los hogares en el rubro salud representa entre 5% y 6% del consumo total de los hogares. En países de ingresos bajos, como Haití, Honduras y Perú, la participación es baja (alrededor de 3% de los gastos totales de consumo de los hogares). Estos gastos privados de consumo de los hogares se suman al valor de los servicios de atención de salud brindados en forma gratuita por los gobiernos o por instituciones de seguros sociales de salud. Las diferencias en estas participaciones muestran la gran diversidad de probables impactos de los incrementos sobre los costos de la atención de salud en los presupuestos de consumo de los hogares entre los países. De manera similar, las grandes diferencias en la participación de los gastos de consumo

<sup>6</sup>El IPC mide los cambios a lo largo del tiempo en el nivel general de precios de bienes y servicios adquiridos, usados o pagados por una población de referencia. Un IPC se estima como una serie de medidas resumidas del cambio proporcional periódico en los precios de un conjunto fijo de artículos de consumo y servicios, de cantidad y características constantes, adquiridos, usados o pagados por la población de referencia. Cada medida resumida se obtiene como un promedio ponderado de la suma de un gran número de índices elementales. Cada uno de los índices elementales sumados se calcula usando una muestra de precios para un conjunto definido de bienes y servicios obtenidos en una región específica, o adquiridos por habitantes de una determinada región, en un cierto grupo de negocios u otras fuentes de consumo de bienes y servicios. Para una descripción detallada de los diferentes nombres y componentes del punto “salud y atención médica” incluido en diferentes países, véanse las notas al pie y las notas metodológicas en Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2006. OPS/HDN/HA/06.01; Washington D.C.; setiembre de 2006.

*“Estamos haciendo muchos esfuerzos por conseguir artículos originales sobre temas de interés relacionados con la salud pública escritos por las más altas autoridades en salud de las Américas.”*

Hugh Cumming, 1927

privado de los hogares como porcentaje del PIB, muestran la importancia relativa de las políticas públicas para manejar las fallas del mercado características del funcionamiento de los mercados privados de atención de la salud.

Las marcadas diferencias en la Región en cuanto al nivel de gastos de consumo de los hogares en términos per cápita muestran las amplias desigualdades en materia de acceso y utilización de los servicios médicos privados entre los países de las Américas. El cuadro 8 resume los diferentes indicadores para evaluar la importancia relativa de los gastos privados en salud, estimados de acuerdo con la importancia de los gastos de consumo de los hogares en bienes y servicios relacionados con la salud.

Los seguros privados de salud y los planes con financiamiento basado en el prepago se están convirtiendo en mecanismos importantes para el financiamiento del gasto privado en salud. El rápido incremento de los recursos gastados en seguros privados de salud y planes de prepago es el factor más importante en las tendencias recientes del gasto nacional en salud y se ha convertido en un factor principal para los mercados de atención de la salud en los países. Esta tendencia plantea un gran desafío a la política pública. Las regulaciones deben diseñarse para asegurar la eficacia del funcionamiento de los mercados del seguro de salud y los planes de prepago, así como también para manejar las desigualdades existentes en los países de las Américas en relación con el acceso a los sistemas de salud. Las dimensiones de los mercados del seguro privado de salud y los planes de prepago parecen estar determinadas por la importancia del sistema público de salud, el alcance de cobertura de la población, los servicios que cubren los sistemas de seguro social de salud y la existencia (o falta) de políticas que regulen el funcionamiento de dichos mercados. La presencia de corporaciones transnacionales y nacionales en diferentes países, más que el nivel de ingresos del país, parece ser un factor importante que explica la importancia relativa de los mercados de seguros privados y los planes de prepago.

La falta de cobertura de los sistemas públicos de salud no parece ser razón suficiente para el desarrollo del mercado del seguro privado de salud. En el caso de México (como en los casos de Corea, Grecia y Turquía), el desarrollo del mercado de seguros de salud privados es relativamente bajo, a pesar de las falencias en la cobertura del sistema público de salud. Por otro lado, incluso en países con sistemas de seguros sociales de salud casi universales, como Costa Rica, las grandes compañías ofrecen a sus trabajadores seguros de salud privados complementarios para reducir la espera en las instalaciones públicas o para brindar acceso a una “atención de mejor calidad”.



**CUADRO 8. Gasto privado en salud: consumo de los hogares, Región de las Américas, por país, 2004.**

País	Gasto de los hogares en salud como porcentaje del gasto total de los hogares	Gastos de consumo de los hogares en salud per cápita del PIB	Gasto de consumo de los hogares en en US\$ PPA <sup>a</sup>
Anguila	3,1	2,2	184,4
Antigua y Barbuda	2,8	0,7	79,4
Antillas Neerlandesas	...	...	...
Argentina	10,0	6,9	845,4
Aruba	2,9	1,5	331,1
Bahamas	4,4	2,9	466,5
Barbados	5,9	3,8	649,6
Belice	6,0	4,1	251,6
Bermuda	...	...	...
Bolivia	...	...	...
Brasil	5,9	3,6	270,2
Canadá	6,4	3,5	1.005,3
Chile	6,0	3,9	385,5
Colombia	4,0	2,6	172,2
Costa Rica	5,0	3,4	298,5
Cuba	...	...	...
Dominica	3,2	2,0	106,5
Ecuador	3,4	2,7	85,8
El Salvador	...	...	...
Estados Unidos de América	8,5	5,9	2.157,8
Guayana Francesa	...	...	...
Granada	...	...	...
Guadalupe	-	-	...
Guatemala	5,5	4,7	187,7
Guyana	-	...	...
Haití	3,2	3,2	55,2
Honduras	3,7	2,5	66,4
Islas Caimán	...	...	...
Islas Turcas y Caicos	...	...	...
Islas Vírgenes Británicas	...	...	...
Islas Vírgenes (EUA)	...	...	...
Jamaica	7,0	4,5	171,2
Martinica	-	...	...
México	-	...	...
Montserrat	6,9	5,3	162,3
Nicaragua	5,1	4,7	157,2
Panamá	...	...	...
Paraguay	...	...	...
Perú	2,9	2,0	106,4
Puerto Rico	...	...	...
República Dominicana	...	...	...
Saint Kitts y Nevis	3,7	1,8	212,0
Santa Lucía	3,6	2,5	143,8
San Vicente y las Granadinas	1,0	0,6	38,4
Suriname	...	...	...
Trinidad y Tabago	3,6	2,0	219,3
Uruguay <sup>b</sup>	3,8	2,8	242,2
Venezuela	4,2	2,8	153,2

<sup>a</sup>Dólares estadounidenses ajustados por paridad del poder adquisitivo (PPA), año 2000.

<sup>b</sup>Excluidas las contribuciones y pagos a los sistemas sociales de seguros de salud y a los servicios médicos de instituciones de salud colectivas y mutuales.

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Análisis y Estadísticas de Salud (HA), Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2006. Washington, DC: OPS; 2006.

A causa de la falta de regulaciones, muchos individuos con seguros de salud privados dependen de servicios de atención de salud en hospitales públicos subsidiados para mantener bajas las primas de los seguros. El seguro de salud privado puede utilizarse para cubrir un grupo limitado de servicios; los procedimientos médicos más costosos e infrecuentes no están incluidos en los planes de seguros privados porque se entiende que son prestaciones que ofrecen los hospitales públicos subsidiados. Esto plantea un problema adicional en términos del impacto potencial sobre la utilización y financiamiento del servicio para los hospitales públicos. También crea un desafío adicional para la política pública, que debe ser atendido.

### Descripción del gasto de los hogares en salud

El análisis del gasto de los hogares en salud es un modo de medir la carga financiera que las familias tienen al buscar atención de salud y de comprender las elecciones que realizan al asignar recursos para la obtención de bienes y servicios de salud. El análisis puede también ofrecer una visión interna limitada de otros temas, tales como la equidad en el sector de la salud y el acceso a los servicios de salud. Numerosos factores, tales como el ingreso familiar, las restricciones horarias, el costo de los servicios y el transporte, la disponibilidad y calidad de los servicios, las preferencias culturales y la percepción de la necesidad de buscar tratamiento, desempeñan un papel importante en la posibilidad de las familias para contar, o no, con acceso a los servicios de salud y beneficiarse de ellos. Las familias tienen sus propias prioridades que influyen en la decisión sobre cuándo y dónde buscar atención. Además, los servicios de salud no son un producto homogéneo, y su costo suele variar en forma considerable entre los proveedores del sector privado y el público (donde los servicios pueden no costar nada), lo que hace que los datos sobre gastos sean aún menos útiles. De todas maneras, la participación y la composición relativa de gastos de salud en el presupuesto familiar y las comparaciones entre grupos de ingresos ofrecen importante información sobre las elecciones relacionadas con el gasto

de los hogares y a menudo reflejan la disponibilidad de los recursos y servicios públicos.

El cuadro 9 presenta datos sobre el porcentaje de recursos de los hogares asignados al gasto en salud entre distintos grupos de ingresos, en nueve países de la Región. La participación del gasto de consumo total de los hogares destinado a las compras relativas a la salud tiende a ser relativamente estable entre los grupos de ingresos dentro de un país, con una diferencia que es habitualmente de pocos puntos de porcentaje. En términos absolutos, sin embargo, los grupos con un ingreso más alto gastan en bienes y servicios de salud mucho más que los de ingreso bajo. Un promedio aproximado para la Región sugiere que el 20% más rico de la población gasta hasta 12 veces la cantidad que gasta el 20% más pobre. Para los nueve países incluidos en el cuadro 9, se formó un promedio ponderado para el gasto en salud de los hogares. Sobre la base de estos datos, se estima que los hogares en promedio dedicaron 6,0% del gasto familiar a la compra de bienes y servicios de salud: de todas maneras, el quintil más pobre destina 7,3% de los gastos del hogar a servicios de salud y el quintil más rico, 5,9%. En seis países, el quintil más pobre gasta en salud una porción superior de sus recursos que el quintil más rico. En algunos países, como la República Dominicana y el Paraguay, los pobres gastan considerablemente más en salud que los ricos. En la República Dominicana, los gastos en salud representan 29,1% de los gastos del quintil más pobre y solamente 3,5% de los gastos del quintil más rico; en el Paraguay, los gastos en salud representan 14% de los gastos para el quintil más pobre y solamente 8,8% de los gastos del quintil más rico. En otros países, los gastos en salud son similares entre los quintiles más pobres y más ricos; Guatemala es el único país donde el quintil más rico destina un porcentaje más grande de los gastos a servicios de salud que el quintil más pobre.

El gasto privado en salud como participación del gasto total de los hogares tiende a disminuir según aumenta el ingreso. Dos factores parecen ser los que impulsan esta tendencia. El primer factor es el impacto relativamente reciente del seguro privado sobre el gasto de los hogares en salud. El crecimiento del grado de co-

**CUADRO 9. Distribución del gasto de los hogares en salud por ingreso/gasto, países seleccionados de las Américas.**

País	Año	Total	Ingreso o gasto aproximado por quintiles				
			Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto
Argentina	1996–1997	8,6	9,2	8,6	7,8	8,2	9,0
Brasil	1995–1996	6,5	8,3	6,5	6,9	7,1	6,3
Guatemala	1998–1999	7,3	3,9	5,9	7,0	8,3	7,8
Jamaica	1998	2,6	2,4	2,5	2,5	2,6	2,7
México	1996	2,9	3,7	3,3	3,3	2,9	2,8
Paraguay	1996	10,7	14,0	13,8	10,9	10,1	8,8
Perú	1997	4,4	4,3	4,8	4,7	4,0	4,5
República Dominicana	1996	6,3	29,1	14,7	9,4	7,7	3,5
Uruguay	1994–1995	13,0	11,0	14,0	15,0	13,0	11,0

*Fuente:* Organización Panamericana de la Salud, Fortalecimiento de Sistemas de Salud, Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud; agosto de 2006.

bertura del seguro privado en los grupos con ingreso elevado, con primas pagadas mayormente por los empleadores, reduce los niveles de gasto directo de estos quintiles. El segundo factor en esta tendencia se relaciona con la falta de cobertura del sistema público de salud. Los quintiles de menores ingresos tienen acceso limitado a los programas de seguro de salud formales, porque los grupos de menores ingresos están compuestos primariamente por trabajadores agrícolas e informales que no están cubiertos por programas de seguro de salud formales. El quintil de menores ingresos también puede tener acceso más limitado a los establecimientos de salud pública que tienden a estar ubicados cerca de las zonas urbanas o dentro de ellas, y a los que no es fácil acceder en las zonas rurales. Con gobiernos que asignan la mayoría de los recursos a establecimientos secundarios y terciarios en zonas predominantemente urbanas, los subsidios públicos pueden favorecer en forma desproporcionada a las ciudades y a los quintiles de ingreso superior, en lugar de reducir la carga de los grupos de ingreso más bajo, ubicados en las zonas rurales.

### Impacto distributivo del gasto público en salud

Parece existir una variabilidad considerable en la eficacia del gasto en salud como herramienta distributiva. El análisis del gasto gubernamental en salud sugiere que hay grandes variaciones en los cálculos del impacto distributivo de dicho gasto por grupos de ingresos, tanto entre los distintos países como dentro de ellos. Se estima que existe, paradójicamente, una relación inversa entre el nivel de ingresos de un país y el impacto distributivo del gasto público en salud y que dicho impacto es progresivo (es decir, favorece más a los pobres) en los países con niveles de ingreso relativamente más elevados (Argentina, Chile, Costa Rica y Uruguay) y regresivo (favorece a los que no son pobres) en los países con menores niveles de ingreso (Bolivia, Ecuador y Guatemala). El impacto distributivo del gasto en salud resultó ser neutral en el caso del Perú. En el cuadro 10 se examina la distribución de los beneficios del gasto público en salud por quintiles socioeconómicos para la región de América Latina y el Caribe.

Colombia es el único país en el que fue posible examinar las tendencias del gasto gubernamental a lo largo del tiempo, entre 1970 y 1997, debido a la disponibilidad de una serie de conjuntos de datos. Es posible entonces observar el cambio de una distribución progresiva del gasto gubernamental en salud a una regresiva. El 20% más pobre de la población recibió más de 21% del gasto gubernamental en salud en 1970 y alrededor de 28% en 1974. En 1997, el 20% más pobre de la población recibió solo 17,5% del gasto gubernamental en salud, mientras que el 20% más rico se benefició con la mayor parte de los cambios en el impacto distributivo: en 1970 recibió casi 7% del gasto público en salud y que en 1997 recibió casi 20%.

El gasto público en salud tiene un impacto redistributivo importante en favor de los pobres en los países en que el gasto representó 2,5% del PIB o más (Argentina, Colombia, Chile y Jamaica). Por el otro lado, se observó un gasto público en favor de

los ricos en los países en los que el gasto del gobierno en salud representó alrededor de 1% del PIB o menos (Ecuador y Guatemala). En la mayoría de los países el financiamiento del sistema (público) fue regresivo, basado en impuestos indirectos. El cambio a un financiamiento basado en impuestos directos permitiría atenuar la regresividad del financiamiento de los sistemas de salud.

Hay políticas específicas que pueden contribuir a mejorar el impacto distributivo del gasto público en salud. Por ejemplo, solo se consideró progresivo el caso del Brasil, donde un impuesto a las transacciones financieras establecido en el período 1997–1998 e impuestos directos sobre las ganancias netas de las empresas constituyeron las principales fuentes de ingresos del Ministerio de Salud. El redireccionamiento del gasto público hacia políticas orientadas a mejorar la percepción del propio estado de salud y de los riesgos sanitarios por parte de los individuos, puede ser una manera eficaz de reducir la brecha existente entre el estado de salud real y el que resulta de la propia evaluación, lograr que las personas tomen conciencia de su necesidad de servicios de atención médica, y aumentar la demanda de estos servicios.

El gasto público y los ingresos fiscales son las herramientas más importantes que puede utilizar un gobierno para lograr un financiamiento y acceso más equitativos a los servicios de atención médica. Se requieren niveles más elevados de impuestos para financiar las actividades gubernamentales, similares a los sistemas que utilizan los gobiernos de los ahora países desarrollados. Sin embargo, los países en desarrollo —incluidos los de América Latina y el Caribe— no utilizan plenamente la mayoría de estos instrumentos fiscales. Los países de ingresos bajos de la región de América Latina y el Caribe enfrentan un círculo vicioso de gobiernos débiles y falta de fondos para establecer instituciones lo suficientemente sólidas para imponer códigos impositivos y políticas fiscales, y asegurar la sostenibilidad de los programas sociales.

La elección de políticas públicas afecta a los niveles de gasto público en salud y a los programas sociales. Las grandes variaciones en el impacto distributivo del gasto público en servicios de salud y en programas de salud pública sugieren que, en la mayoría de los países de la Región, hay posibilidades suficientes para mejorar la utilización de las herramientas de financiamiento y gasto público con objeto de lograr un financiamiento y un acceso más equitativos a los servicios médicos. Los datos presentados en esta sección sugieren que los gobiernos de la región de América Latina y el Caribe, en particular los de los países de bajos ingresos, tienen capacidad potencial para utilizar las herramientas fiscales existentes con mayor efectividad para afrontar los temas de salud y equidad.

En conclusión, los gobiernos tienen margen más que suficiente para mejorar el impacto distributivo del gasto público en salud, aumentar la cantidad de recursos para salud, reducir la regresividad en el financiamiento de la salud y redireccionar el gasto público hacia intervenciones que induzcan una mayor utilización de los servicios de atención de salud por parte de los po-

**CUADRO 10. Distribución de los beneficios del gasto público en salud en países seleccionados de América Latina y el Caribe por quintiles.**

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Argentina <sup>a</sup>	31,0	18,0	26,0	18,0	7,0
Argentina, 1991 <sup>b,c</sup>	38,7	16,6	25,5	14,8	4,5
Bolivia, 1990 <sup>c</sup>	15,2	14,7	24,4	24,4	21,3
Brasil, 1994 <sup>c,d</sup>	31,5	26,5	19,5	14,2	7,5
Colombia, 1970 <sup>a</sup>	21,4	26,9	19,0	25,9	6,8
Colombia, 1974 <sup>a</sup>	28,0	22,0	20,1	17,7	12,2
Colombia, 1993 <sup>a</sup>	27,4	25,6	18,7	15,9	12,5
Colombia, 1997 <sup>c</sup>	17,5	19,7	22,2	20,7	19,7
Costa Rica, 1986 <sup>c</sup>	27,7	23,6	24,1	13,9	10,7
Chile <sup>a</sup>	31,0	25,0	22,0	14,0	8,0
Chile, 1996 <sup>c</sup>	30,9	23,2	22,2	16,5	7,2
Ecuador, 1995 <sup>a</sup>	12,5	15,0	19,4	22,5	30,5
Ecuador, 1994 <sup>c</sup>	18,8	41,9	16,0	16,3	7,0
Guatemala, 1998–1999 <sup>a</sup>	12,8	12,7	16,9	26,3	31,3
Jamaica, 1993 <sup>a</sup>	25,3	23,9	19,4	16,2	15,2
Perú, 1997 <sup>a</sup>	20,1	20,7	21,0	20,7	17,5
México	...	...	...	...	...
Uruguay, 1993 <sup>c</sup>	34,9	19,9	22,1	13,2	10,0
Promedio <sup>c,e</sup>	26,9	23,3	22,0	16,7	11,1

<sup>a</sup>Estimaciones informadas de Suárez-Berenguela R, 2001, pág. 142.

<sup>b</sup>Distribución de los hogares según el ingreso percibido, menos las contribuciones a la seguridad social, los impuestos sobre la renta y los subsidios gubernamentales.

<sup>c</sup>Estimaciones de la CEPAL (CEPAL, 2000; CEPAL 2001). Quintiles por nivel de ingreso per cápita. Incluye el gasto público en salud y nutrición.

<sup>d</sup>Los datos corresponden a la ciudad de São Paulo solamente.

<sup>e</sup>Promedio de los países incluidos en el estudio de la CEPAL únicamente.

**Fuentes:** Suárez-Berenguela R. Health systems inequalities in Latin America and the Caribbean. En: Invertir en salud. Beneficios sociales y económicos. (Publicación Científica y Técnica No. 582). OPS; 2001.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Equidad, desarrollo y ciudadanía. Versión definitiva. Santiago de Chile: CEPAL; 2000.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina, 2000–2001. Santiago de Chile: CEPAL; 2001.

bres.<sup>7</sup> Los resultados del proyecto Equidad en América Latina y el Caribe/Inversión en salud, equidad y pobreza (EquiLAC/IHEP, por sus siglas en inglés), y de otros estudios, sobre el impacto distributivo del gasto público en salud sugieren que la incidencia relativa del gasto público sanitario logra un cambio en términos de equidad en el financiamiento de los servicios de salud como proporción del PIB.

## LEGISLACIÓN EN SALUD

La legislación confiere a las políticas de salud el sustento necesario para transitar del ámbito de lo político al marco de lo jurídico. En cuanto a los sistemas y servicios de salud, la legislación instrumenta una plataforma de garantías con su contrapartida de obligaciones, define el papel que cumplen los actores públicos,

<sup>7</sup>Para mayor información sobre el impacto distributivo del gasto público en salud, véase Invertir en salud. Beneficios sociales y económicos. Publicación Científica y Técnica No. 582 (disponible solamente en formato PDF).

privados y sociales, nacionales e internacionales, así como sus funciones e interacciones, y establece el modelo mediante el cual se dará vigencia a los objetivos nacionales de salud, todo ello asequible a través de un sistema judicial. En los últimos cinco años varios países de la Región continuaron revisando sus marcos jurídicos con el fin de instrumentar políticas orientadas a la reestructuración de los sistemas y servicios de salud. Esto incluyó, entre otros aspectos, la redefinición de las competencias de los ministerios/secretarías de salud, la creación de planes para extender la cobertura, incluida la regulación de la participación del sector privado, las garantías de calidad y los mecanismos de control, la participación de la sociedad civil y la consolidación de los derechos de los individuos en materia de salud.

### Marco jurídico para el ejercicio de las funciones de rectoría y regulación en salud

Las legislaciones que reestructuran los sistemas de salud reformulan las funciones de los ministerios y secretarías, haciendo

hincapié en su papel rector y regulador. En 2002 se aprobó en Bolivia el Decreto Supremo No. 26.875, que redefine el sistema nacional de salud y establece competencias orgánicas y funcionales basadas en los niveles de gestión. Según este esquema, corresponde al Ministerio de Salud y Previsión Social, en la actualidad Ministerio de Salud y Deportes, la función rectora-normativa en el ámbito nacional. La gerencia técnica se encuentra a cargo del Servicio Departamental de Salud (SEDES) y de los municipios a través de los Directorios Locales de Salud (DILOS) como máxima autoridad local. En Chile, por medio de la Ley No. 19.937 de 2004 el Ministerio de Salud asume el papel rector y regulador del Estado en materia de salud, con inclusión de la formulación, evaluación y actualización del sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (Sistema AUGE). En Colombia, por medio de la Ley No. 790 de 2002 se fusionaron el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud, y se constituyó el Ministerio de la Protección Social para la ejecución del Sistema de Protección Social establecido por la Ley No. 789 del mismo año, uno de cuyos objetivos es permitir el acceso en condiciones de calidad y oportunidad a servicios básicos de salud. Además, por Decreto No. 205 de 2003 se definieron las funciones del Ministerio de la Protección Social al que le corresponde la rectoría del sistema.

En el Ecuador se promulgó la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su Reglamento, Decreto No. 3.611 de 2003, con el fin de hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud, garantizando el acceso equitativo y universal a servicios integrales de salud. De acuerdo con estas normas, el sistema nacional de salud actúa de manera descentralizada, desconcentrada y participativa, y cumple funciones de coordinación, provisión, aseguramiento y financiamiento. La función de coordinación del sistema es competencia del Ministerio de Salud en todos sus niveles. Nicaragua promulgó la Ley General de Salud (Ley No. 423 de 2002) y su Reglamento, Decreto No. 001 de 2003, que norman las distintas acciones de salud y definen las competencias y atribuciones del Ministerio, entre las cuales se encuentra la regulación del régimen de configuración de beneficios que ella instituye y el carácter de ente rector del sector.

En el Perú, la Ley del Ministerio de Salud (Ley No. 27.657 de 2002) determina que este organismo es el ente rector que conduce, regula y promueve el sistema nacional de salud con el fin de lograr el desarrollo integral de las personas. Con posterioridad, la Ley No. 27.813 del mismo año establece el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS) para lograr el cuidado integral de la salud de la población y avanzar hacia la seguridad social universal, confiriendo también al Ministerio de Salud la rectoría del sector. En la República Dominicana, la Ley General de Salud (Ley No. 42 de 2001) regula todas las acciones que permiten al Estado hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido por la Constitución. Esta ley organiza el sistema nacional de salud, cuya rectoría coloca en la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). En Venezuela se expidió el Decreto No. 3.753 de 2005, por medio del cual se re-

forma parcialmente la organización y funcionamiento de la administración pública central. En consecuencia, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social se convierte en el Ministerio de Salud, correspondiéndole, entre otras funciones, la elaboración, formulación, regulación y seguimiento de las políticas relacionadas con la salud integral de la población.

En el Caribe de habla inglesa se dictaron normas orientadas a la creación de sistemas de regulación bajo la supervisión de autoridades, comisiones y comités, con el fin de hacer más efectiva y eficiente la administración de hospitales y de otras instituciones de salud. La Ley sobre la Dirección de Servicios de Salud de las Islas Vírgenes Británicas (*BVI Health Service Authority Act*) de 2004 establece que esa es la autoridad administrativa del Hospital Peebles y los servicios comunitarios de salud. La norma crea un consejo nombrado por el ministro de salud, entre cuyas funciones se encuentra el diseño de políticas basadas en las necesidades de salud del territorio y el desarrollo e implementación de un programa de garantía de calidad sujeto a las políticas del Ministerio.

En Guyana se promulgaron en 2005 la Ley sobre Autoridades Regionales (*Regional Authorities Act*) y la Ley del Ministerio de Salud. La primera crea autoridades regionales para la provisión y administración de servicios y programas en zonas específicas y encomienda al Ministerio la tarea de aplicar la ley y establecer parámetros para el cumplimiento de las funciones de las autoridades mencionadas, mientras que la Ley del Ministerio de Salud define las funciones de esta institución, entre las cuales se encuentran el control de los servicios de salud y el desarrollo de los mismos de manera comprensiva, balanceada, consistente y equitativa. La Ley sobre Administración de Servicios de Salud Institucionales (*Institution-Based Health Services [Management] Act*) de Saint Kitts y Nevis de 2002 establece la Dirección encargada de la gestión y administración de servicios institucionales de salud (17). En el Canadá se creó, por Orden del Consejo de 2004, la Agencia de Salud Pública del Canadá, con la finalidad de facilitar la comunicación entre las provincias, liderar la vigilancia sanitaria e iniciar programas de acción comunitaria (18).

### **Regulación del financiamiento, el aseguramiento y la inserción privada en salud**

En la Argentina se aprobó un conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los agentes del seguro de salud en el ámbito del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), con vigencia hasta el 31 de diciembre de 2002. Con posterioridad, el plazo se prorrogó hasta 2003. La Ley No. 25.929 de 2004 amplía las prestaciones obligatorias que deberán brindar todas las obras sociales y entidades de medicina prepagas, al incluir el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, las cuales quedan incorporadas de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio (PMO), en el marco de un régimen de derechos para los padres y la persona recién nacida. En 2005, por Decreto

No. 317 del Presidente de la Nación, se aprobó el Sistema de Contrataciones Regionales de las Obras Sociales, que se implementa en forma progresiva en las distintas regiones del país y cuyo objetivo es evitar las intermediaciones en las contrataciones entre los grupos de obras sociales incorporadas al sistema y el conjunto de prestadores. Este decreto establece los lineamientos generales para asegurar la cobertura médico-asistencial a los beneficiarios de las obras sociales.

En 2001 se reformó en Belice la Ley de Seguridad Social para establecer un Plan Nacional de Seguro de Salud que cubre la provisión de servicios de salud públicos y privados que determina la ley. En Bolivia se promulgó en 2002 la Ley de Seguro Materno Infantil (SUMI) para la atención gratuita de la madre embarazada (desde la gestación hasta después de sexto mes del parto) y del niño hasta los 5 años de edad, de carácter universal, integral y gratuito en todos los niveles de atención pública. El financiamiento del SUMI proviene de fuentes compartidas entre la Nación, la coparticipación tributaria municipal y la cuenta especial Diálogo 2000 con carácter subsidiario. Se establecen los Directorios Locales de Salud (DILOS) como máxima autoridad local en materia de salud.

En el Canadá, dos decisiones recientes de la Corte Suprema de Justicia están llamadas a tener efecto en el sistema Medicare, una de ellas en cuanto al debate sobre los servicios que incluye el concepto “medicamento necesario” o “medicamento requerido” en la Ley de Salud de Canadá, y la otra al crear la posibilidad de remover la capacidad de los gobiernos provinciales de prohibir la alternativa de aseguramiento privado para los servicios cubiertos con fondos públicos. No obstante, en el ámbito provincial se realizan esfuerzos para fortalecer Medicare. En la Columbia Británica se reformó la Ley de Protección por Medicare (*Medicare Protection Act*) para prohibir los cargos extras por servicios de diagnóstico médicamente necesarios, con el fin de abordar situaciones creadas por clínicas privadas con fines de lucro. En Ontario se emitió legislación que respalda los compromisos con Medicare y se reintrodujo un aporte obligatorio para garantizar la atención de salud (impuesto arancel para la atención de salud [*health care premium tax*]) (18).

En Chile, la Ley No. 19.996 establece el Régimen General de Garantías en Salud, un instrumento regulatorio que forma parte del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere la Ley No. 18.469, cuyo artículo 4 reglamenta el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea el régimen de prestaciones de salud de 1985. El Régimen General de Garantías en Salud comprende las Garantías Explícitas relativas al acceso, la calidad, la protección financiera y la oportunidad, que deben ser obligatoriamente aseguradas por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Provisional (ISAPRE). En la nueva estructura, adquiere un papel relevante la Superintendencia de Salud, un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio que se relaciona con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud. A la Superintendencia, que

ejerce sus funciones por intermedio de la Intendencia de Instituciones de Salud Provisional y la Intendencia de Prestadores, le corresponde, entre otras tareas, la de vigilar y controlar a las ISAPRE, y velar por el cumplimiento de obligaciones tales como las relativas al Régimen de Garantías en Salud. También vigila y controla al Fondo Nacional de Salud y fiscaliza a todos los prestadores de salud públicos y privados en cuanto a la acreditación y certificación y al cumplimiento de los estándares de acreditación.

En Colombia, por medio del Acto Legislativo No. 01 de 2001 se modifican artículos de la Constitución Política de 1991 y se crea el Sistema General de Participaciones de los Departamentos, Distritos y Municipios, a la vez que se establecen los criterios para la distribución de los recursos con énfasis en la equidad. Como consecuencia, se promulga la Ley No. 715 de 2001, que define la competencia de la Nación y de las entidades territoriales en el sector salud y el régimen de distribución de recursos para el financiamiento. En el Ecuador, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud establece el Plan Integral de Salud garantizado por el Estado como estrategia de protección social en salud accesible y de cobertura obligatoria para toda la población por medio de la red pública y privada de proveedores, que se estructura con base en un enfoque pluricultural. Este plan define un modelo de atención que hace hincapié en la atención primaria, la promoción de la salud y la interrelación con la medicina tradicional, alternativa, o ambas, e incluye mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa. El plan se orienta a lograr el principio de universalidad por medio de tres regímenes articulados: el contributivo, el no contributivo y el voluntario, incorporando a las instituciones proveedoras de servicios de salud de carácter público, privado o mixto.

En El Salvador, por Decreto Legislativo No. 775 de 2005, se promulga la Ley del Sistema Básico de Salud Integral, y por Decreto No. 1.024 de 2002 se emiten disposiciones relativas a las garantías de salud y seguridad social. La salud de la población se considera un bien público y los servicios de salud pública son de naturaleza obligatoria según lo establecido en la Constitución Nacional. El decreto prohíbe la privatización, concesión, compra de servicios u otra modalidad dirigida a transferir a instituciones privadas la provisión de servicios de salud pública y los de seguridad social a cargo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

En 2002 se promulgaron en los Estados Unidos de América las Reformas a la Red de Seguridad para la Atención de la Salud (*Health Care Safety Net Amendments*), que creaba el Programa de Acceso para Comunidades Saludables (*Healthy Community Access Program*), orientado a proveer asistencia sanitaria a quienes no poseen seguro de salud (o tienen uno insuficiente), mediante la acción conjunta de proveedores, organizaciones y gobiernos locales; estaba previsto que el programa concluyera con el año fiscal 2006. La Ley de Mejoramiento y Modernización de la Prescripción de Medicamentos a través de Medicare (*Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act* [MMA]) de 2003 modifica la opción Medicare + libre elección (Medicare

+ Choice) al incluir un componente referido a beneficios para medicamentos bajo receta que se denominó Ventajas de Medicare (*Medicare Advantage*). La reforma tiene incidencia en el acceso a los medicamentos, a la vez que transfiere parte de las responsabilidades de Medicare a planes privados y a los propios beneficiarios. Por medio de la Ley de Reducción del Déficit de 2005, el gobierno federal exigió prueba de ciudadanía para acceder a los beneficios de Medicaid y al Programa de Seguro de Salud Infantil de los Estados (CHIP). Varios estados, entre ellos Massachussets y Maine (Iniciativa de Salud Dirigo), han emitido legislaciones para reformar ampliamente sus sistemas de salud. El Plan Massachussets proveerá cobertura universal de salud con obligatoriedad de participación, mientras que el Plan Dirigo, si bien se orienta al mismo fin, no crea por sí la obligación de afiliarse (19).

En 2002, Granada promulgó la Ley sobre Hospitales y Hogares Privados de Ancianos, para regular las actividades de este tipo de instituciones por medio del Comité de Hospitales Privados. En Jamaica, la Ley del Fondo Nacional de Salud de 2003 se refiere a la aplicación del Plan Nacional de Seguro de Salud denominado Fondo Nacional de Salud, como esquema contributivo destinado a mejorar la calidad de vida de la población. Este plan incluye la provisión de beneficios de salud determinados a todos los residentes del país, sin distinción de edad, género o ingreso (17).

En 2003 se reformó en México la Ley General de Salud para establecer el Sistema de Protección Social en Salud, financiado de manera solidaria por la Federación, los estados, el Distrito Federal y los propios beneficiarios. Por Acuerdo de la Secretaría de Salud, el mismo año se dieron a conocer las reglas de operación y los indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos o Seguro Popular de Salud, con carácter de seguro público y voluntario orientado a instrumentar el sistema. El objetivo principal del seguro popular son las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud. También por Acuerdo de la Secretaría de Salud de 2001 se crea el Comité Nacional del Programa de Acción “Arranque Parejo en la Vida”, cuyo objetivo es contribuir a la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como a una vigilancia adecuada de los niños desde su gestación hasta los 2 años de vida, mediante un estrecho seguimiento y evaluación de las acciones que se instrumenten en el marco del citado programa.

En 2002, se aprobaron en el Perú la Ley No. 27.812, que determina las fuentes de financiamiento del Seguro Integral de Salud (SIS) para su sostenibilidad en el tiempo y el cumplimiento de sus objetivos, y el Decreto No. 9-2002-SA de 2002, que reglamenta su organización y funciones. El financiamiento del SIS surge, entre otros aportes, de los recursos que le transfiera el Fondo Intangible Solidario creado por Ley No. 27.656 de 2002 y destinado únicamente a favorecer el acceso a prestaciones de calidad a la población excluida. Como complemento, por Decreto No. 3-2002-SA de 2002 se dictaron normas para los servicios suministrados por el

SIS con el fin de incorporar como prioritarios los servicios agrupados en los componentes madre e hijo, niños, y jóvenes. En la República Dominicana se promulgó la Ley No. 87 de 2001, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, estructurado con base en tres regímenes: contributivo, subsidiado y contributivo subsidiado, con el propósito de lograr la universalidad. Se garantiza a los afiliados la libre elección entre el Seguro Nacional de Salud como asegurador de carácter público y las Administradoras de Riesgos de Salud de naturaleza pública, privada o mixta. También en la República Dominicana, por Resolución No. 48-13 de 2002 se emitió el Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud, que tiene por objeto regular la prestación de los beneficios, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones del seguro familiar de salud en todo el territorio nacional.

En el Uruguay, por Decreto No. 133 de 2005 se creó el Consejo Consultivo para la Implementación del Sistema Integrado de Salud en la órbita del Ministerio de Salud Pública, como objetivo principal de la política de salud. En Venezuela, se promulgó en diciembre de 2002 la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, con el fin de hacer efectivo el derecho a la seguridad social. Entre los regímenes que instituye se encuentra el Régimen Prestacional de Salud, que estará bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Desarrollo Social y se gestionará por medio del Sistema Público Nacional de Salud, mediante políticas, estructuras y acciones dirigidas a la universalidad, la equidad, la promoción de la salud y la calidad de vida, y la integralidad de las prestaciones.

### Regulación de la calidad de la atención

Varios países dictan normas sobre la calidad de la atención. En la Argentina, por Resolución No. 482 de 2002 se aprueban las normas de organización y funcionamiento del área de servicio social de establecimientos asistenciales que se incorporan al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Por Decreto No. 140 de 2004 se aprueba en Chile el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud que mediante la función de auditoría se orienta a garantizar la calidad de estos servicios. En Costa Rica, por Decreto No. 30.571 de 2002 se aprueba la regulación general sobre la autorización y funcionamiento de los establecimientos de salud y la Ley No. 8.415 de 2004 agrega un inciso al artículo 30 del Capítulo IX de la Ley de la Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos No. 7.593, para incluir dentro de las conductas sancionables el incumplimiento de las normas y principios de calidad en la prestación de los servicios públicos. Mediante el Acuerdo No. 06 de 2005, Honduras emite el Reglamento para el Control Sanitario de Productos, Servicios y Establecimientos de Interés Sanitario.

En México, por Acuerdo del Consejo de Salubridad General de 2002, se sientan las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, mientras que por Reglamento del Consejo de Salubridad General de 2003 se emite el Reglamento Interno de la Comisión para la

Certificación de Establecimientos de los Servicios de Salud, que tiene por objeto apoyar al Consejo de Salubridad General en la coordinación y desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. La Ley General de Salud de Nicaragua establece el Sistema de Garantías de Calidad del Sector Salud, y su Reglamento instituye las auditorías de calidad de la atención médica.

En Dominica, por medio de la Ley sobre Hospitales e Instituciones de Salud de 2002 se regulan las licencias de estos establecimientos y de otros que el gobierno opera y mantiene. En Saint Kitts y Nevis, la Ley sobre la Administración de Servicios Institucionales de Salud de 2002 establece un Comité de Gerencia Ejecutiva entre cuyas funciones se encuentra la de coordinar con el Ministerio de Salud el monitoreo de actividades orientadas a la calidad de los servicios. En 2004 se sanciona la Ley del Consejo de Acreditación de Trinidad y Tabago. El Consejo, nombrado por el Presidente, tiene la finalidad de conducir y asesorar en cuanto a la acreditación y el reconocimiento de instituciones de educación secundaria y terciaria de salud y la promoción de estándares de calidad para dicho fin. En el mismo sentido, las Ordenanzas de la Dirección de Hospitales Públicos (Personal Médico) (*Public Hospitals Authority [Medical Staff] Bylaws*) de las Bahamas de 2003 establecen una serie de comités cuya función es garantizar la calidad de las prestaciones y asegurar que, en el ejercicio de sus funciones, el personal médico cumpla con las políticas, lineamientos y regulaciones establecidos (17).

### Canales para la participación de la sociedad civil

En relación con la participación, la Ley del Modelo de Gestión y DILOS, y la Ley del Seguro Universal Materno-Infantil de Bolivia establecen la gestión compartida con participación popular para el cumplimiento de la política nacional de salud y la implantación de los Directorios. La Ley No. 19.937 de Chile crea el Consejo Consultivo de los Usuarios para asesorar al Director del establecimiento de salud en la fijación de políticas y en la definición y evaluación de los planes institucionales. En Colombia, la Ley No. 715 establece para todos los niveles de gestión la necesidad de impulsar mecanismos para una adecuada participación social en el ejercicio pleno de los derechos y deberes de los ciudadanos en materia de salud y seguridad social. La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud del Ecuador define entre las funciones del Consejo Nacional de Salud y los Consejos Cantonales de Salud, la de promover la participación, el control social y la exigibilidad de los derechos de los usuarios, mientras que la Ley General de Salud de la República Dominicana crea las organizaciones populares, las asociaciones de vecinos y las organizaciones de usuarios o pacientes como entidades consultivas del Consejo Nacional de Salud. En Venezuela se emite el Decreto No. 2.745 de 2003, que crea la Comisión Presidencial para la Implementación y Coordinación Institucional del Programa Integral de Prestaciones de Atención Primaria de Salud denominado Barrio Adentro,

como nuevo modelo de gestión fundamentado en principios de interdependencia, coordinación, responsabilidad, cooperación y participación activa y protagónica de la comunidad organizada. La Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, por su parte, establece que en virtud de su relevancia pública las comunidades organizadas tienen el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de políticas específicas en las instituciones de salud pública.

### Fortalecimiento de los derechos en salud

La Ley General de Salud de Nicaragua y la Ley General de Salud de la República Dominicana contienen capítulos referidos a los derechos y obligaciones de los usuarios del sector salud público y privado, y a los derechos, obligaciones y responsabilidades de la población en relación con la salud, respectivamente. En Bolivia, la Ley del Ejercicio Profesional de 2005 (Ley No. 3.131) establece los derechos y deberes del paciente y del profesional médico, y la auditoría médica en lo referente al acto médico y a la gestión de la calidad de los servicios de salud. El Reglamento de esta ley, emitido por Decreto Supremo No. 28.562, también de 2005, incluye entre sus disposiciones la obligación de difundir los mencionados derechos y obligaciones, y exige que el profesional médico conozca el idioma nativo del lugar en donde ejerza su profesión; hace también referencia a las normas y protocolos para la gestión de calidad de los servicios.

En el Canadá, el gobierno federal reformó el Código de Trabajo para permitir a las personas que cuidan a familiares con enfermedades terminales hasta ocho semanas de ausencia compasiva con goce de sueldo. La mayoría de las provincias han procedido a reformar sus códigos de trabajo con el mismo fin. También en el Canadá, la Ley para la Protección de la Información Personal y los Documentos Electrónicos se aplica desde 2002 en el ámbito de la privacidad de la información de salud (18). En Costa Rica, la Ley No. 8.239 de 2002 sobre derechos y obligaciones de los usuarios de todos los servicios de salud públicos y privados crea la Auditoría General de Servicios de Salud como organismo desconcentrado del Ministerio de Salud, con el fin de promover el mejoramiento constante de los servicios de salud. En Panamá, la Ley No. 68 de 2003 reglamenta los derechos de los pacientes, las personas sanas y los profesionales en los centros de salud públicos y privados en materia de información y decisión libre e informada para los efectos clínicos y terapéuticos. En México, el Acuerdo mediante el cual la Secretaría de Salud da a conocer las reglas para la gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud) incluye un catálogo de derechos y obligaciones para los afiliados.

En los Estados Unidos el gobierno federal no actuó para regular las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO), pero en 2005 nueve estados (Arkansas, Carolina del Norte, Colorado, Connecticut, Indiana, Nueva Hampshire, Rhode Island, Texas y Virginia Occidental) emitieron cartas detalladas sobre los



derechos de los pacientes que reciben atención a través de dichas organizaciones (19).

## RECURSOS HUMANOS

### La importancia de los recursos humanos en salud

El principal desafío que se plantea en el campo de los recursos humanos en salud es lograr el reconocimiento de su importancia en el conjunto de los países de la Región, y en este sentido la situación ha experimentado un cambio promisorio. En efecto, tras dos décadas en las que los desequilibrios sanitarios se acentuaron y los recursos humanos para la salud se consideraban más como un costo que debía reducirse que como una inversión, a partir de 2004, y en forma progresiva, se reconoce que constituyen un componente crítico para el desarrollo de la salud.

Numerosas iniciativas de carácter nacional e internacional ponen de manifiesto su relevancia y exhortan a concentrar esfuerzos en este campo. Así, en 2006 la OMS dedicó el Día Mundial de la Salud a reconocer el trabajo de los profesionales sanitarios bajo el lema “Colaboremos por la salud”, y definió esta área como prioritaria para los planes de trabajo 2006–2015. Por otra parte, la adopción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)—en los que el mejoramiento de diversos indicadores de salud ocupa un lugar central— ha puesto de relieve la importancia de contar con un número suficiente de recursos humanos calificados, para avanzar con más rapidez. Diversos estudios sobre las posibilidades de alcanzar los ODM han reconocido que el éxito depende en gran parte de los recursos humanos en salud. Instituciones tales como la Universidad de Harvard, fundaciones privadas como Rockefeller, Atlantic Philanthropies, y Bill y Melinda Gates, y organismos de cooperación como la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI), se unieron a la OMS para formular la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto (JLI, por sus siglas en inglés), en la que se denuncia la falta de inversión, esfuerzos y financiamiento en este campo, y se declara que la meta de alcanzar los objetivos relacionados con la salud no será realizable sin la participación activa de la fuerza laboral en salud (20).

En los últimos años se han reunido datos estadísticos sobre los efectos de la disponibilidad de recursos humanos en la situación de salud, y se ha demostrado que la cantidad y calidad de los trabajadores sanitarios guardan relación directa con el grado de cobertura de inmunizaciones, el alcance de la atención primaria, y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres. Un estudio econométrico realizado en 2004 en 117 países y conducido por la JLI, concluyó que la densidad de personal de salud ejerce una influencia significativa en la mortalidad materna, de lactantes y de niños menores de 5 años, y que esta correlación se aprecia independientemente de las políticas de mejora en los ingresos, de los programas de reducción de la pobreza y de los aumentos en la educación femenina que pudieran haber tenido lugar (21).

**CUADRO 11. Tasas de mortalidad seleccionadas y cobertura de partos en grupos de países, según la disponibilidad de recursos humanos en salud.**

Recursos humanos por 10.000 habitantes	Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos	Partos (por personal calificado)
< 25	148	31	43	74%
25 a 50	65	22	25	95%
> 50	9	7	8	99%

*Fuente:* Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos. OPS; 2005.

En décadas pasadas el tema del desarrollo de los recursos humanos en salud en las Américas no ocupó un lugar destacado, lo que se aprecia al comprobar que entre 1980 y 2001 los Cuerpos Directivos de la OPS no aprobaron ninguna resolución al respecto. En el último período, sin embargo, la Región no ha quedado fuera del movimiento mundial de valorización del desarrollo del personal sanitario, hecho que se manifiesta en la preocupación creciente de los gobiernos y en el lugar que ocupa el tema en las agendas de sus reuniones y compromisos (22, 23). En forma paralela, empieza a reconocerse la estrecha relación entre la disponibilidad de trabajadores sanitarios y la situación de salud de la población. El agrupamiento de países según su disponibilidad de recursos humanos (baja, media y alta) permite apreciar la reducción de las tasas de mortalidad por algunas causas a medida que esta aumenta (cuadro 11).

Una evaluación de la incidencia del Programa de Salud Familiar en el Brasil en el período 1990–2002 indicó que la tasa de mortalidad infantil descendió en esos 12 años de 49,7 a 28,9 por 1.000 nacidos vivos, mientras que la cobertura del Programa de Salud Familiar llegaba a 36%. Los análisis realizados indicaron que controlando los otros factores determinantes de la salud, un aumento de 10% de la cobertura del programa estaba asociado con una disminución de 4,5% en la tasa de mortalidad infantil (24), valor similar al obtenido por la investigación realizada para la JLI, la que indica que un aumento de 10% en los recursos humanos para la salud conduce a una disminución de 2% a 5% en las tasas de mortalidad materna, infantil y de menores de 5 años.

En este contexto, en 2005 se llevó a cabo en Toronto, Canadá, la VII Reunión Regional del Observatorio de Recursos Humanos, en la que participaron 28 países y numerosos organismos de cooperación. Durante este evento se formuló el “Llamado a la Acción de Toronto”, con el propósito de “movilizar a los actores nacionales e internacionales del sector salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil, para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud, que ayuden al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las prioridades nacionales de salud y al acceso a ser-

vicios de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas para el 2015” (25).

Para esta reunión se identificaron cinco desafíos críticos:

1. Definir políticas y planes de largo plazo para adecuar la fuerza de trabajo de los servicios de salud a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
2. Conseguir que las personas adecuadas se encuentren en los lugares adecuados, para asegurar una distribución equitativa del personal de salud en las diferentes regiones y de acuerdo a las diferentes necesidades de salud de la población.
3. Regular los desplazamientos de los profesionales sanitarios de manera que permitan garantizar la atención de salud a toda la población.
4. Generar vínculos entre los trabajadores y las organizaciones de salud que permitan el compromiso con la misión institucional de brindar buenos servicios de salud a toda población.
5. Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación profesional (universidades, escuelas) y las de servicios de salud que permitan adecuar la formación de profesionales de salud para un modelo de atención universal, equitativa y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

Una encuesta administrada a 28 países de la Región en 2005 (26) indagó sobre la situación en que se encontraba cada uno de ellos con respecto a los desafíos mencionados y mostró la necesidad de avanzar en su superación. En las siguientes secciones se revisa la situación de la Región en relación con estos retos, tanto en sus aspectos cualitativos como cuantitativos.

### **Políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, y desarrollo de la capacidad institucional para ponerlos en práctica**

#### *Los procesos de planificación de los recursos humanos y sus características*

La producción y el uso de la información sobre recursos humanos varían de un país a otro. En el período considerado, la disponibilidad y el uso de la información para la toma de decisiones han mejorado en muchos países de la Región, pero también es cierto que las limitaciones en ambos aspectos persisten en muchos otros. En la encuesta mencionada anteriormente, 75% de los 28 países admitieron que no disponían de información suficiente sobre los trabajadores de la salud, sus ocupaciones y competencias.

Algunos países realizan grandes esfuerzos para conocer la cantidad de médicos y enfermeros con que cuentan, y por lo

general recurren a información procedente de bancos de datos preexistentes (censos de población, registros en colegios profesionales, etc.), pero son pocos los que, como el Brasil, desarrollan procesos de información original orientados a responder a problemas específicos.

No obstante, la información sobre recursos humanos en salud se ha fortalecido en muchos países. Así, en la República Dominicana, en Guatemala y en Costa Rica, se están organizando sistemas de información sobre la fuerza de trabajo en salud, mientras que otros, como Bahamas, Canadá, Colombia, Cuba, Jamaica, México, Suriname, y Trinidad y Tabago, cuentan con sistemas de información sobre recursos humanos de mayor fortaleza relativa.

#### *Institucionalización de la gestión nacional del desarrollo de recursos humanos*

La complejidad institucional del campo de los recursos humanos ha llevado a la creación de instancias colectivas de discusión, negociación y toma de decisiones concertadas, en un número creciente de países. En muchos otros se ha impulsado también la institucionalización de las capacidades de conducción del desarrollo nacional de recursos humanos para la salud. En algunos, como Brasil, Chile, Cuba, Perú y Honduras, existen direcciones de recursos humanos o similares, entre cuyas funciones figuran la orientación y el apoyo al desarrollo sectorial de los recursos humanos en salud. Otros han fortalecido la capacidad de los Ministerios o Secretarías de Salud de conducir los procesos nacionales de desarrollo de estos recursos. Por ejemplo, Guatemala creó la unidad responsable del desarrollo de los recursos humanos en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS); en el Brasil, la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud desarrolla funciones de información, planificación, investigación, regulación y asesoría en recursos humanos. El Perú, con la creación del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, y Chile, con su División de Gestión de las Personas, han fortalecido las unidades administrativas cuya responsabilidad es la gestión del desarrollo sectorial de los recursos humanos en salud.

No obstante, de los 28 países consultados en 2005 sobre la capacidad de las direcciones o dependencias de los Ministerios o Secretarías de Salud encargadas de reunir información, planificar y proponer políticas de recursos humanos, 23 estiman que existen importantes debilidades en esta materia (26).

#### *Regulación del ejercicio profesional de los recursos humanos en salud*

El grado de desarrollo de la regulación del ejercicio profesional es diferente entre los países, pero en general se puede afirmar que el tema está cobrando importancia creciente. En la mayoría de los países esta responsabilidad tiende a recaer en los colegios profesionales, mientras que las autoridades de salud respectivas se mantienen relativamente al margen. En Costa Rica, solamente los Colegios de Médicos, de Odontólogos y de Farmacéuticos cuentan con un sistema de recertificación profesional. En la Re-

“El futuro de la salud en las Américas depende del desarrollo pleno de servicios de salud adecuados en cada país y no de ninguna agencia internacional.”

Fred Lowe Soper, 1954

pública Dominicana recientemente se elaboró un reglamento de certificación y recertificación profesional. En otros países se implementan procesos de recertificación periódica. En las Bahamas, por ejemplo, el Consejo de Profesionales de la Salud (*Health Professions Council*) exige la renovación anual de las licencias profesionales. En Bolivia, se ha desarrollado un proceso de recertificación de los profesionales que se basa en la acreditación de los certificados obtenidos. El Consejo de Enfermería de Jamaica (*Nursing Council of Jamaica*) estableció un sistema de registro bianual. En México, los Consejos de Especialidad Médica certifican y recertifican a los profesionales de sus respectivas especialidades. En el Canadá, las autoridades de cada provincia y territorio definen la mayor parte de los mecanismos de regulación. Y en el Perú, la recertificación profesional solo ha sido implementada para la profesión médica, y se están realizando esfuerzos tendientes a establecer mecanismos similares para los Colegios de Enfermería, Obstetricia y Odontología.

Entre los esfuerzos subregionales en el campo de la regulación del ejercicio profesional se destacan las iniciativas para establecer acuerdos de reconocimiento recíproco de títulos de grado para la docencia y para la prosecución de estudios de posgrado en las universidades de los países miembros del Mercosur.

### Conseguir que las personas idóneas se encuentren en los lugares adecuados para asegurar una distribución equitativa del personal de salud

#### Disponibilidad de personal de salud

La Región cuenta en la actualidad con 1.872.000 médicos y 3.580.000 enfermeros, lo que significa una tasa promedio de 22 y 42 por 10.000 habitantes respectivamente. En el último período (2000–2004) estas tasas han aumentado a un ritmo anual de 0,15 para los médicos y 0,20 para los enfermeros.

Se mantiene un crecimiento positivo de los recursos humanos de salud, pero se confirma la tendencia a la disminución de ese incremento. En el período 1980–1992, el crecimiento anual promedio del número de profesionales de la salud en toda la Región fue de 5,8% para los médicos y de 8,2% para los enfermeros, valores que en el período 1992–2000 cayeron a 3,7% y 2,7% respectivamente. En el período 2000–2004 esta tendencia se acentuó, registrándose un crecimiento anual promedio de 1,0% en el número de médicos y de 0,8% en el de enfermeros. Esos valores también indican que la caída en el aumento del número de en-

fermeros es sensiblemente más pronunciada que la que experimentó el número de médicos.

Se estima que gran cantidad de naciones en la Región no cuentan con el personal necesario para alcanzar un nivel de cobertura mínima de servicios de salud.<sup>8</sup> En contraste, otro grupo de países tiene una disponibilidad cinco veces mayor. La densidad promedio de profesionales de atención sanitaria por habitante en los grupos de países con índices de disponibilidad bajos, medios y altos, es de 18,4, 27,7 y 122,6 (recursos humanos por 10.000 habitantes), respectivamente.<sup>9</sup> Cabe señalar que mientras la tasa de profesionales de la salud correspondiente al grupo de países con menor dotación de personal (18,4) se encuentre por debajo del parámetro mínimo propuesto por la OMS (25 profesionales por 10.000 habitantes), no se alcanzará la meta de 80% de los partos atendido por personal idóneo.

Los 15 países con menor densidad de personal sanitario suman 19% de la población de la Región y cuentan con 10% de los médicos y 3% de los enfermeros, mientras que los 11 países con mayor densidad de personal sanitario tienen 40% de la población y 52% de los médicos y 90% de los enfermeros. Al comparar el comportamiento de estos grupos de países en 2000 con el de 2004, se observa que la concentración de personal de salud tiende a aumentar. En aquel año los países con mayor disponibilidad de personal sanitario contaban con 73% de los médicos y enfermeros de la Región, mientras que actualmente disponen de 77%.

La densidad total de personal sanitario (médicos más enfermeros por 10.000 habitantes) en los países de mayor densidad fue de 122,6, cifra que representa un moderado incremento desde el año 2000 (120,1). El grupo de densidad media tiene una tasa de personal sanitario de 27,7 (similar a la que presentó en el año 2000). En los países con menor densidad de personal sanitario su disponibilidad de recursos humanos aumentó en el período 2000–2004 de 13,3 a 18,4 y por 10.000 habitantes, mientras la mortalidad infantil bajaba de 34,0 a 31,4 y la de menores de 5 años lo hacía de 51,6 a 42,6 defunciones por 1.000 nacidos vivos.

La tasa de personal sanitario de varios de los países del grupo de menor disponibilidad está significativamente por debajo de la densidad mínima sugerida como requisito para lograr una cobertura básica: Haití (3,6), Paraguay (9,1), Bolivia (10,8), Guyana

<sup>8</sup>Para calcular el número de médicos y enfermeros para una población determinada, la OMS y la JLI han propuesto utilizar una medida denominada “densidad de recursos humanos para la salud”, constituida por la suma de los dos indicadores disponibles para todos los países por 10.000 habitantes. La medición así obtenida es imperfecta porque no toma en cuenta a todos los demás trabajadores sanitarios, pero es la única viable para efectuar comparaciones globales.

<sup>9</sup>Para analizar la disponibilidad de personal de salud, los países se agruparon en función de la densidad de recursos humanos, con arreglo a tres categorías: (1) países con una tasa mayor de 50 por 10.000; (2) países con una tasa de 25 a 50, y (3) países con una tasa menor de 25, en consonancia con lo establecido en el *Informe sobre la salud mundial 2006* de la OMS, que indica que se requiere una densidad de 25 profesionales por 10.000 habitantes para asegurar un nivel mínimo de cobertura (definido como 80% de nacimientos asistidos por personal sanitario capacitado).

(11,2), Honduras (11,9) y Guatemala (13,3). Para alcanzar esa tasa, los países mencionados requerirán 124.000 médicos y enfermeros, de los cuales Haití necesita 18.000, Guatemala 14.500, Bolivia 12.000, Paraguay 9.500 y Honduras 8.500.

En el período 2000–2004 se verificaron aumentos importantes en la dotación de personal sanitario en algunos países: Bolivia aumentó su tasa un 120%, Nicaragua 88%, Paraguay 44%, Costa Rica 25% y Colombia 24%; pero en otros países las tasas de personal sanitario experimentaron una reducción: San Vicente y las Granadinas de 18%, Belice 15% y Guatemala 13%.

Es importante mencionar la formación de recursos humanos en salud, especialmente de médicos, que se realiza en Cuba y que incluye a estudiantes procedentes de otros países. A la fecha, la matrícula de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) en La Habana asciende a 8.222 alumnos de 24 países, 20 de los cuales pertenecen a la Región. De la ELAM egresó en 2005 la primera generación compuesta de 1.372 médicos de la Región. También la Escuela de Santiago de Cuba forma en la actualidad a 726 alumnos de tres países, entre ellos Haití, país del cual proceden 128 de los médicos recientemente graduados.

En relación con los ODM, es interesante señalar que al ritmo de crecimiento de los recursos humanos del período 2000–2004, algunos países no alcanzarán en 2015 la tasa de 25 profesionales de salud por 10.000 habitantes, establecida como requisito. Paraguay necesitará 32 años, Bolivia 15, Colombia 11 y Ecuador 9, y en todos los casos el plazo va más allá de 2015. Esa aún más grave la situación de los países con crecimiento negativo de sus recursos humanos, tales como Belice y Guatemala (no se pudo determinar la tasa de crecimiento de algunos países como Guyana, Haití y Honduras, por carecerse de información).

La falta de recursos humanos capacitados es un problema que va más allá de los complejos y prolongados procesos de formación de profesionales sanitarios, y los países con mayores carencias de personal de salud tienen grandes dificultades para crear y financiar puestos de trabajo que consigan atraer y mantener a estos profesionales en los lugares donde son más necesarios.

#### *Composición del personal de salud*

La Región en su conjunto cuenta con 21,8 médicos por 10.000 habitantes, cifra que representa un incremento de apenas 0,6 en relación con el año 2000. Cuba es el primer país de la Región en cuanto a la disponibilidad de médicos por habitante: aproximadamente 60 por 10.000, cifra que lo convierte en el segundo país en el mundo en lo que se refiere a este indicador. Las tasas de médicos por habitante del Uruguay y la Argentina también son de las más altas de la Región (superiores a 30 por 10.000 habitantes). En el otro extremo, Haití y Guyana presentan valores de 2,5 y 2,6 médicos por 10.000 habitantes.

Las tendencias de los cambios en las tasas de médicos por habitante variaron enormemente en toda la Región, desde una reducción de 11% en Guatemala, a un aumento de 165% en Nicaragua y de 130% en Bolivia. La tasa de enfermeros por habitante

en toda la Región es de 41,7 por 10.000, valor que prácticamente duplica a la de los médicos; no obstante, su crecimiento tiende a reducirse en forma acelerada. Las tendencias en la variación de las tasas de enfermeros por habitante fueron diferentes entre los países: en Costa Rica aumentó 178%, y en Bolivia, 100%, mientras que en Nicaragua se redujo 58%, en Belice 24%, y en Guatemala 12%.

La tasa de enfermeros por habitante alcanzó un alto valor en los Estados Unidos (97,2 por 10.000 habitantes), en Bermuda (89,6 por 10.000) y en el Canadá (73,4 por 10.000), sobrepasando además a los médicos en una proporción de 3 a 1 en los Estados Unidos, el Canadá y varios países del Caribe inglés. Contrariamente, los médicos sobrepasaron a los enfermeros en una relación de 5 a 1 en los países del Mercosur. La concentración de personal de enfermería de la Región se hace evidente al considerar que en 2004, 83% de los enfermeros se desempeñaban en los Estados Unidos o en el Canadá.

Datos provenientes de encuestas y censos de población efectuados en 13 países de la Región (Belice, Bolivia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, la República Dominicana, Trinidad y Tabago, y Venezuela) que representan un total de 2,4 millones de trabajadores sanitarios, señalan que la proporción de mujeres oscila entre 65% y 70%. Por otro lado, diversos documentos destacan que la importancia numérica del sexo femenino en el sector salud pone de relieve las inequidades de género, ya que los cargos jerárquicos están en su mayoría ocupados por hombres, tanto en las instituciones públicas como privadas.

#### *Presupuesto público en recursos humanos*

Los gastos por concepto de remuneraciones y otras erogaciones relacionadas con el personal sanitario constituyen uno de los rubros más importantes de los presupuestos de salud en la Región. Las limitaciones presupuestarias y la rigidez administrativa financiera derivada de la sujeción del financiamiento de las instituciones públicas de salud a los ministerios de economía, afectan a muchos países. La consulta de 2005 mostró que en 64% de los países el presupuesto de las instituciones públicas de salud no es adecuado para satisfacer las principales necesidades de la población. Se reconoce que los presupuestos de salud no permiten planificar de manera adecuada las necesidades demográficas y epidemiológicas de los países con la cantidad y tipo de personal requerido. Aún más, 75% de los países consultados en 2005 estiman que la planificación y elaboración presupuestarias de las instituciones públicas de salud son inadecuadas y no permiten disponer de suficientes trabajadores en lugares alejados y de menores recursos (26).

Las instituciones y autoridades de salud presentan una relativa debilidad en cuanto a su capacidad para negociar las asignaciones presupuestarias. En parte estas dificultades derivan de las limitaciones existentes para obtener y procesar información confiable que vincule el gasto en los servicios con los resultados en la salud poblacional. En tal sentido, son excepciones: el Canadá,

donde cada jurisdicción tiene la potestad de ajustar el personal de salud en función de las necesidades detectadas; Cuba, donde se ajusta el presupuesto según los requerimientos; el Brasil, donde el Programa de Salud de la Familia transfiere recursos específicos para reubicar profesionales en los servicios de atención primaria, y Chile, donde se han realizado recientes reformas legales tendientes a otorgar mayor flexibilidad a las dotaciones de recursos humanos de los servicios de salud.

## Desplazamientos de los profesionales de salud

### Distribución del personal de salud

La escasez de trabajadores sanitarios en algunos países se agrava por la tendencia de los profesionales a ubicarse en zonas urbanas, lo que restringe el ya limitado acceso a servicios de salud de las poblaciones residentes en zonas rurales. Solo nueve de los 28 países de la Región manifiestan estar satisfechos con la disponibilidad de información sobre distribución del personal de salud en relación con la población. Al mismo tiempo, 82% de los países reconocieron debilidades en la adopción de políticas y en la instrumentación de planes orientados a movilizar y atraer a los trabajadores de salud a las regiones de mayor necesidad (26).

Hay notables diferencias en cuanto a la distribución urbano-rural de los recursos humanos en salud. En general, la disponibilidad de médicos en las zonas urbanas supera 1,5 a 4 veces la tasa nacional, y es 8 a 10 veces mayor que en las zonas rurales (cuadro 12).

En la mayoría de los países que disponen de información sobre la concentración del personal de salud, la proporción de médicos

y enfermeros disponibles entre las regiones de mayor y menor dotación, es menor que 10 a 1, mientras que en otros países (Argentina, Nicaragua, Panamá y Paraguay) la diferencia entre regiones es mayor. Se destacan los casos opuestos de Nicaragua, donde la proporción de médicos disponibles en algunas regiones es 25 veces más que la de las zonas de menor dotación y 16 veces más en lo que atañe a los enfermeros, y de Colombia, que presenta la mayor homogeneidad en la distribución del personal de salud.

### Migración de personal de salud

La migración de recursos humanos en salud es un fenómeno de gran complejidad, cuya visibilidad crece conforme va desarrollándose la extracción y expulsión de personal sanitario en el ámbito nacional, y entre países. Este fenómeno está relacionado con la falencia de los mercados laborales en los países expulsores, y tiende a extraer los cuadros jóvenes y más calificados, quienes se insertan más fácilmente en el mercado laboral receptor.

Se destacan dos procesos en los cuales los profesionales se desempeñan fuera de sus países de origen: (a) la migración definitiva de personal de salud, especialmente de enfermeros, desde el Caribe a los países desarrollados, fundamentalmente a los Estados Unidos y el Canadá; (b) y el desempeño temporal de médicos y otros trabajadores de salud provenientes de Cuba en diversos países de la Región.

En algunas naciones la migración de personal de salud constituye un aporte importante de fuerza laboral sanitaria. En Venezuela, el Programa Barrio Adentro utiliza más de 25.000 cooperantes cubanos en el campo de la salud. En Chile, la migración de personal de salud del Ecuador, el Perú y Colombia aporta contin-

**CUADRO 12. Tasas de médicos y enfermeros por 10.000 habitantes en provincias y departamentos de mayor y menor dotación en países seleccionados de las Américas, 2000–2005.**

	Año	Médicos			Enfermeros		
		Tasa de mayor dotación	Tasa de menor dotación	Proporción	Tasa mayor	Tasa menor	Proporción
Argentina	2000	105,0	10,4	10/1	7,2	0,3	24/1
Bolivia	2001	5,3	1,3	4/1	4,6	0,8	6/1
Colombia	2000	14,7	6,0	2/1	4,3	1,9	2/1
Ecuador	2001	24,4	5,7	4/1	9,2	1,5	6/1
Guatemala	2004	30,5	4,5	7/1	n/d	n/d	n/d
Nicaragua	2003	15,0	0,6	25/1	11,0	0,7	16/1
Panamá	2005	7,4	0,6	12/1	n/d	n/d	n/d
Paraguay	2003	19,6	1,2	16/1	n/d	n/d	n/d
Perú	2003	17,7	3,3	5/1	14,5	2,9	5/1

**Fuentes:** Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Recursos Humanos.

Merino, C. Datos básicos sobre formación y distribución de personal de salud. Ecuador 1981–2001.

Perú, Ministerio de Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos. Situación y desafío de los recursos humanos en salud. Lima: IDREH; OPS/OMS; 2005.

Bolivia, Ministerio de Salud. Indicadores de recursos humanos de 2001.

Guatemala, Ministerio de Salud, Inventario de recursos humanos. Informes nacionales, 2005.

Panamá, Ministerio de Salud. Inventario de recursos humanos del sector público en salud. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org>

## Migración de trabajadores de la salud en el Perú y el Ecuador

De acuerdo con una investigación sobre la migración de los recursos humanos de salud en el Área Andina, hay 16.000 médicos y 17.000 enfermeros peruanos trabajando fuera del país. Según la Dirección de Migraciones, los médicos emigrantes pasaron de 1.060 en 1992 a 1.667 en 2004, mientras que los enfermeros se mantuvieron en 1.400. Los países de destino de los enfermeros peruanos son Italia, seguido de los Estados Unidos y España (Investigación de migración de los recursos humanos de salud en el Área Andina).

Una investigación realizada en el Ecuador indicó que 10% de los profesionales de salud graduados en los tres años anteriores, habían salido del país. Los médicos emigran en porcentajes más elevados que los enfermeros, los hombres con mayor frecuencia que las mujeres, y la salida del país es mayor entre profesionales graduados en las universidades privadas (26% frente a 7%). Los Estados Unidos son el destino más frecuente de los profesionales jóvenes ecuatorianos, y luego México y Chile. El trabajo estable y bien remunerado, y las buenas oportunidades de capacitación son los factores que más retienen a los profesionales jóvenes en el país (María Cristina Merino de Rojas. *Migración de médicos y enfermeras recién graduados, en ciudades seleccionadas de Ecuador*. Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Ecuador. Disponible en [www.opsecu.org/orhs-ecuador](http://www.opsecu.org/orhs-ecuador))

gentes de profesionales a los servicios municipales de atención primaria. Varios países del Caribe, como Haití y Santa Lucía, han incrementado sensiblemente la disponibilidad de médicos con el regreso de los estudiantes que recibieron formación médica en Cuba.

Una investigación realizada en Estados Unidos, el Reino Unido, Canadá y Australia (27) indica que entre 25% y 28% de los médicos que ejercen en esos países se graduaron fuera de esos países, y que entre 40% y 75% de estos profesionales provienen de países de ingresos bajos. En cuanto a las Américas, en los cuatro países estudiados se desempeñan 1.589 médicos jamaicanos (70% de los que ejercen en su país), 1.067 haitianos (55% de los que ejercen en su país), 3.262 dominicanos (21% de los que ejercen en su país), y cifras variables de médicos peruanos, bolivianos, guatemaltecos, panameños, costarricenses y colombianos que representan entre 4% y 5% de los que permanecen en los países correspondientes. El caso de Haití es muy significativo, porque aunque tiene el menor número de médicos por habitante de la Región —aun sin considerar destinos diferentes que los cuatro países analizados—, presenta una alta tasa de emigración de médicos equivalente a 55% de su fuerza laboral sanitaria. En el estudio mencionado se omitieron los países con menos de 1.000 médicos, por lo que no figuran los del Caribe inglés, con excepción de Jamaica, hecho que cobra interés si se considera que la tasa de puestos vacantes llega a 35% en algunos países de esta subregión.

La investigación citada consigna que el Canadá y México exhiben la mayor emigración de recursos humanos en salud, hecho que se relaciona con la proximidad de ambos países al mercado de trabajo estadounidense, que actualmente tiene 170.000 vacantes en enfermería y se proyecta un incremento hasta de 260.000 para 2010 (ese déficit corresponde a 90% de los enfermeros de América Latina y el Caribe). La demanda anual de residentes de espe-

cialidades médicas en los Estados Unidos supera en unos 6.000 a los médicos que egresan de las escuelas de medicina de ese país, por lo que estas plazas se cubren con médicos provenientes del exterior, muchos de los cuales adquieren residencia permanente en aquel país (28).

La comprensión del proceso de migración del personal de salud exige considerar la influencia de agencias que facilitan y aseguran esa migración, y que suelen ser contratadas por los servicios de salud de los países para reclutar enfermeros o médicos dispuestos a emigrar. Por otro lado, algunos programas de formación de profesionales sanitarios de los países de la Región contribuyen indirectamente a facilitar la migración de sus egresados y existe constancia de que algunas escuelas de medicina tienen programas que no están alineados con la problemática de salud nacional, ni con los niveles tecnológicos disponibles, lo que genera una insatisfacción con las oportunidades existentes y contribuye a incrementar la emigración del personal de salud.

Si bien muchos países reconocen que la migración del personal de salud es un problema importante, son pocos los esfuerzos dirigidos a contar con mejor información al respecto. En la encuesta realizada en 28 países de la Región mencionada anteriormente, solo tres consideraron conocer las tendencias de migración interna y externa de las principales profesiones de salud (26).

### *Acuerdos internacionales sobre la migración de personal de salud*

Solo tres de los 28 países consultados informan haber firmado acuerdos internacionales que regulan los movimientos más frecuentes de los profesionales de salud, desde o hacia el país (26).

Los países pertenecientes al Commonwealth han establecido un acuerdo para cesar el reclutamiento de enfermeros de otros Estados Miembros, pero al mismo tiempo los países del Caribe

inglés requieren el reclutamiento externo de médicos. Por su parte, el Mercosur avanza hacia la regulación de la migración de los profesionales de salud en esa subregión.

## Vínculos de los trabajadores con las instituciones de salud para prestar buenos servicios

### *Evolución de las características del empleo y de los sistemas de contratación*

Ya se señaló que, según datos provenientes de encuestas y censos de población efectuados en 13 países de la Región con 2,4 millones de trabajadores de la salud, la proporción de mujeres oscila entre 65% y 70%, pero los puestos jerárquicos en las instituciones tanto públicas como privadas del sector salud están ocupados mayormente por hombres (29, 30). Estos estudios señalan que en 2002 la tasa de desempleo general era de 6,2%. En los países considerados, el porcentaje de mujeres empleadas de ambos sectores oscilaba entre 49% y 70% en el sector público y entre 64% y 76% en el sector privado. Entre los trabajadores desempleados, el porcentaje de mujeres fue significativamente mayor que el de hombres (31).

El pluriempleo es una condición generalizada que está ligada al incremento de puestos de trabajo a tiempo parcial y a las bajas remuneraciones, que impulsan a obtener ingresos de distintas fuentes. En muchos países de la Región se ha configurado un mercado de trabajo “dual”, que combina mejores salarios y condiciones de trabajo en el subsector privado y mayor protección social y otros beneficios en el subsector público. El pluriempleo se aprecia en mayor grado en Argentina, Brasil, Uruguay y Perú, y en menor medida en Chile, Panamá y El Salvador. En el caso del Perú, un estudio detectó que 71% de los médicos tenían dos o más empleos. En el Uruguay, según estudios realizados en los últimos 20 años, se mantiene un promedio de 2,6 puestos de trabajo por médico. Entre los trabajadores del área de enfermería, el pluriempleo es considerablemente menor, lo que se explica por la relativa mayor cantidad de horas requeridas en cada puesto de trabajo. En el Uruguay, el promedio de cargos por enfermera es de 1,34, la mitad del registrado para los médicos.

### *Diversidad de regímenes laborales*

Las nuevas tecnologías, la reducción del tiempo de internación y el aumento de los servicios ambulatorios y de atención domiciliaria repercuten en el empleo en el sector salud, donde tienden a disminuir los puestos en los hospitales y a aumentar los correspondientes a la red de atención básica. Así, y en contraste con lo que ocurre en otras áreas, el conjunto de la fuerza de trabajo en salud se mantiene en proceso de crecimiento. El efecto más destacado de las reformas sectoriales no ha sido la reducción del personal de salud sino la flexibilización de las modalidades de vinculación laboral, mediante la adopción de formas alternativas

de subcontratación, muchas veces precaria, con empresas privadas, organizaciones no gubernamentales, cooperativas de trabajadores u otras asociaciones de trabajadores (32).

Diversos estudios y fuentes de información latinoamericanas e internacionales consignan el deterioro de la situación laboral de los trabajadores sanitarios en los últimos años (33). Los mercados de trabajo en general, y los de salud en particular, han dado lugar a la expansión de las formas asalariadas y de trabajo precarias, ya sea por desprotección, por encubrimiento del trabajo asalariado bajo supuestas formas autónomas, o por la fugacidad de las relaciones establecidas.

La tendencia a la reducción de la protección para los trabajadores de la salud se agudizó en muchos países (Argentina, Brasil y Perú, entre otros). Esta reducción supone la coexistencia de modalidades de contratación y por ende de protección diferente para trabajadores que realizan tareas similares, lo que plantea preocupación sobre su posible incidencia en la calidad de la atención.

La tercerización o subcontratación en salud se centraba inicialmente en el área de servicios generales (limpieza, alimentación, mantenimiento y seguridad); sin embargo, en la actualidad incluye servicios profesionales que se reclutan mediante la contratación de cooperativas médicas, de organizaciones de enfermería para cuidados a domicilio, o de servicios de rehabilitación, entre otros. Una investigación realizada en el Brasil indicó que 49% de la mano de obra de los hospitales de 150 a 300 camas se encontraba subcontratada, cifra que en los hospitales de más de 300 camas era de 38% (34). La partida presupuestaria dedicada para la contratación externa en la Caja Costarricense del Seguro Social ha ido en aumento paulatino año tras año desde hace poco menos de una década.

El deterioro de las condiciones de trabajo, signado por la extensión de la jornada, por el incremento en la intensidad del trabajo y por la desintegración de los equipos de salud, constituye un conjunto de problemas que afectan a la gestión en salud y dificultan el cumplimiento de los objetivos de las instituciones. Por su lado, el deterioro de las condiciones de trabajo repercute en los trabajadores, por lo que la salud ocupacional del personal ha pasado a ser una preocupación manifiesta para las autoridades de salud de muchos países de la Región.

En vista de que el incremento de la flexibilidad de las relaciones laborales no ha resultado en los beneficios esperados y que está creando dificultades imprevistas, muchos países están comenzando a desarrollar políticas de “desprecarización” laboral en salud. En el Perú, donde se observó una fuerte expansión del número de contratados a plazo fijo o por servicios no personales (sector laboral que aumentó 430% en ocho años), un contingente importante de médicos y otros trabajadores han sido nombrados en forma estable en el último período. También en el Brasil, donde gran parte del personal reclutado en los municipios tras la implementación del Sistema Único de Salud (SUS) había sido contratada en forma precaria (35), se están aplicando políticas de

desprecarización de las condiciones laborales de los trabajadores sanitarios.

#### *Descentralización de la gestión de recursos humanos en salud*

En la década pasada muchos países impulsaron procesos de descentralización de la gestión de los servicios de salud, que produjeron profundos cambios en la gestión de los recursos humanos en el sector público. Una encuesta aplicada en 18 países de la Región mostró que la delegación de competencias para gestionar el recurso humano en forma descentralizada se produjo en 16 de ellos, con variaciones en el grado de descentralización, de autonomía, o de ambas (36). Estos procesos en general no fueron acompañados por un fortalecimiento de la capacidad regulatoria a escala nacional y no siempre significaron la transferencia de financiamiento y el fortalecimiento de capacidades descentralizadas para la gestión de los recursos humanos. El Brasil constituye una excepción, ya que la descentralización se realizó con transferencia de financiamiento, y se delegaron capacidades de regulación, mientras, en el ámbito nacional, se presta atención especial a la formulación de políticas y la planificación de recursos humanos en salud.

#### *Planes de cargos y carrera sanitaria*

Hay una creciente insatisfacción en torno a las formas de relación laboral en el sector salud. De los países de la Región consultados en 2005, 75% considera que los sistemas de contratación, incentivos y evaluación del personal de salud que utilizan no promueven la identificación de los trabajadores con la misión de dar buenos servicios de salud (26). Algunos de los países latinoamericanos y caribeños están discutiendo reglamentaciones que buscan colocar las relaciones de trabajo en un marco más definido. En este sentido, el establecimiento de la carrera sanitaria se está considerando como una respuesta a la falta de identificación de los trabajadores sanitarios con su función y como una herramienta adecuada para mejorar la calidad de la relación laboral.

Persisten diferencias en materia de nomenclatura y en cuanto al contenido de los reglamentos que regulan la gestión de personal público de salud. En general se utiliza el nombre de carrera sanitaria, pero también se habla de reglamento o ley de recursos humanos, estatuto del funcionario de salud, ley médica o “plan de cargos y salarios”. En algunos casos estos reglamentos son exhaustivos y en otros son genéricos; unos intentan ser aprobados por ley nacional y otros constituyen estatutos internos del Ministerio de Salud que no abarcan a todo el sector (cuadro 13) (33).

#### *Competencias, reclutamiento y carrera del personal directivo en salud*

Muchos países de la Región no cuentan con sistemas de gestión de recursos humanos en salud diferenciados de los regímenes generales del personal público, lo que determina serios problemas por su falta de adecuación a las situaciones reales del trabajo en

**CUADRO 13. La carrera sanitaria en 19 países de la Región.**

	Países	Número
Existe	Brasil, Chile, República Dominicana	3
En reglamentación	Colombia	1
Proyecto en discusión	Bolivia, Ecuador, Nicaragua, Paraguay y Uruguay	5
No hay	Argentina, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Panamá, Perú y Venezuela	10
Total		19

*Fuente:* Organización Panamericana de la Salud, Programa de Recursos Humanos.

salud. Los procesos de descentralización llevados a cabo, la necesidad de reducir costos en una estructura tecnológica cada vez más compleja y costosa, y los cambios en la composición del personal, por un lado, y la mayor conflictividad laboral por otro, imponen nuevos retos para la gestión de recursos humanos en salud.

De los países consultados en 2005, 65% considera que los sistemas de selección y capacitación de gerentes que utilizan no facilitan el desarrollo de las capacidades de los equipos de dirección, ni estimulan a los trabajadores a brindar buenos servicios de salud (37). No obstante, en el período considerado algunos países han mejorado los procesos de selección de directores de servicios, y en casi todos se ha capacitado a los gerentes de salud. En Chile se instaló el sistema de selección de la Alta Dirección Pública por medio de concurso público y se incrementaron los esfuerzos para formar a los cuadros gerenciales de salud. En México se implantó el servicio profesional de carrera mediante el cual se han realizado sistemas de concurso de gestores y puesto en marcha una serie de estrategias de capacitación orientadas al desarrollo de competencias en gestión de servicios de salud.

#### *Gestión y regulación de conflictos del personal de salud*

Durante 2004, la conflictividad laboral en el sector salud se expresó en la realización de 64 huelgas de alcance nacional en 10 países, lo que significó un crecimiento de 73% de la conflictividad laboral con respecto al año anterior. Las huelgas fueron convocadas por 31 organizaciones (12 de trabajadores, 10 de médicos, seis de enfermeros y obstetras, y tres de otros profesionales de la salud). En tres países de la Región se llevaron a cabo 56% de las huelgas, y 81% de las huelgas tuvieron como principal demanda el incremento de remuneraciones y de presupuesto para el sector salud (38).

En algunos países el derecho de huelga se regula de manera diferencial en los servicios públicos esenciales para la comuni-



dad, entre ellos la salud, con el propósito de garantizar el derecho inalienable de los ciudadanos a la prestación de tales servicios. Las reglamentaciones tratan de compatibilizar el interés general con los intereses de los trabajadores, garantizando el mantenimiento de los servicios, para lo cual establecen restricciones o limitaciones al derecho de ir a la huelga.

### *Capacitación de los trabajadores de salud*

Los proyectos de reforma de los países de la Región pusieron de relieve la necesidad de contar con personal idóneo para implementarlos. La demanda de nuevas competencias y la modificación de los perfiles ocupacionales de grandes grupos de trabajadores sanitarios dieron lugar a programas masivos de capacitación y a la adopción de nuevos estilos de gestión de programas y proyectos educativos. Se generó así un activo mercado de capacitación.

Una evaluación de 15 proyectos de capacitación realizados en ocho países de la Región (39) reveló que los montos destinados a la capacitación del personal de salud fueron distintos según el país. Los proyectos nacionales insumieron entre US\$ 700.000 y US\$ 350 millones, de los cuales el componente educativo representó entre 2,8% y 6,5% de los fondos totales de los proyectos. La evaluación de estos componentes muestra que si bien mejoraron las competencias y habilidades del personal de salud y provocaron cambios favorables en los servicios, no contribuyeron al desarrollo de políticas de recursos humanos. Los proyectos no mejoraron la capacidad institucional para la gestión del desarrollo de los recursos humanos ni permitieron paliar los fenómenos de precarización, o la alta movilidad de los trabajadores del sector. Cabe señalar que la inversión en capacitación del personal de salud, que en la década anterior fue significativa en casi todos los países de la Región, se ha visto reducida en el último período.

## **Interacción entre las instituciones de formación profesional y las de servicios de salud**

### *Programas y experiencias de integración docencia-servicios*

Existen innumerables experiencias en la Región que reflejan la interrelación de las instituciones de formación de profesionales de la salud con las de servicios y los ministerios o secretarías de salud, interacciones que en este último período se han incrementado y han continuado consolidándose. En Chile se creó la Comisión Nacional Docente Asistencial (CONDAS), y en el Brasil, la consolidación de la Red de Observatorio de Recursos Humanos estableció un espacio de colaboración entre los gestores del Sistema Único de Salud (SUS) y el universo académico. También se lograron avances importantes en Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. Cuba constituye un caso particular, ya que los procesos de formación de personal sanitario se desarrollan en los servicios de salud que funcionan simultáneamente como centros de formación profesional.

**Reformas de planes de estudios orientados hacia la atención primaria de salud.** La oferta de formación profesional existente en la mayoría de los países de la Región y los perfiles de los egresados mantienen diferencias significativas con la demanda de los servicios de salud y con las necesidades de la población, lo que se agrava por la debilidad de los mecanismos necesarios para la actualización permanente del personal de salud. Pese a la aceptación unánime de la importancia de establecer sistemas de salud basados en la atención primaria, se observa una relativa carencia de profesionales con formación orientada hacia la salud familiar. La incorporación de contenidos de atención primaria de salud es por lo general débil en los planes de estudio básicos de profesionales y técnicos sanitarios, si bien ocupa un lugar importante en la formación de personal de enfermería.

La proporción diferente de médicos y enfermeros en los países de la Región pone de manifiesto estrategias heterogéneas frente a los problemas de salud, y en general denota a los médicos como grupo dominante. Existen sin embargo importantes experiencias de formación de equipos de salud de nivel primario, tales como los constituidos en Cuba, donde el médico y la enfermera integran el equipo profesional base; los servicios sociales de pregrado, profesional y profesional especializado en Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela, donde se destinan médicos, enfermeros, obstetras y odontólogos para la atención de salud en zonas rurales y urbano-marginales, y el Programa de Salud de la Familia en el Brasil, que cuenta con equipos integrados por médicos, enfermeros y agentes comunitarios de salud (40).

**Regulaciones para reorientar la formación del personal de salud hacia la atención primaria.** Una mayor flexibilización en cuanto a la formación de los profesionales sanitarios ha permitido la proliferación de centros privados, lo cual, aunado a la carencia o debilidad de mecanismos de regulación para garantizar la calidad de la formación, hace que los egresados no siempre cuenten con las competencias requeridas para el ejercicio de su actividad. Al respecto, cabe destacar que 90% de los países consultados consideran que las regulaciones generales del Estado sobre los contenidos formativos resultan inadecuadas y que los incentivos que promueven el diseño de planes de formación de profesionales de la salud adecuados a las realidades nacionales resultan limitados (26).

En el último período se avanzó en la Región en materia de regulaciones educativas. Así, por ejemplo, en Colombia se expidió un decreto para garantizar la calidad de la formación de profesionales; en el Perú se establecieron los requisitos para la formación de pregrado obligatoria para las facultades o escuelas de medicina, y en Bolivia varias carreras del sistema público desarrollan procesos de acreditación. Como iniciativa subregional en el campo de la regulación educativa en salud se destaca el “Sistema centroamericano para acreditar programas académicos”,

conducido por el Consejo Superior Universitario Centroamericano (CSUCA).

## FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD: EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL

### El sector salud y el sistema de salud

El sector de la salud se define como el conjunto de valores, normas e instituciones, así como de los actores que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios cuyos objetivos primordiales son promover la salud de individuos o grupos de población. Se supone que las actividades que realizan estos actores e instituciones están dirigidas a la prevención y control de la enfermedad; la provisión de servicios de salud personales y no personales a la población; la investigación científica en salud; la capacitación de personal de salud, y la disseminación de información a la población en general.

Esta definición se inscribe en un marco conceptual que contempla: 1) el concepto de salud adoptado por la OMS en su Constitución de 1946, como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones, incluidos sus factores determinantes y condicionantes; 2) el reconocimiento de que cada país organiza su propio sistema de salud; 3) las relaciones del sector salud con otros sectores sociales y económicos; 4) una visión dinámica del sector, que toma en consideración los cambios en las instituciones y actores que lo conforman, así como el entorno económico en el cual desarrollan sus actividades y el conjunto de sus valores, conocimientos, habilidades, organización, recursos, tecnologías, intereses y asimetrías de poder, y 5) el análisis funcional del sistema de servicios de salud y sus implicaciones para la acción. Por tanto, el sector salud abarca todas las acciones que contribuyen al mejoramiento de la salud, incluidas las actividades económicas y productivas relacionadas con la salud (41).

Los sistemas de salud han sido caracterizados de maneras diversas. Si bien es sustancial definir sus límites, es necesario recordar que los sistemas de salud actúan como mediadores y articuladores, dentro de un marco político, económico y técnico, y en un momento histórico determinado. En consecuencia, la definición, los límites y los objetivos de un sistema de salud son específicos de cada país de acuerdo con sus propios valores y principios.

La OPS reseña tres nociones de lo que constituye un sistema de salud.<sup>10</sup> En su significado más restringido, un sistema de salud

se reduce a llevar a cabo actividades bajo el control directo del Ministerio de Salud, de modo que quedan excluidas muchas otras iniciativas públicas o privadas ajenas a esta institución. En algunos países, lo anterior comprende las acciones tradicionales de salud pública y la oferta parcial de servicios médicos personales, pero no incluye todas las intervenciones necesarias para mejorar la salud, e incluso pueden estar excluidos los servicios médicos personales que prestan otras instituciones del Gobierno, organizaciones no gubernamentales o el sector privado. La segunda noción de sistema de salud abarca los servicios médicos individuales y los servicios de salud dirigidos a la colectividad, pero no incluye las acciones intersectoriales destinadas a mejorar la salud. Así, se considerarían parte del sistema de salud las intervenciones tradicionales de salud pública, tales como la disseminación de información sanitaria, pero no las actividades intersectoriales de carácter ambiental, como el saneamiento y el suministro de agua potable. La tercera definición considera como parte del sistema de salud cualquier medida cuyo fin primordial sea mejorar la situación de salud, incluidas acciones intersectoriales tales como el establecimiento de normas para reducir las defunciones causadas por accidentes de tránsito.

Más recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el sistema de salud como el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recobrar o mejorar la salud. Esto abarca las acciones dirigidas a incidir en los determinantes de la salud, así como las orientadas a mejorar la situación sanitaria. En el marco de la definición de la OMS, el sistema de salud abarca, además de los establecimientos sanitarios, el cuidado de la salud en el hogar, los proveedores privados, las campañas para el control de vectores, y las aseguradoras, entre otras, y comprende también acciones que realizan otros sectores y que afectan a la salud (42).

La elección de una u otra de estas definiciones está directamente vinculada al concepto de responsabilidad que tiene el Estado en relación con la salud. No obstante, es evidente que a pesar de las diferentes acepciones existentes de sistema de salud y sector de la salud, la evolución de ambos conceptos ha conducido a una progresiva fusión de estos. Actualmente, ambos denotan que el campo de acción de la salud requiere intervenciones indelegables por parte del Estado para actuar sobre los determinantes de la salud, incluidos los factores sociales, económicos y productivos que inciden en los resultados en salud, así como las intervenciones acordadas entre diversos sectores y agentes que influyen en los resultados de salud de la población.

### Diferencias conceptuales sobre el alcance operativo de las funciones de los sistemas de salud

En los últimos años se ha intensificado el debate sobre los enfoques conceptuales y metodológicos para analizar y entender los sistemas de salud. Se han empleado enfoques que estudian los

<sup>10</sup>Basado en: PAHO/WHO. Critical issues in health systems performance assessment (documento de información general), Washington, D.C., 2001, y Health systems performance assessment and improvement in the Region of the Americas. PAHO/WHO: Washington D.C., 2001, y Reunión Consultiva Regional de las Américas sobre la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Revista Panamericana de Salud Pública 2001; 10 (1).

sistemas según sus modelos de financiamiento y de provisión de servicios, que pueden ser de dos tipos, público y privado, clasificación que ha contribuido progresivamente al debate. Otro enfoque relacionado es el centrado en la oferta y la demanda, y que involucra la participación del Estado.

Una de las expresiones más importantes del debate sobre el papel del Estado en el sistema de salud está centrada en la definición de las funciones del sistema de salud, las atribuciones que competen a cada una de ellas y su relación con la estructura del sistema de salud. En tal sentido, la taxonomía tradicional de los sistemas nacionales de salud se ha fundamentado primordialmente en el tipo de propiedad que impera en el sistema, ya fuera público o privado, e incluía la responsabilidad que se le atribuía a cada uno en cuanto al financiamiento y la provisión de servicios. Actualmente, debido a la complejidad creciente de los sistemas de salud, se han desarrollado relaciones diferenciadas entre el Estado, el sector público, los esquemas de financiamiento/aseguramiento y el sector privado. Por consiguiente, la taxonomía utilizada anteriormente ya no resulta útil, lo cual ha conducido al desarrollo de una tipología basada en las funciones del sistema de salud (43), ya que permite analizar el sistema de salud en función de su capacidad para integrar la población o las instituciones. Con referencia a la población, integración se refiere al nivel de acceso de diferentes grupos a las instituciones del sistema. Integración de las instituciones se refiere a los arreglos organizativos y funcionales que se elaboran para desempeñar efectivamente las funciones del sistema de salud.

La publicación del Informe Mundial de la Salud 2000 (4) promovió una amplia discusión en el ámbito internacional, centrada en la definición de las funciones centrales de los sistemas de salud y la evaluación de su desempeño. El Informe planteó que las funciones clave de los sistemas de salud comprenden: la provisión de servicios, la generación de recursos, el financiamiento (incluidos la recaudación, el acopio y la compra), y la rectoría. El informe argumentó también que el objetivo fundamental de las funciones del sistema propuesto es lograr niveles óptimos de salud y eliminar las inequidades en el acceso. Los objetivos o indicadores de desempeño incluyen la salud de la población, la capacidad de respuesta, y una contribución financiera justa. Dicha posición conduce a la necesidad de definir prioridades y racionalizar la distribución de servicios esenciales en salud, utilizando criterios de costo-eficiencia y de aceptación social. En este contexto, se visualiza al individuo como un proveedor de servicios, un profesional, un contribuyente de impuestos o un consumidor, pero no como un ciudadano con derechos a recibir beneficios sociales en salud. Por consiguiente, si se utiliza dicho marco, se deberán precisar las responsabilidades que efectivamente tendrá el Estado en el campo de la salud (44).

Con base en el análisis de los procesos de reforma y reorganización de los sistemas de salud en curso en los países de la Región, la OPS/OMS utiliza una clasificación que considera tres

funciones básicas de los sistemas de salud: rectoría, financiamiento/aseguramiento, y provisión de servicios de salud.

## **Tendencias generales de las reformas sanitarias en América Latina y el Caribe que han influido en las funciones tradicionales de los sistemas de salud**

### *Tendencias relativas a la función de rectoría*

Históricamente, en el marco de los subsistemas públicos y de los sistemas nacionales de salud, los ministerios de salud han centrado su quehacer en las funciones normativa y de provisión de servicios de salud. No obstante, los procesos de reforma del sector salud impulsaron fuertemente la descentralización, tanto del Estado como del sector salud, lo cual, aunado al surgimiento de nuevos actores sectoriales públicos y privados, ha repercutido en una marcada tendencia a reducir la responsabilidad tradicional relacionada con la provisión de servicios de salud y aumentar su ámbito de acción en funciones relativas a la rectoría del sector. Los procesos de seguimiento y evaluación de las reformas sectoriales llevados a cabo en las Américas entre 2000 y 2003, pusieron de relieve tendencias regionales que han repercutido directamente en la capacidad de los países para ejercer la rectoría de la salud (45, 46, 47).

Como producto de la creciente tendencia a la separación de las funciones del sistema de salud, tales como el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios, las tendencias derivadas de las reformas que han tenido mayor repercusión incluyen en primer lugar la segmentación y en segundo lugar la fragmentación. De igual manera, han incidido en las asimetrías que se observan en los procesos de descentralización y en el surgimiento de nuevos actores públicos y privados en el sector salud, caracterizado por el aumento progresivo en la participación de los seguros privados. Como resultado, los países de la Región buscan fortalecer el papel rector de los ministerios de salud dentro del sector y consolidar el liderazgo del sector en su conjunto a fin de efectivamente contar con las competencias necesarias para abogar por la salud y negociar con otros sectores que inciden sobre el sector salud (48).

### *Tendencias relativas a las funciones de financiamiento y aseguramiento*

**Cambios en la composición del financiamiento.** En la Región se registran grandes variaciones en la composición (proporción pública/privada) del financiamiento de la salud. Ya se mencionó que los países con mayor gasto público en salud como porcentaje del PIB suelen contar con sistemas sanitarios nacionales de seguros de salud con cobertura de servicios universal o casi universal, que alcanza a 64,0% en Bolivia, 78,8% en Costa

Rica, 84,1% en Canadá y 86,8% en Cuba, según el informe sobre Indicadores del desarrollo del Banco Mundial 2006.

En promedio, el gasto privado en salud (la compra de bienes y servicios de salud) asciende a 52% del gasto nacional en salud en los países de la Región.<sup>11</sup> Como ya se mencionó en la sección sobre gasto nacional en salud, en gran medida el aumento del gasto privado en salud responde al incremento del gasto directo de los hogares y a la expansión de las aseguradoras privadas y los planes médicos prepagados, rubros estos últimos incrementados desde fines de los años ochenta y principios de los noventa hasta alcanzar la proporción ya señalada de 27% del gasto privado total en salud hacia 1995, y estabilizada desde entonces en ese nivel, aproximadamente 1,2% del PIB.

Un segundo factor que explica el incremento del gasto de bolsillo son las deficiencias de cobertura de los sistemas públicos. Los quintiles de población más pobres tienen acceso limitado a la seguridad social debido al alto porcentaje de trabajadores del sector agrícola o informal, y también tienen acceso limitado a los servicios públicos en sí. Algunos gobiernos asignan la mayor parte de sus recursos a los niveles secundario y terciario de atención y en zonas predominantemente urbanas, con lo que el subsidio público puede favorecer en forma desproporcionada a la población urbana y a los quintiles de mayores ingresos.

**Variación en la distribución del gasto público.** Hay una amplia variación en la magnitud de los recursos nacionales que se destinan a la atención de salud como porcentaje de la economía nacional. El amplio intervalo de variación sugiere que si bien el ingreso per cápita desempeña un papel importante en la determinación de la porción del PIB dedicado al gasto nacional en salud, otros factores también pueden estar jugando un papel muy importante. Por ejemplo, el hecho de que los países gasten relativamente más o menos de su PIB en salud parece estar más influido por las decisiones de política nacional respecto al acceso y cobertura universal o a la expansión de servicios básicos de salud para toda la población, que por la forma en que los sistemas nacionales de salud están organizados y financiados. Por ejemplo, en países con alto porcentaje de población pobre y donde al mismo tiempo el gasto directo o de bolsillo constituye el principal medio de financiación de la atención sanitaria, el gasto nacional tiende a ser bajo. Ya se señaló que existe una relación inversa entre los niveles de ingreso de los países y el impacto distributivo del gasto público en salud, impacto que suele ser progresivo en los países con mayores niveles de ingreso y regresivo en los países de bajos niveles de ingreso. Ello sugiere que

en estos últimos las políticas de gasto en salud no están orientadas hacia la equidad o no están debidamente monitoreadas para asegurar el beneficio de la población más necesitada.

Las inequidades son aún mayores cuando se comparan las diferencias en gasto per cápita por beneficiario en los programas de seguro social de salud. El efecto redistributivo positivo se observó en países donde este gasto representa un porcentaje igual o mayor a 2,5% del PIB (Argentina, Colombia, Chile y Jamaica), mientras que el efecto redistributivo negativo se observó en países cuyo gasto representa alrededor de 1% o menos del PIB (Ecuador y Guatemala). Hay mucho espacio para mejorar el uso de los instrumentos de financiamiento y gasto de gobierno para obtener mayor equidad en materia de financiamiento y acceso. Datos presentados en otras secciones de este documento sugieren que los gobiernos de la Región de América Latina y el Caribe, y en particular los países de bajo ingreso, tienen el potencial de hacer un uso más efectivo de los instrumentos fiscales existentes para enfrentar los desafíos en materia de salud y equidad.

**La protección social en salud constituye un tema marginal.** En los últimos años los seguros privados y los planes prepagados se han convertido en importantes mecanismos para el financiamiento privado de la salud en muchos países de la Región. El rápido incremento en el monto de los recursos que se destinan a estos rubros es el factor más importante que explica las tendencias recientes del gasto nacional en salud.

El tamaño de los mercados de aseguramiento privado y de planes prepagados parece estar determinado por la relativa importancia del sistema público de servicios de salud, incluidos tanto la cobertura como el alcance de los servicios, así como la existencia o la falta de políticas que favorezcan el surgimiento de estos mercados y regulen su funcionamiento. La presencia de grandes corporaciones nacionales o transnacionales también parece ser factor relevante en la explicación de la distinta importancia relativa de los mercados de aseguramiento privado y de los planes prepagados de salud. En el Perú, por ejemplo, la existencia de grandes empleadores privados que ofrecen beneficios de salud no solo ha contribuido al desarrollo de las aseguradoras, sino también a incrementar la oferta de servicios privados de salud de alta complejidad.

Por otro lado, la falta de cobertura de servicios públicos de salud no parece ser razón suficiente para el crecimiento del mercado privado de seguros de salud. En el caso de México, el desarrollo del mercado privado de seguros de salud es relativamente bajo, a pesar de las deficiencias de cobertura del sistema público de salud. Por otro lado, aun en países con sistemas casi universales de seguridad social, como la Argentina, Costa Rica y el Uruguay, las grandes firmas proporcionan a sus trabajadores un seguro complementario de salud para reducir el tiempo de espera en los servicios públicos, proveer el acceso a una “mejor calidad de atención”, o ambas cosas.

<sup>11</sup> Este cálculo incluye los gastos privados de consumo que pudieron haber sido financiados directamente por los hogares mediante el gasto de bolsillo, o indirectamente a través de seguros de salud o planes de prepago o de transferencias de otros sectores institucionales de la economía.

La importancia creciente del gasto privado en salud en concepto de seguros privados o planes prepagados es un factor que está transformando los mercados de atención de salud en la Región. Esta tendencia representa un gran desafío para las políticas sanitarias, específicamente en lo que se refiere al diseño de regulaciones que aseguren eficiencia en el funcionamiento de esos mercados, así como para solventar las inequidades de acceso a la atención sanitaria. Debido a la falta de regulaciones adecuadas, o a la limitada aplicación de las existentes, muchas personas con seguros privados de salud utilizan los servicios de atención subsidiados por el Estado, por ejemplo los hospitales públicos, con objeto de mantener bajas sus contribuciones al seguro o disminuir el costo de su póliza. Los seguros privados de salud pueden optar por incluir en el paquete de prestaciones solamente un número limitado de servicios médicos, bajo el supuesto de que los procedimientos más costosos, pero por lo general infrecuentes, van a ser subsidiados por los hospitales públicos.

#### *Tendencias relativas a la función de provisión de servicios de salud*

En la Región aún persisten grandes desafíos en relación con los servicios de salud (49). El acceso a la asistencia sanitaria no es universal y en muchos casos es prácticamente inexistente para los grupos sociales que más la necesitan. La oferta de servicios de salud no siempre refleja las expectativas, valores sociales y preferencias culturales de sus poblaciones. En muchos casos, la entrega de servicios es inefectiva y de baja calidad técnica. De igual manera, los recursos disponibles no siempre se utilizan adecuadamente, lo que a su vez genera ineficiencias en los servicios y contribuye a incrementar el costo de la salud. En algunos casos, el financiamiento de los servicios es insuficiente e insostenible (41).

Como resultado de las reformas sectoriales y los procesos de cambio en los sistemas de salud, se han introducido nuevas modalidades de atención en los países, y en aquellos donde el mercado de aseguramiento es fuerte la oferta de servicios está ahora más orientada hacia la demanda. En Chile, por ejemplo, la orientación de los servicios es hacia una atención más integral, centrada en la familia, con énfasis en la atención primaria en centros de salud familiar en lugar de consultorios individuales, y con una capitación que busca incrementar la capacidad de respuesta de los servicios ambulatorios. En México, la creación del seguro popular de salud representa de hecho una modificación al modelo de atención de la Secretaría de Salud, al clarificar que los beneficios del usuario son un derecho, al mismo tiempo que se subsidia el costo de los servicios limitando el aporte del paciente a un copago. En los Estados Unidos se introdujeron recientemente reformas a los sistemas de aseguramiento público en salud para Medicare, con el fin de extender sus beneficios a la compra de medicamentos, cuyo alto costo es un factor importante del gasto nacional en salud y una carga económica sustancial para los pensionados.

Otros países están planteando cambios que responden a diferentes prioridades nacionales. Por ejemplo, Nicaragua ha modifi-

cado la entrega de servicios de conformidad con su transición epidemiológica, y, al igual que otros países, ha efectuado cambios en los tres niveles de atención. El primer nivel de atención ha sido modificado en respuesta a las poblaciones vulnerables, poniendo el acento en el género y en la distribución geográfica, y definiendo criterios de focalización y de exoneración del pago por servicios. En el Brasil, se ha aumentado la prestación de servicios ambulatorios y los cuidados en el hogar por medio de una variedad de estrategias que van desde la modificación del modelo básico de atención hasta la preparación de planes para la regionalización de los servicios públicos, sumándose así a los esfuerzos que otros países han venido realizando en estas áreas.

Varios países han dado prioridad a la atención de salud de los grupos vulnerables. En el Paraguay, por ejemplo, se está centralizando la gestión de los programas de servicio en una Oficina General de Programas, para darle prioridad a la atención materno-infantil y concentrarse en la atención a las poblaciones rurales e indígenas. Bolivia y Colombia poseen programas focalizados en grupos vulnerables, como los orientados a la salud de la madre y el niño, a menores de 5 años, a poblaciones indígenas y de la tercera edad, y a grupos en riesgo epidemiológico. En Cuba se han introducido servicios más eficaces e innovadores, tales como la cirugía ambulatoria, una convalecencia en hospital más corta, y el seguimiento a domicilio. En Cuba, y en menor medida en Centroamérica, se han fortalecido también los servicios de referencia y contrarreferencia y la evaluación sistemática de los servicios por medio de indicadores cuantitativos y cualitativos, lo que permite identificar mejor los problemas y tomar decisiones correctas y oportunas. La mayoría de los países expresan su compromiso con la entrega de servicios adecuados a las necesidades de la población y de calidad, pero a menudo persisten problemas en la asignación de los recursos necesarios o en la organización de los servicios requerida para cumplir con este objetivo.

Con respecto al modelo de gestión, muchos países informan la introducción de cambios generales en el modelo. En Panamá el principal cambio ha sido la participación activa del Consejo de Gestión en la administración del Hospital Integrado San Miguel Arcángel, y la creación de una entidad coordinadora nacional de salud (CONSALUD), un ente privado de utilidad pública constituido por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro, para el financiamiento y compra de servicios de atención a proveedores sin fines de lucro en todo el territorio nacional. Cuba ha experimentado una transformación profunda de su modelo de atención que ha servido para fortalecer el nivel comunitario, promover el intercambio de información e incrementar la función de regulación del Ministerio de Salud Pública. Todo ello ha mejorado el control y la aplicación de programas en las provincias, y fortalecido el conocimiento de los actores clave en la identificación de problemas prioritarios en el sector y en el diseño de soluciones.

Se han introducido compromisos y contratos de gestión entre los diferentes niveles del sistema público de salud en varios países. En Guatemala, las autoridades del nivel central del Ministerio

de Salud y los gerentes regionales han asumido el compromiso de incrementar la cobertura y reducir la incidencia de ciertas enfermedades. De igual manera, en Nicaragua y en Bolivia se firmaron compromisos de gestión, y Bolivia los introdujo como parte del seguro maternoinfantil. En el año 2000, en Bolivia, en algunos distritos comenzaron a firmarse estos acuerdos con hospitales autónomos, aun cuando el marco regulatorio de estos mecanismos todavía no estaba definido.

Algunos países también están tomando medidas tendientes a eliminar los obstáculos legislativos para la compra y venta de servicios por terceros. En la Argentina, la regulación en apoyo a la descentralización de hospitales ha proporcionado un marco jurídico para la compra y venta de servicios de salud. Esta legislación permite que los hospitales establezcan acuerdos con los servicios del seguro social y otras entidades, capten tarifas por servicio de usuarios con capacidad de pago o de pagadores a terceros, y funcionen como una red de servicios. El Instituto de Seguridad Social ha iniciado un estudio para determinar la viabilidad de la subcontratación de ciertos servicios de apoyo a terceros, como los de cocina y lavandería. En Chile existe también la posibilidad legal e institucional de comprar y vender servicios a terceros a través del sistema público. Esto por lo general se aplica a servicios de mantenimiento y a instituciones especializadas, y en jurisdicciones administradas por la población.

No obstante los cambios al modelo de gestión aquí señalados, muy pocos países están considerando la privatización de los servicios públicos. La Argentina, por ejemplo, ha documentado que la descentralización de la gestión de hospitales les ha dado a los gerentes de hospitales flexibilidad administrativa, y ha hecho posible que las autoridades locales privaticen algunos servicios. El Salvador y Guatemala han evaluado la posibilidad de una gestión privada de servicios públicos. Por otro lado, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Uruguay no han entregado la operación de ningún servicio público a privados. Como parte de los cambios que se están introduciendo, varios países informan la creación de procedimientos de acreditación de servicios de salud. Por ejemplo, El Salvador está revisando los requerimientos de acreditación en centros de enseñanza superior con objeto de mejorar la calidad de los profesionales que se están preparando. En el año 2000, la República Dominicana creó la Comisión Nacional de Calidad para normalizar los procesos y crear protocolos orientados a mejorar la entrega de servicios. En la Argentina se han puesto en marcha nuevos procedimientos para la autorización, acreditación y clasificación de los servicios de salud, la certificación y recertificación profesional, el control sanitario, y la supervisión y evaluación de la calidad de la atención médica y de los servicios de salud. No obstante, es difícil evaluar el cumplimiento de estos procedimientos, ya que las provincias son las responsables de llevar a cabo estas funciones. En la subregión Andina, Perú, Bolivia y Colombia han institucionalizado procesos de acreditación en varios niveles de servicios.

*“Los gobiernos de las Américas han enfatizado que las estadísticas vitales y de salud son esenciales en todas las etapas de la planificación programática y de evaluación de las actividades desarrolladas por los servicios de salud, así como de los efectos sociales logrados.”*

Abraham Horwitz, 1966

Además de definir los procedimientos de acreditación y de entrega de servicios, varios países notifican la creación de programas en los Ministerios de Salud para mejorar la calidad. Así, Trinidad y Tabago ha establecido un Directorio de Gestión de la Calidad, responsable de la organización de un sistema que coadyuve a mejorar la calidad en la atención. El Directorio comprende un sistema de acreditación de servicios de los niveles primario y terciario, así como el desarrollo de un sistema de auditorías clínicas. El Directorio también ha comenzado a definir un plan para fortalecer la evaluación de tecnología en salud y la capacidad de gestión. En Honduras, la Nueva Agenda de Salud incluye iniciativas sobre calidad técnica y calidad percibida. Costa Rica ha incorporado iniciativas similares centradas en la satisfacción de los usuarios.

Pocos países han informado el establecimiento de programas para evaluar la tecnología en salud. En Colombia, la Oficina de Desarrollo de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Salud ha mejorado la evaluación de la tecnología incluyendo estándares para su importación. En Cuba, el Departamento Nacional de Evaluación de Tecnología fue establecido en 1996 para determinar la incidencia y la viabilidad de la tecnología de la salud en los sistemas existentes e identificar el equipamiento que fuese necesario incorporar. Se han creado también otras instancias nacionales para evaluar y monitorear la tecnología de la salud durante la fase de implementación.

Con respecto a la descentralización, muchos países de la Región la han completado mientras que otros están avanzando en la aplicación de políticas descentralizadoras, tanto en el ámbito del Estado como en los sistemas de salud. Sin embargo, las estructuras administrativas de salud continúan siendo altamente centralizadas. En Guyana y en Suriname, los niveles administrativos de salud están siendo objeto de un proceso de revisión previo a la descentralización de los servicios, pero estos esfuerzos no necesariamente están vinculados con otras iniciativas de descentralización de la administración pública. Chile descentralizó su Servicio Nacional de Salud en 1980, dividiéndolo en 26 servicios y transfiriendo a los municipios la responsabilidad por el primer nivel de atención, mientras que las funciones, competencias y recursos de planificación y gestión para la toma de decisiones quedaron como atribución del nivel central. No obstante, en muchos casos la descentralización del sistema de salud se encuentra en una etapa incipiente. Por ejemplo, Bolivia promulgó la Ley de Descentraliza-

ción y Participación Popular en 1994, con la cual se llevó a cabo la transferencia de infraestructura y equipamiento de salud del nivel central a los municipios, pero hasta la fecha el Ministerio de Salud continúa administrando los recursos humanos del sector.

En muchos países, las responsabilidades, la autoridad y los recursos han sido transferidos al nivel subnacional, es decir, las regiones, provincias o departamentos, y en otros al nivel municipal. En Jamaica y en Trinidad y Tabago la descentralización se está logrando mediante el establecimiento de Autoridades Regionales de Salud, las cuales gestionan la provisión de servicios de salud, si bien el manejo de los recursos continúa siendo centralizado. En el Brasil, un nuevo instrumento para la regulación de la descentralización estableció el Estándar de Operaciones de Atención de Salud, que expande las responsabilidades primarias de las municipalidades, define el proceso de regionalización de la atención, crea mecanismos para el fortalecimiento de la capacidad de gestión del Sistema Único de Salud (SUS), y actualiza criterios para la autorización en los estados y municipios. A pesar de la existencia de conocimientos, métodos e instrumentos, las actividades de promoción, prevención y recuperación continúan adoleciendo de falta de coordinación en la planificación del sector.

## FUNCIÓN DE RECTORÍA

### Evolución conceptual y metodológica de la función rectora en el período 2001–2005

Uno de los problemas críticos que hoy enfrentan los países de la Región es debilidad institucional, factor que repercute sobre las posibilidades reales de desarrollo económico. En el contexto actual, se han vuelto temas prioritarios la redefinición de los roles institucionales y el fortalecimiento de las funciones indelegables del Estado, tales como la seguridad ciudadana, la salud pública y la protección social de los grupos de población vulnerables o excluidos. En consecuencia, los países procuran fortalecer y consolidar su capacidad de supervisar el sistema de salud y de disponer efectivamente de las competencias necesarias para promover la salud y negociar con otros sectores que interactúan con el sistema de salud (48).

No ha sido fácil llegar a una definición operativa de rectoría (*stewardship*) en el campo de la salud, puesto que este concepto a menudo se superpone al de gobernanza. Según la OMS, el Estado tiene la capacidad y obligación de responsabilizarse por la salud y bienestar de los habitantes y de ejercer la dirección del sistema de salud en su conjunto, y esa responsabilidad de gobernanza ha de ejercerse en tres aspectos fundamentales: aportar una visión y liderazgo al sistema de salud; recolectar y utilizar información y conocimientos; y ejercer influencia mediante la regulación y otros mecanismos. El organismo internacional también hace hincapié en que el grado de capacidad y desempeño del Estado para ejercer la gobernanza del sistema de salud afectará decisivamente a todos los resultados (50, 51).

Por otro lado, la OPS/OMS utiliza el término “rectoría del sistema de salud” para referirse a la gobernanza del sistema de salud. En tal sentido, y en respuesta a la Resolución CD40.R12 (52), sobre la rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial, en el período 2001–2005 la OPS/OMS abordó el proceso de desarrollo del concepto y la práctica de la rectoría en salud como un aspecto prioritario e intrínseco al proceso de modernización del Estado. Se promovió así un profundo debate e intercambio sobre la conceptualización, ámbito de acción y mecanismos para el fortalecimiento de la capacidad rectora en salud.<sup>12</sup> Actualmente se considera que la función rectora en salud es el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables, es competencia del gobierno, y la ejerce la autoridad sanitaria nacional (50, 51, 53).

### La función rectora y el fortalecimiento de los sistemas de salud

Las principales organizaciones públicas depositarias de la autoridad sanitaria son los ministerios de salud, y en tal carácter constituyen los entes primarios responsables de ejercer la función rectora. Se observa en la Región una tendencia creciente a no concentrar todas las tareas en una sola institución, como solía ocurrir en el pasado, sino más bien a crear mecanismos institucionales diversos y complementarios, que en forma especializada y con atribuciones claramente diferenciadas cumplen sus distintas funciones.<sup>13</sup> Se observan variaciones estructurales en la composición de la autoridad sanitaria en función del carácter federal o unitario del país y de la organización institucional del sector salud (5, 54). Sin embargo, la consolidación de la función de la autoridad sanitaria requerirá redimensionar y adecuar sus responsabilidades y funcionamiento a las nuevas realidades, lo que a su vez demandará el tránsito de una acción fundamentalmente ejecutora a una dimensión de acción sustancialmente ordenadora y articuladora de múltiples actores (55).

<sup>12</sup>Véase Organización Panamericana de la Salud. Informe Final. Reunión de expertos: desarrollo de la capacidad institucional de la autoridad sanitaria para ejercer la rectoría sectorial. Washington DC 18–20 junio 2001, e Informe Final. Reunión de expertos en rectoría del sector salud en procesos de reforma. Washington DC 14–15 junio 2004. Organización Panamericana de la Salud. Marco conceptual e instrumento metodológico: función rectora de la autoridad sanitaria nacional: desempeño y fortalecimiento. Edición Especial No. 17: Washington DC: OPS, 2006. <http://www.lachealthsys.org/documents/433-funcionrectoradelaautoridadsanitariacionaldesempenoyfortalecimiento-ES.pdf>

<sup>13</sup>Durante el XI Consejo Directivo de la OPS (1997), los Estados Miembros discutieron y ratificaron las dimensiones de la rectoría sectorial en salud, las cuales comprenden seis grandes áreas de responsabilidad y de competencia institucional que incumben a la autoridad sanitaria: conducción, regulación, aseguramiento, financiamiento, provisión de servicios y funciones esenciales en salud pública. OPS/OMS, XI Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD40.R12: La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial, 1997.

**FIGURA 2. Dimensiones de la función rectora de la autoridad sanitaria.**

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud; United States Agency for International Development. Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe.

### Marco conceptual de la función rectora en salud

Sin desconocer que pueden adoptarse diferentes taxonomías sobre la función rectora, la OPS definió seis grandes áreas de responsabilidad y competencias institucionales que comprenden las dimensiones de la función rectora (véase la nota 12), es decir: 1) conducción sectorial, 2) regulación y fiscalización, 3) modulación del financiamiento, 4) vigilancia del aseguramiento, 5) armonización de la provisión de servicios, y 6) ejecución de las funciones esenciales en salud pública (FESP) (figura 2). Según el grado de descentralización del sector, así como las características de la separación de funciones que adopta la organización institucional en cada país, estas dimensiones se ubicarán en uno u otro nivel de la autoridad sanitaria (nacional, intermedio o local), y a veces las responsabilidades se compartirán entre dos o más niveles.

#### *Caracterización de una efectiva conducción en salud*

La conducción sectorial constituye una de las tres dimensiones de la función rectora que es responsabilidad exclusiva de la autoridad sanitaria nacional (41). La conducción es de mayor relevancia cuando los objetivos establecidos apuntan hacia cambios significativos en la situación existente (56). En tal caso, las estrategias diseñadas procurarán generar cuotas de poder que movilicen el apoyo necesario para su realización, y aumenten la capacidad operativa. Para ello, la autoridad sanitaria necesita desarrollar o fortalecer su capacidad para orientar efectivamente a las instituciones del sector y movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo de la política nacional de salud mediante: 1) el análisis de la situación de salud, incluida la definición de las prioridades y objetivos sanitarios; 2) la formulación, disseminación, monitoreo y

evaluación de las políticas, planes y estrategias de salud; 3) la movilización de actores y recursos; 4) la promoción de la salud y la participación y control social en salud; 5) la armonización de la cooperación técnica internacional; 6) la participación política y técnica en organismos nacionales y subregionales, y 7) la evaluación del desempeño del sistema de salud, incluida la medición del logro de las metas y de los recursos utilizados.

En este contexto, se observa que los países de la Región que exhiben una buena conducción comparten atributos comunes (57). Entre ellos se destacan los siguientes: 1) el apoyo político es fundamental para lograr una conducción efectiva; 2) la disponibilidad de información veraz, oportuna y confiable es imprescindible para establecer prioridades y objetivos sanitarios; 3) la formulación de políticas y estrategias de salud debe complementarse con su evaluación; 4) la toma de conciencia de los actores sectoriales sobre la importancia de la función rectora facilita la consolidación de la autoridad sanitaria como ente rector; 5) la movilización de actores interesados y la participación de la sociedad civil en la promoción de la salud son, en muchas ocasiones, elementos clave del éxito; 6) para que la cooperación internacional en salud en el país sea eficaz, responda a las necesidades identificadas y sea sostenible, la autoridad sanitaria debe participar en los procesos de negociación, coordinación y evaluación con los organismos cooperantes.

#### *Caracterización de una efectiva regulación y fiscalización en salud*

La regulación y la fiscalización son necesarias para garantizar la función del Estado de ordenar las relaciones de producción y distribución de los recursos, bienes y servicios de salud. Para que



un ministerio o una secretaría de salud puedan ejercer cabalmente su función normativa, deben contar con representatividad política y social, solvencia y autoridad técnica, y desempeñar sus tareas de un modo transparente, sometido al escrutinio social en cuanto a las decisiones que adopte (57). La regulación en su sentido más amplio es un instrumento de supervisión que el gobierno utiliza en combinación con otras herramientas para alcanzar sus objetivos políticos, y como principio, regla u otro tipo de normativa, condiciona y gobierna el comportamiento de los ciudadanos y de las organizaciones o instituciones.

La fiscalización y el control son actividades fundamentalmente técnicas que apuntan a verificar el cumplimiento concreto de las disposiciones normativas y que requieren especialización profesional y probada independencia respecto de los fiscalizados. El ejercicio de la labor fiscalizadora es altamente dependiente de la dotación de recursos humanos y técnicos, así como de las atribuciones que las normas confieran al respecto a los entes que deben ejecutarla. La fiscalización que se traduce en la aplicación de sanciones debe estar sujeta a revisión por parte de los tribunales de justicia a fin de garantizar un debido proceso y prevenir tendencias abusivas o caprichosas del fiscalizador (58). En los países de la Región que exhiben una buena regulación se distinguen los siguientes atributos comunes: 1) el marco legal que respalda a la autoridad sanitaria en el ejercicio de su función es congruente con la conducción que, como ente rector, esta pretende ejercer sobre el sector; 2) la función normativa complementa la fiscalización, y 3) los profesionales que cumplen la función rectora están debidamente capacitados para esa tarea (57).

#### *Caracterización de la función de financiamiento*

La separación de funciones que caracterizan a los procesos de reforma sectorial en la región muestra tres grandes mecanismos de financiamiento. El primer mecanismo corresponde a la creación de fondos nacionales específicos para la salud, procedentes de impuestos especiales. Este mecanismo está generalmente relacionado con planes de extensión de cobertura en programas específicos, como es el caso de la salud materna, financiado con un aumento al impuesto de productos especiales tales como el tabaco y el alcohol. El segundo mecanismo se caracteriza por el incremento de la proporción del financiamiento público recaudado en las instancias intermedias y locales del gobierno o de transferencias del gobierno central a las administraciones locales. El tercer mecanismo se relaciona con la creciente participación de los seguros privados de salud y de algunas modalidades de servicios prepagados. La combinación de estos tres mecanismos de financiamiento plantea nuevos retos a los ministerios de salud en lo concerniente a la ordenación del financiamiento sectorial.

La separación de funciones que caracterizan a los procesos de reforma sectorial en la Región muestra tres grandes mecanismos de financiamiento. El primero corresponde a la creación de fondos nacionales autónomos para la salud separados de los ministerios de salud, que concentran las aportaciones públicas proce-

dentales de impuestos generales; las instituciones específicas de servicios de salud cuando estas existen, y las aportaciones de los trabajadores y los empleadores cuando se han dado los pasos para fusionar los regímenes contributivos de seguridad social en salud con las asignaciones generales del Estado para este propósito. Esto puede estar relacionado tanto con un plan de aseguramiento de carácter público como con planes múltiples de aseguramiento que pueden adoptar modalidades públicas o privadas. La segunda tendencia se refiere al incremento de la proporción del financiamiento sectorial público que proviene de las instancias intermedias y locales del Estado, procedente de recaudaciones tributarias propias de cada uno de estos niveles de la administración pública o de las transferencias fiscales nacionales de las administraciones centrales y destinadas a acciones en salud. La tercera tendencia se relaciona con la creciente participación en la composición del financiamiento sectorial global en algunos países de la Región, de los seguros privados de salud y de algunas modalidades de servicios prepagados que se sufragan con recursos propios de los beneficiarios, de sus empleadores, o de ambos, al menos en lo relativo a algunas coberturas que complementan los planes obligatorios que establece el Estado. La combinación de estos tres elementos en los países que han dado pasos para superar la segmentación del aseguramiento y la provisión de servicios a que dan lugar los mecanismos de financiamiento diferenciados, plantea nuevos retos y atribuciones a los ministerios de salud en lo concerniente a la ordenación del financiamiento sectorial (41).

#### *Caracterización de la función de aseguramiento*

En materia de aseguramiento, el Estado tiene la responsabilidad de tutelar una efectiva protección social en materia de salud, garantizando el acceso a un plan básico de servicios de salud para todos los habitantes, o mediante planes específicos orientados a grupos especiales de población. Ello exige el fortalecimiento de la capacidad institucional de los ministerios o secretarías de salud para definir el contenido de los planes de prestaciones básicas que tienen carácter obligatorio para las personas amparadas bajo el o los sistemas de protección social en salud de responsabilidad pública. Además, deberá definir las poblaciones y territorios que serán cubiertos por el conjunto de las prestaciones, así como proteger los derechos de los usuarios y difundirlos. Por último, deberá regular y controlar el cumplimiento público y privado de las prestaciones, y garantizar que ningún beneficiario de los planes obligatorios de protección social en salud sea excluido por riesgos relacionados con la edad o por patologías preexistentes, y contar con los mecanismos que permitan la compra o prestación de servicios para cumplir con los planes de cobertura garantizados.

#### *Caracterización de la función de provisión de servicios de salud*

Las tendencias a la descentralización y a la disminución de la intervención gubernamental en la provisión de servicios de salud mediante diferentes mecanismos que abren espacios a la partici-

pación de múltiples actores sociales (públicos autónomos, privados y organizaciones solidarias no gubernamentales) influyen en la práctica de la armonización de la provisión de los servicios de salud estatales. Lo anterior ha ido situando a los ministerios o secretarías de salud más como coordinadores de la gestión y prestación de servicios por parte de los entes públicos, que como administradores directos de la provisión de servicios. La función de armonización en la provisión de los servicios de salud, por tanto, es de particular importancia en sistemas caracterizados por la presencia de múltiples actores, de naturaleza pública y privada, y sobre cuya gestión es preciso influir para lograr que se alcancen los objetivos comunes. En dicha función radica la capacidad de la autoridad sanitaria para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atención de salud en forma equitativa y eficiente.

### Acciones de fortalecimiento de la función rectora en América Latina y el Caribe

#### *Fortalecimiento de la capacidad para regular y fiscalizar al sector farmacéutico: el caso del Brasil (57)*

El Brasil es el primer país en desarrollo que ha implementado a nivel nacional un programa de distribución de medicamentos antirretrovirales. El programa está amparado por la política general de medicamentos del país, que propone “asegurar el acceso de la población a medicamentos seguros, eficaces y de calidad, al menor costo posible”. La autoridad sanitaria nacional lleva a cabo dos tipos de regulación farmacéutica: técnica y económica. La regulación técnica introduce normas sanitarias para asegurar la calidad y seguridad de los fármacos, utilizando mecanismos tales como el registro, la inspección y la vigilancia sanitaria. La regulación económica está orientada a la introducción de políticas para reducir la influencia de la industria farmacéutica en el mercado y a aumentar el acceso de los consumidores a los productos farmacéuticos. Los instrumentos que utiliza incluyen el control de precios, el monitoreo del mercado y el desarrollo de políticas de acceso y políticas para promover el uso de genéricos. Si bien la accesibilidad a los medicamentos siempre ocupó un lugar destacado en la agenda pública, su importancia se acentuó a causa de la epidemia del sida, y el control de los precios adquirió un papel preponderante en la regulación económica.

#### *Fortalecimiento de la capacidad de conducción de la autoridad sanitaria en Chile*

El proceso de reforma de la salud de Chile, iniciado en mayo de 2000, impulsó una profunda transformación del sistema sanitario, tanto público como privado, con los objetivos de ampliar el acceso y mejorar los servicios de salud, reducir los tiempos de atención, ampliar la red de establecimientos y eliminar barreras económicas. Este proceso de reforma incluyó dos acciones fundamentales que resultaron en el fortalecimiento de la autoridad

sanitaria en la dimensión de conducción. La primera acción fue priorizar el concepto de rectoría y su articulación con una serie de propuestas que han pasado a ser la base del sector de la salud chileno. En segundo lugar, la autoridad sanitaria fomentó la participación activa de la sociedad civil en la identificación de problemas, la planificación y la implementación de las acciones en el campo de la salud. La propuesta de reforma se basó en cinco temas principales, tratados cada uno en un proyecto de ley respectivo. El primero de los proyectos de ley que aprobó el Congreso Nacional fue la denominada Ley de Autoridad Sanitaria, cuya finalidad fue establecer una nueva concepción del organismo normativo. En consecuencia, el proceso de reforma de la salud en Chile ha conseguido de forma ejemplar instaurar cambios legales, institucionales y funcionales para poder encaminar al sector hacia el logro de los ejes rectores de la reforma: aumentar la efectividad sanitaria, la equidad y la solidaridad, y mejorar la eficiencia de la gestión sectorial.

#### *Fortalecimiento de la capacidad rectora del Ministerio de Salud en Costa Rica*

Costa Rica es un país que históricamente ha otorgado prioridad al desarrollo de la salud pública. Su compromiso con la cobertura de salud para toda la población, en combinación con una sostenida inversión en el sector y la provisión de servicios sociales básicos, logró que en la década de 1990 el país llegara a tener una de las mejores situaciones de salud de la Región, en muchos aspectos comparable a la de países industrializados. Sin embargo, la crisis económica que padeció la Región en las décadas anteriores también afectó a Costa Rica. Los problemas de déficit fiscal y deuda externa e interna, así como la excesiva centralización, ineficiencia y crecimiento burocrático del aparato estatal, resultaron en una reducción de los aportes del Estado al financiamiento del sector salud (59), lo que a su vez repercutió en la calidad de los servicios de salud, la cobertura y el nivel de inversión en el sector. No obstante, debido a su compromiso con la salud pública, el país opta por centrar la reforma del sector salud en el fortalecimiento del sistema público de salud (60).

A principios del decenio de 1990 se inicia un debate nacional sobre las opciones para enfrentar la situación que afectaron al Ministerio de Salud y a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). En 1994 comienzan a ejecutarse reformas estructurales importantes en la organización, financiamiento y provisión de los servicios de salud, manteniéndose siempre los principios básicos de cobertura universal y el financiamiento público de la CCSS. Se formula el Proyecto de Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud, cuyo objetivo es apoyar al ministerio para que asuma el efectivo ejercicio de la rectoría de la salud, trasladando a la CCSS las actividades relacionadas con la atención directa de las personas. Las acciones se centraron en separar las funciones de prestación y financiación (asumidas por la CCSS) de las de regulación y conducción (a cargo del Ministerio de Salud), para eliminar duplicidades en cuanto a los recursos hu-

manos y la infraestructura. La redefinición de las funciones institucionales en el sistema de salud, producto de la reforma, exigió mayor capacidad del Ministerio de Salud para ejercer su función de rectoría: conducir al sector, regular los bienes y servicios de salud, medir el desempeño de las funciones esenciales en salud pública, modular el financiamiento de la atención sanitaria, vigilar el aseguramiento y armonizar la provisión de los servicios. Los logros alcanzados desde el comienzo del proyecto en 1994 hasta la fecha son numerosos. Hacia 2002, el Ministerio de Salud había realizado importantes esfuerzos por reorganizar su quehacer a fin de dar respuesta a las crecientes demandas que requerían un efectivo ejercicio de la rectoría del sector.

### Desafíos

Los países de la Región están realizando importantes esfuerzos para fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias. Sin embargo, cada uno de ellos, en el marco de su realidad y sus posibilidades, deberá hacer una autoevaluación que permita analizar el desempeño de su capacidad para ejercer la función rectora, y definir posibles acciones tendientes a su fortalecimiento. Para ello, se deberán tomar en consideración las lecciones aprendidas que empiezan a surgir de las experiencias nacionales, entre las que se incluyen las siguientes: 1) el establecimiento de prioridades y objetivos sanitarios requiere contar con información veraz, oportuna y confiable; 2) la formulación de políticas y estrategias de salud debe complementarse con su evaluación; 3) el marco legal que respalda a la autoridad sanitaria en el ejercicio de su función debe ser congruente con la conducción que, como ente rector, esta pretende ejercer sobre el sector; 4) para que la regulación sea efectiva, la función normativa debe complementarse con la fiscalización; 5) para que la cooperación internacional en salud sea eficaz, responda a las necesidades detectadas y sea sostenible, la autoridad sanitaria debe intervenir en su negociación, coordinación y evaluación; 6) se deberá contar con recursos humanos calificados para la ejecución de las funciones de rectoría.

En suma, el gran desafío está en plantearse la rectoría como función del Gobierno y de su conducción superior, y encaminar los esfuerzos de fortalecimiento al desarrollo de las funciones de planificación, financiamiento, asignación y desarrollo de recursos, gestión pública y del conocimiento.

## LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMO FUNCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Proveer servicios eficientes, equitativos y de buena calidad, y permitir que la población acceda a ellos es una de las tres funciones principales del sistema de salud. Probablemente esta sea la función que se reconoce con mayor facilidad, dado que encarna el propósito de todos los sistemas de salud, y su grado de implementación afecta directamente la capacidad para mantener la

salud y prevenir las enfermedades tanto en el nivel individual como de la comunidad. La función de los servicios de salud es también fácilmente identificable porque está corporizada en las organizaciones de atención de salud, el trabajo de los profesionales sanitarios, y las intervenciones y la tecnología para la salud que cada sociedad ha puesto a disposición para satisfacer esta necesidad humana básica.

Los servicios de atención de salud incluyen tanto los servicios personales como los públicos, es decir, responden tanto a las necesidades de los individuos como de la población. Cubren todos los niveles de atención y abarcan desde las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad hasta los tratamientos curativos y paliativos, la rehabilitación y la atención a largo plazo. Comprenden también los servicios físicos, mentales, odontológicos y oftalmológicos.

### Niveles de los servicios de salud

Según el nivel de atención, los servicios de salud se clasifican en primarios, secundarios y terciarios. Estos niveles se definen por el tipo de servicios prestados, el grado de complejidad y la capacidad para tratar diversos problemas y enfermedades. La designación de primario, secundario y terciario suele caracterizar la infraestructura del sistema de servicios de salud, en particular las instalaciones, tales como hospitales y clínicas. En este contexto, la atención primaria se refiere solo a un nivel de cuidados y no al conjunto más amplio de valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud, según se trató previamente en el apartado sobre la estrategia de atención primaria de salud.

La atención de emergencias es fundamental en todos los niveles; sin embargo, es quizá la modalidad menos desarrollada en la mayoría de los países de la Región, puesto que solo unos pocos han puesto en práctica programas especiales para reforzarla. En el Brasil, por ejemplo, las unidades móviles de servicio médico de emergencia se establecieron en 2003 como parte del sistema único de salud (SUS). A partir de 2006, el Ministerio de Salud introdujo 94 de estas unidades móviles, que proveen servicios en 647 municipalidades. Chile ha venido expandiendo sus servicios de urgencia prehospitalaria con unidades de rescate de diversa complejidad y un centro local de emergencias supervisado por profesional especializado. En Cuba se crearon 121 áreas intensivas municipales (AIM) que desde 2004 brindan cuidados intensivos de emergencia a la población que reside en zonas de difícil acceso a servicios médicos, o demasiado alejadas de la atención de emergencias de hospitales. Cada AIM presta servicios las 24 horas y cuenta con un médico y un enfermero especializados.

### Acceso a los servicios de salud

Se entiende por *acceso* a los servicios de salud la posibilidad de obtener atención cuando se la necesita. La accesibilidad se refiere al grado en que los servicios médicos alcanzan un nivel aceptable

para la población y responden a sus necesidades. La accesibilidad, en última instancia, se manifiesta en la posibilidad de utilización de los servicios de salud por determinados grupos de población que a priori podrían suponerse desfavorecidos (61). La accesibilidad se ve afectada por las características del sistema de prestación a los individuos y a las comunidades (62). El acceso a una fuente regular de atención —un proveedor de atención primaria o una institución específica— aumenta la probabilidad de que los individuos reciban los servicios médicos adecuados y, a su vez, obtengan mejores resultados de salud (63). Como se trató en capítulos anteriores, los cambios en la situación de salud requieren una reorientación de los servicios, tradicionalmente centrados en lo curativo, para que refuercen las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, traten tanto las enfermedades crónicas como las agudas y respondan a la creciente amenaza de los problemas de salud relacionados con el abuso de sustancias y la violencia, entre otros.

La evaluación y la promoción de un acceso equitativo a los servicios médicos necesarios son una función esencial de la salud pública (5). Un estudio realizado en 2004 a partir de una encuesta administrada a responsables de la toma de decisiones de 16 países de América Latina y el Caribe, indicó que las estrategias para ampliar la cobertura y el acceso a los servicios de atención primaria constituyen uno de los elementos más comunes en las políticas de reforma de los sistemas de salud en la Región (64). Estas estrategias incluyen incrementar la cantidad de centros de atención primaria y orientar la prestación de un conjunto de servicios básicos a poblaciones con limitaciones de acceso, a grupos vulnerables, como niños, madres, o poblaciones indígenas en países como Brasil, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua y Panamá, entre otros.

Por ejemplo, una de las iniciativas utilizadas en el Brasil para extender la cobertura y reducir las desigualdades es la ejecución del denominado Piso de Atención Básica (PAB), que transfiere fondos a los municipios para que lleven a cabo actividades previamente definidas y logren cumplir con las metas de desempeño pactadas. Los municipios son responsables de garantizar el acceso de la población a un conjunto de servicios básicos y para ello reciben una tasa capitada del Ministerio de Salud. En México, el Programa Oportunidades incluye un conjunto de acciones integradas dirigidas a mejorar la salud, la nutrición y el nivel educativo de familias. El programa se ocupa de las poblaciones más vulnerables que residen en localidades rurales marginadas, a las que brinda en forma gratuita un paquete mínimo de servicios básicos de salud que incluye: intervenciones nutricionales para los niños; promoción del autocuidado en las familias y la comunidad mediante estrategias de comunicación y educación para la salud; mayor suministro de servicios para satisfacer la demanda creciente, y subsidios a las familias para que puedan aumentar el consumo de alimentos (65).

Pese a los esfuerzos realizados por varios países, solo 28% de los responsables de la toma de decisiones encuestados en el estu-

dio antes mencionado consideraron que los servicios de atención primaria proveían una cobertura adecuada y que no quedaban grupos importantes de la población sin acceso a los servicios. Según un estudio exploratorio patrocinado por la OPS, solo unos pocos países en la Región han alcanzado tasas equivalentes a la cobertura universal (por ejemplo, Chile, Costa Rica, Cuba y, en el hemisferio norte, Canadá). El estudio reveló que aproximadamente 27% de la población de América Latina y el Caribe carece de acceso permanente a servicios básicos de salud, 30% no tiene acceso a la atención debido a barreras económicas, y 21%, debido a barreras geográficas (66).

### Calidad de los servicios de salud

A lo largo del tiempo se han ofrecido distintas definiciones de calidad de la atención. Uno de los autores que ha analizado la calidad de la atención médica es Donabedian, quien la define como “la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar los riesgos en forma proporcional. El grado de calidad es, por lo tanto, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y los beneficios” (67, 68). Donabedian señaló también que la calidad de la atención consta de dos componentes: la dimensión técnica y la dimensión interpersonal (69).

Más recientemente, el Instituto de Medicina (IOM) de los Estados Unidos definió la calidad como “la medida en que los servicios de salud para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados esperados en salud y son coherentes con el conocimiento profesional actual”. Los servicios médicos de alta calidad se definen como seguros, eficaces, centrados en el paciente y oportunos (70, 71).

*Atención segura* se refiere a no causar a los pacientes daños derivados de una prestación cuyo objetivo es ayudarlos. *Atención eficaz* se refiere a aplicar prácticas o procedimientos médicos acordes con los conocimientos científicos disponibles a todos los individuos y comunidades que puedan beneficiarse de ellos, absteniéndose de brindarlos a quienes probablemente no se beneficiarían (es decir, evitar la subutilización y la sobreutilización). La *atención centrada en el paciente* establece una asociación entre los profesionales y los pacientes para garantizar que las decisiones referidas a la atención respeten los deseos, necesidades y preferencias de estos últimos. Así, debería generarse una satisfacción mayor entre los usuarios. Esta estrecha asociación ha de asegurar también que los pacientes y sus familias reciban la información y el apoyo necesarios para adoptar decisiones y participar en su propio cuidado. En lugar de ocuparse principalmente de la enfermedad o los sistemas orgánicos, la atención centrada en el paciente tiene en cuenta tanto las dimensiones psicosocial y cultural de la enfermedad como el contexto familiar y de la comunidad. Por *atención oportuna* se entiende no solo minimizar los retrasos innecesarios en la obtención de la atención sino tam-

bién proveer *atención coordinada* entre los diferentes prestadores y establecimientos, y entre todos los niveles de atención, desde los cuidados preventivos hasta los paliativos.

Mejorar y garantizar la calidad en lo que atañe a los servicios de salud personales y públicos es una de las once funciones esenciales de salud pública. Según un estudio regional publicado por la OPS en 2002, esta era una de las funciones menos desarrolladas (55). Varios países de la Región han definido e implementado procedimientos para la acreditación de establecimientos de salud, con el liderazgo de los Estados Unidos y el Canadá. En América Latina, diversos países también han desarrollado programas de acreditación, incluidos Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Jamaica, Perú, la República Dominicana, Suriname, y Trinidad y Tabago (72). El grado de implementación de estos programas varía de un país a otro y la gran mayoría de ellos están centrados en los hospitales.

#### *Equidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud*

En el contexto de la calidad, la *equidad* es un aspecto que atraviesa todas las modalidades de los servicios médicos y se refiere a la distribución de servicios de calidad entre todos los grupos poblacionales, más en función de la necesidad que de otros criterios no vinculados con la salud en forma inherente, como el grupo étnico, la ubicación geográfica, el nivel socioeconómico o la cobertura del seguro médico. La cobertura universal y el acceso igualitario a la atención son los elementos fundamentales de un sistema de salud equitativo, según se describe en otros lugares de esta publicación. El segundo aspecto que debe permear los servicios de salud de alta calidad es la *eficiencia* en la asignación de los recursos y en el suministro de los servicios, con objeto de evitar el uso ineficiente de los recursos y sacar el máximo provecho de los recursos utilizados (73).

### **Desarrollo de sistemas de prestación de servicios de salud de alto rendimiento**

#### *Desafíos para el desarrollo de modelos de prestación de servicios médicos de alto rendimiento*

La mayoría de los países en la Región enfrentan desafíos comunes en cuanto al rendimiento de los sistemas de salud, que incluyen: el rápido aumento del costo de los servicios, la insuficiencia de los servicios, el acceso desigual a los servicios, la escasa eficiencia técnica, el bajo nivel o la falta de indicadores para medir la efectividad y rentabilidad de la mayoría de los servicios prestados, la calidad insuficiente de los servicios y los bajos niveles de satisfacción del usuario y de participación social en la salud.

Un análisis de la situación en relación con la atención hospitalaria, muestra que (66):

- se atribuye una excesiva importancia a la atención altamente especializada y al uso de tecnologías costosas;

- los establecimientos de salud se concentran en las zonas urbanas;
- se amplía cada vez más la brecha entre la demanda y la oferta de servicios;
- existe un desequilibrio en la distribución de pacientes entre los hospitales del sector público y privado, basado en los planes financieros, a través de los cuales el sistema público generalmente se preocupa por los casos más costosos mientras que los hospitales privados preseleccionan a los pacientes y limitan el acceso a los procedimientos más costosos;
- faltan sistemas de gerenciamiento lo suficientemente desarrollados;
- no se cuenta con sistemas de control de calidad vinculados a los procedimientos hospitalarios, especialmente para los de complejidad mediana y alta.

Por otra parte, la mayoría de los modelos de prestación de servicios de salud tendieron a poner el acento en los servicios de atención individual más que en los servicios de salud pública; en la atención curativa más que en la preventiva, y en los servicios centrados en un episodio de enfermedad específico o una consulta, más que en el tratamiento de la persona como un todo y el establecimiento de una estrecha asociación entre pacientes y profesionales de la salud, en el contexto familiar y comunitario. Además, los servicios suelen caracterizarse también por la discontinuidad de la atención debido a la falta de acceso a un proveedor regular y la ausencia de una red integrada y coordinada de servicios.

#### *Tendencias emergentes en los modelos de prestación de servicios de salud*

En general, los cambios en la prestación de servicios de atención primaria se han centrado en lograr una mejor adecuación entre la prestación de servicios y las necesidades y demandas de atención por parte de la población, haciendo hincapié en la atención ambulatoria, y el mejoramiento del acceso y la equidad. La intensificación de los esfuerzos en esta dirección debería ayudar a abordar algunas de las deficiencias destacadas previamente.

Si bien no podemos referirnos a un modelo dominante único de prestación de servicios de salud, existen varias tendencias comunes, en particular en el campo de la atención primaria (64). Su importancia relativa y el nivel de implementación varían entre los países de la Región. Una de las tendencias más manifiestas ha sido el cambio de la atención del paciente internado, fundamentalmente en hospitales, a la atención ambulatoria especializada, incluido el creciente uso de la cirugía ambulatoria, en la que el paciente es operado y enviado a su casa en el mismo día, los hospitales diurnos y la atención domiciliaria, a fin de reducir las costosas estancias hospitalarias. Esta tendencia es más evidente en los países de altos ingresos como los Estados Unidos y el Canadá, porque suele requerir tecnologías complejas, inversiones costosas y una nueva capacitación del personal. Sin embargo, esta tendencia se está observando cada vez más en otros países en la Región.

En Panamá, por ejemplo, el sistema de seguro social de salud brinda atención domiciliaria a pacientes con afecciones crónicas. En Chile, una de las estrategias ha sido el desarrollo de nuevas formas de prestación de atención ambulatoria especializada independiente de los hospitales, como el uso de centros de referencia de atención de salud para las especialidades y los diagnósticos más comunes y los centros de tratamiento para la atención ambulatoria más compleja.

En el Brasil, Chile y Cuba también se observa un creciente interés en estrategias de salud familiar más que en la atención individual. Este abordaje tiende a favorecer la modalidad de atención integrada en lugar de la utilización de un conjunto de servicios selectos, y ha estimulado la estrategia basada en equipos, en los cuales los enfermeros y el personal auxiliar son miembros integrales, en lugar del modelo jerárquico más tradicional en el que la mayor parte o la totalidad del poder de decisión reside en los médicos. Aunque 58% de los responsables de la toma de decisiones en salud encuestados en 16 países de América Latina y el Caribe informaron la existencia de políticas o programas de atención familiar, alrededor de la misma proporción informó que estos solo cubren la mitad o menos de la población del país (64).

Poner el acento en la promoción y prevención de la salud, en lugar de solamente en la atención curativa y de rehabilitación, es otra tendencia común en los nuevos modelos de prestación de salud aplicados en varios países de la Región. El énfasis relativo en la promoción de salud y la prevención de enfermedades es mayor en los países de ingresos bajos que en los de ingresos altos, muy probablemente debido a los esfuerzos por ampliar la cobertura a través de los servicios preventivos (64).

El traslado de los servicios de atención de salud a los lugares donde los usuarios viven, trabajan y estudian, en lugar de que los usuarios deban ir en busca de los servicios en los centros de atención de salud, es otra estrategia para aumentar el acceso utilizada en los modelos de prestación de asistencia sanitaria. Se han establecido programas escolares estudiantiles de atención de salud, tanto en países de ingresos altos como bajos. En los Estados Unidos, más de 1.000 escuelas (en su mayoría secundarias) tienen centros de salud (74). En 2001, se estableció en Nicaragua la atención de salud escolar en varios establecimientos educativos como parte de un programa piloto. Desde 2006, cuatro escuelas disponen de centros de salud. El programa también ha mejorado la coordinación entre las escuelas y los municipios para aumentar la cobertura de inmunización infantil y mejorar la nutrición y la salud oral de los niños.

Otra manera habitual de aumentar el acceso a la atención integrada es el establecimiento de equipos de atención primaria en poblaciones determinadas. En Cuba se nombra un equipo de atención primaria (que incluye un médico de familia y un enfermero) cada 120 familias, y el equipo debe residir en el mismo vecindario que la población que tiene asignada. El consultorio y el domicilio del médico suelen estar en el mismo edificio. Si bien los equipos brindan asistencia en el consultorio, también realizan consultas

domiciliarias y de campo. Las escuelas y los lugares de trabajo generalmente tienen sus propios centros de atención de salud (75).

Los consultorios y centros de atención de salud ambulantes no constituyen necesariamente una nueva tendencia, pero se los sigue utilizando en muchos países de la Región, en particular en zonas de baja densidad de población o áreas donde los establecimientos y el personal de salud no están disponibles de manera permanente. En Panamá, por ejemplo, esa población es el principal objetivo de las llamadas caravanas itinerantes de salud.

#### *El objetivo: servicios integrados de salud*

Los sistemas integrados se encuentran entre los modelos más recientemente propuestos de prestación de asistencia sanitaria. Estos modelos se refieren a las redes de atención de salud interorganizacionales que articulan las dimensiones clínica, funcional, normativa y sistémica, y coordinan los servicios de salud en el espacio (desde el hogar hasta los distintos tipos de establecimientos de salud) y el tiempo (para un episodio de enfermedad y a lo largo del ciclo de la vida). Un sistema de prestación integrado tiene las facultades y recursos necesarios para abordar la mayoría de los problemas de salud de una población en varias etapas del ciclo vital (76). La integración de los servicios a veces se describe como de carácter horizontal y otras veces como de carácter vertical, pero los servicios verdaderamente integrados requieren ambos componentes. Esto incluye un componente horizontal que articule los establecimientos y los servicios al mismo nivel de atención (por ejemplo, hospitales, centros de salud) y un componente vertical que integre los servicios y los correspondientes prestadores de servicios a lo largo de la secuencia de la atención (por ejemplo, agencias de atención de salud domiciliaria, consultorios médicos, hospitales, residencias para ancianos, hospicios).

Desde la perspectiva del paciente, un sistema de prestación de servicios integrados de salud tiene las siguientes características (76):

- el desarrollo de un sistema integrado de información de salud con la inclusión de las historias clínicas, para que no tenga que repetir su historial médico cada vez que realiza una consulta; las historias clínicas también deberían incluir información sobre la utilización de los servicios y los procedimientos;
- la ausencia de duplicación innecesaria de procedimientos de diagnóstico y laboratorio;
- el acceso sencillo y oportuno al proveedor de asistencia médica primaria;
- el acceso a distintos niveles de atención que posean la capacidad de resolver un conjunto específico de problemas de salud;
- la información sobre las opciones de tratamiento y la participación en la toma de decisiones en un plano de igualdad con los proveedores de atención de salud;

- el seguimiento periódico para evitar problemas con cualquier afección crónica;
- el asesoramiento y apoyo para el automanejo y autocuidado de las enfermedades crónicas, para aumentar la autonomía del paciente y el uso informado del sistema de salud.

Las experiencias con los modelos de servicios integrados de salud en la Región están aumentando, pero pocas han sido estudiadas y evaluadas. En El Salvador, el primer nivel de atención ha sido totalmente reformulado mediante la definición de sistemas básicos de salud integral (SIBASI) diseñados conforme a los principios de una estrategia de atención médica primaria, con un alto nivel de participación de todas las instituciones sociales relevantes. Los SIBASI constituyen el nivel operativo básico del sistema de atención de salud y su estructura incluye los establecimientos asistenciales del primer nivel de atención primaria vinculados con los centros de nivel secundario y terciario, y organizados en redes coordinadas concebidas para responder a las necesidades de atención de salud de la población. La legislación aprobada en 2006 define a las autoridades regionales como el nivel técnico y administrativo responsable de la administración de los recursos asignados por los SIBASI. También establece un sistema de referencia que permitirá la continuidad y la atención integrada coordinada.

Se han puesto en práctica muchos modelos integrados de atención de salud sobre una base experimental o piloto para zonas y poblaciones geográficamente restringidas, por lo común a nivel local y regional. Por ejemplo, en el Perú, EsSalud (el seguro social de salud) patrocinó un programa piloto en varios policlínicos a fin de aplicar y examinar la adopción de nuevas estrategias para la integración de los servicios. Entre ellas se incluyeron una evaluación y diagnóstico de la situación sanitaria de grupos de población definidos, el establecimiento de mecanismos de selección correspondientes a los respectivos grupos de población, el aumento de las horas de funcionamiento, la redistribución y reorganización de los recursos físicos, la creación de sistemas mejorados de información, el establecimiento de procesos de mejoramiento de la calidad que incluyen la medición según parámetros de referencia y la incorporación de servicios de atención primaria al policlínico (77) (el informe sobre el estudio piloto se centra en las experiencias de un policlínico que brinda atención médica primaria, secundaria y terciaria, incluidos los servicios de urgencia). Entre las lecciones aprendidas, cabe señalar: la importancia de identificar y adaptar las prácticas más apropiadas para mejorar la prestación y la integración de los servicios; la necesidad de adoptar una cultura organizativa de apoyo a los cambios basada en el establecimiento de una buena comunicación entre administradores y proveedores de salud para incrementar la compra directa, y la de informar a los usuarios sobre los cambios en la prestación de los servicios de salud para disminuir sus posibles resistencias al cambio.

#### *Efectos de los modelos de prestación de servicios de salud de alto desempeño en los resultados de salud*

Solamente algunos estudios han mostrado una asociación entre los cambios en los modelos de prestación de asistencia sanitaria (específicamente los servicios de atención primaria) y los resultados de salud. En Costa Rica, una reforma integral de la atención primaria incluyó un mayor acceso centrado principalmente en las zonas más necesitadas (el acceso aumentó 15% en esos distritos de salud), la reorganización de los profesionales de salud en equipos multidisciplinarios de atención primaria, y la asignación a cada equipo básico de atención integral de salud (EBAIS) de responsabilidades respecto de una zona y población particulares. Por cada cinco años de reforma de la atención primaria de salud, la mortalidad infantil se redujo 13% y la mortalidad adulta 4%, independientemente de otros factores determinantes de la salud (78). La equidad en el acceso a la atención también mejoró (79).

En el caso del Brasil, el Programa de Salud de la Familia incluye también equipos multidisciplinarios que cubren a una población determinada. En función de la disponibilidad de recursos, los dentistas, los trabajadores sociales y los psicólogos pueden integrar los equipos, o en todo caso incorporarse para apoyar las redes que utilizan varios equipos. El objetivo del programa, iniciado en 1994, es ampliar el acceso a los servicios básicos de salud, a la prevención y el tratamiento de bajo costo, y a servicios médicos altamente eficaces. Hacia 2004, la cantidad de afiliados pasó de 1 millón a más de 60 millones, y el programa se ejecutaba en más de 75% de los municipios (66). La ejecución de este programa se ha vinculado a reducciones en la mortalidad infantil, como ocurrió con iniciativas similares de Costa Rica y México.

#### *Desafíos de la organización y administración de los servicios de salud*

La heterogeneidad de la Región de las Américas se expresa también en sistemas de salud de características y niveles de complejidad muy diversos; sin embargo muchos países comparten los desafíos que plantean la organización y la administración del sistema asistencial. Estos incluyen:

- un conocimiento deficiente de la situación de salud y de las necesidades de la población atendida, incluidas las poblaciones vulnerables, y especialmente en los casos en que no se establece la población asignada;
- una articulación débil o inexistente entre el nivel de atención primaria y otros niveles de atención debido a mecanismos de derivación y sistemas de información eficaces;
- la centralización de la administración y de la toma de decisiones;
- diferencias poco claras entre la prestación de servicios de salud y el financiamiento de la salud y las funciones del seguro;

- una administración de los servicios en función de los aportes y los recursos, más que de los procesos y los resultados;
- una participación social que suele limitarse al ámbito de las de consultas más que a la gestión de los servicios.

Es importante destacar que la organización y el manejo de los servicios de salud deben definirse teniendo en cuenta principios éticos básicos de la atención de salud (80). Entre estos principios se incluyen la justicia y equidad en el acceso a una atención de calidad; el respeto por las personas según lo refleja el enfoque de la atención centrada en los individuos y las familias, con alto nivel de participación comunitaria; la beneficencia, o la provisión de una asistencia efectiva de alta calidad y basada en pruebas científicas; y la no maleficencia, o la provisión de servicios mediante procedimientos que garanticen una atención segura, es decir que no causen lesiones a los pacientes y eviten la utilización excesiva de servicios ineficaces, lo que también pueden provocar daños.

#### *Tendencias en la administración de los servicios de salud*

El cuadro 14 muestra los resultados de una encuesta realizada a 36 responsables de la formulación de políticas y 46 ejecutivos de la atención de salud, sobre los modelos de administración hospitalaria más comúnmente utilizados, los centros especializados de atención ambulatoria y las redes de servicios en 15 países

**CUADRO 14. Modelos de administración por tipo de centro o red de atención de salud.**

Tipo de centro o red de atención	Modelo de administración
Hospitales	Administración pública directa Administración privatizada o contratada con terceros Cooperativas de profesionales de la atención médica Privada con fines de lucro
Atención ambulatoria especializada	Administración pública directa Organización pública indirecta Administración privatizada o contratada con terceros Cooperativas de profesionales de la atención médica Privada con fines de lucro
Redes de servicios de atención de salud	Administración pública directa Cooperativas de profesionales de la atención médica Privada con fines de lucro

*Fuente:* Organización Panamericana de la Salud. Estudio regional sobre asistencia hospitalaria y ambulatoria especializada en América Latina y el Caribe, 2004.

de América Latina y el Caribe: Argentina, Bahamas, Brasil, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Honduras, México, Nicaragua, Perú, la República Dominicana, Santa Lucía, y Trinidad y Tabago (72). Los modelos más comunes son la administración pública directa, las cooperativas de profesionales de la salud y los modelos de administración privada, ya sean con o sin fines de lucro. Entre 10% y 14% de los encuestados afirmaron que estos modelos de administración no responden adecuadamente a las necesidades de atención de salud, y otro 70% contestó que solo lo hacen parcialmente.

En la misma encuesta se identificaron las siguientes tendencias emergentes en los hospitales y los servicios especializados de salud ambulatoria (66):

- mayor flexibilidad en la gestión de los recursos humanos;
- transformaciones en la organización de los servicios hospitalarios;
- cambios en los mecanismos de financiamiento de los servicios hospitalarios;
- aumento de la atención regulada;
- evaluaciones económicas y de tecnología sanitaria;
- atención de salud basada en pruebas científicas;
- incremento del intercambio de buenas prácticas relativas al diagnóstico y el tratamiento;
- mayor manejo de los servicios desde una perspectiva técnica más que desde un punto de vista financiero o de recursos humanos solamente.

Colombia, Cuba y México se encuentran entre los pocos países de América Latina que han puesto en práctica un programa de evaluación de tecnologías de salud. En México, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC) creó una base de datos de tecnologías sanitarias que incluye información sobre eficacia, seguridad, rentabilidad y cumplimiento de los requisitos técnicos, y se utiliza para comprar y asignar equipos médicos. La base de datos incluye 22 pautas prácticas, 31 pautas tecnológicas, 125 documentos sobre especificaciones técnicas, ocho pautas de equipos médicos, seis publicaciones con información para el consumidor y diversos informes acerca de la evaluación de la tecnología y la ingeniería biomédica (81). En Colombia, la Oficina de Ciencias y Desarrollo de la Tecnología del Ministerio de Salud ha mejorado la evaluación de la tecnología sanitaria y definido los criterios para su importación y evaluación. Cuba cuenta con una Oficina Nacional de Evaluación de Tecnología, para determinar la incidencia de la tecnología sanitaria en los sistemas actuales e identificar los nuevos equipos médicos que pueden adquirirse (72).

Los formuladores de políticas y los administradores efectuaron sugerencias para agilizar el desarrollo de modelos de administración adecuados y mejorar la administración de la atención, entre ellas (66):



- la descentralización de la administración de los hospitales públicos y autonomía creciente;
- la descentralización de los servicios de salud en general;
- la revisión del sistema de financiamiento para eliminar las barreras económicas que enfrentan los establecimientos públicos cuando intentan brindar servicios con el nivel de calidad mínimo exigido para el correcto funcionamiento del sistema;
- el afianzamiento de la coordinación interinstitucional para generar redes de servicios integrados y otorgar prioridad a los servicios que se brindan a través de las redes;
- la definición de criterios de calidad y la ejecución de programas de garantía de la calidad y de mejoramiento de la calidad;
- la definición y establecimiento de incentivos y de otros mecanismos para motivar al personal de salud;
- la capacitación y educación continua del personal técnico y administrativo.

La descentralización de la administración y la prestación de servicios de salud siguen siendo uno de los componentes principales de los proyectos de reforma de la salud en muchos países de la Región. El Brasil constituye uno de los países donde la descentralización se implementó ampliamente. En 1990 se puso en práctica el Sistema Único de Salud (SUS), basado en los objetivos de acceso universal y equitativo a la atención, mediante un sistema regionalizado de servicios de atención médica organizado por nivel de complejidad bajo la dirección de las autoridades municipales, estatales y federales. Una de sus estrategias más importantes ha sido la descentralización de responsabilidades en cuanto a la provisión de los servicios de atención médica, cuya puesta en práctica requirió el fortalecimiento de la capacidad de regulación. Así, en febrero de 2006, la Comisión de Gestores Tripartita (CIT) y el Consejo Nacional de Salud aprobaron un acuerdo que establece un nuevo marco para la administración del sistema en todos los niveles del gobierno.

#### *Creación de capacidades para una óptima administración de los servicios de salud*

La capacidad se define tradicionalmente como la habilidad que tienen las personas, las organizaciones y los sistemas de atención para desempeñar sus funciones principales. En el contexto de los servicios de salud suele referirse al apoyo financiero, a los equipos y centros médicos, al desarrollo de los recursos humanos y a las destrezas técnicas. Sin embargo, la creación de capacidades es un proceso continuo de desarrollo y fortalecimiento del conocimiento y las destrezas que se necesitan para manejar la atención de salud. Estas destrezas incluyen: la habilidad para evaluar las necesidades e identificar las desigualdades en el acceso y la prestación de atención; el diseño de un plan para reducir estas desigualdades mediante la creación de capacidades y la definición de estrategias y medidas específicas; y el desarrollo de

las habilidades para controlar y evaluar los procesos y los resultados obtenidos (82).

Con respecto a esta última área, y en relación con el uso de indicadores de resultado de los servicios de salud, la encuesta llevada a cabo a responsables de políticas, administradores de hospitales y gerentes de diversos centros de atención ambulatoria de América Latina y el Caribe (66) halló que:

- 59% de los entrevistados informaron que estos centros realizan análisis de los resultados de los servicios de salud, sobre todo en cuanto a los indicadores de índole financiera;
- 63% informaron que los centros midieron la tasa de infecciones relacionadas con los hospitales (uno de los indicadores clave de la seguridad del paciente);
- 71% informaron que los centros utilizan indicadores de calidad, pero solo 57% de los entrevistados notificaron el uso de encuestas a los usuarios en relación con la satisfacción o las experiencias con la atención, y solamente 46% revisaron regularmente las pautas de atención;
- 63% informaron el uso de indicadores de la productividad del personal de salud, y 52% emplearon indicadores del uso de los recursos materiales (como los equipos) y los medicamentos.

Las experiencias internacionales han demostrado que los factores clave para la creación de capacidades gerenciales incluyen: reconocer la importancia de desarrollar las destrezas necesarias para administrar el cambio; garantizar el desarrollo de las destrezas necesarias para la administración básica de los servicios y tomar conciencia de la importancia de la cultura organizativa mediante la promoción de cambios en este nivel; reconocer la presencia de potenciales barreras externas al sistema de prestación de servicios, como son, por ejemplo, la estructura política, legislativa y regulatoria; y crear capacidades por etapas y no tratar de realizar todos los cambios al mismo tiempo.

#### *Control de los servicios de salud y medición del desempeño*

El principio fundamental de una administración eficaz de los servicios de salud es la disponibilidad de información oportuna y precisa para el análisis, la notificación, el control y la medición del desempeño. Para la toma de decisiones es esencial contar con un sistema de información gerencial flexible, con financiamiento adecuado, sometido a revisiones y actualizaciones periódicas, y sostenible. Un sistema de tales características ofrece a los administradores la información para la planificación estratégica así como para la administración de rutina de los servicios de salud. Otros principios para el diseño de un sistema eficaz de información gerencial (83) incluyen la vinculación con objetivos específicos basados en evidencias para lograr mejoras, y la inclusión de medidas para evaluar el progreso en relación con atributos clave de los servicios médicos en cualquier nivel del sistema: el acceso, la calidad (la seguridad, la eficacia, el enfoque centrado en las

personas, la oportunidad de la atención y una buena coordinación), la equidad y la eficiencia.

Varios países de la Región emprendieron iniciativas tendientes a aumentar la eficiencia, la eficacia y la equidad en la prestación y administración de los servicios de salud mediante la aplicación de métodos y herramientas para controlar los flujos de los recursos asociados con la prestación de servicios de salud y evaluar el desempeño institucional con respecto a criterios definidos previamente, tanto para los procesos como para las medidas de resultados. Es fundamental utilizar métodos que generen información para el análisis de la productividad, el desempeño y el uso de los recursos, a fin de cumplir los objetivos institucionales, negociar los contratos para la provisión de servicios, incrementar la rendición de cuentas, controlar el desempeño institucional y mejorar las prácticas de administración (84).

En el Ecuador, el seguimiento regular de los indicadores de procesos ha permitido a los administradores de los programas controlar los efectos de la legislación implementada para ofrecer atención por maternidad y servicios de atención infantil gratuitos de calidad. Diversos indicadores de procesos de calidad mostraron mejoras significativas después de transcurridos apenas nueve meses. Por ejemplo, la proporción de nacimientos en los lugares donde se respetó un conjunto de pautas normalizadas (por ejemplo, el control de la presión arterial materna y de la frecuencia cardíaca fetal) se incrementó de 44,5% en agosto de 2003 a 83,6% en 2004 (85).

En las Bahamas, el Departamento de Salud Pública inició la aplicación piloto de una nueva herramienta de información en salud pública en cuatro lugares. Se trata de un sistema de registros médicos e información del paciente, automatizado e integrado, que respalda la implementación, el seguimiento y la información de las intervenciones de salud pública, así como el seguimiento y el manejo de casos a nivel individual.

Algunos países de América Latina y el Caribe han puesto en práctica sistemas de información gerencial para su utilización en centros de atención de salud. En México, por ejemplo, más de 100 hospitales han aplicado un sistema de información gerencial. Los módulos de generación de recursos y costos son los más extensamente desarrollados, e incluyen el cálculo de los costos de 1.800 procedimientos hospitalarios y programas de recuperación de costos. En un departamento de Colombia, en 2004 se puso a prueba con éxito un sistema de información gerencial en tres hospitales, cuya utilización se extendió a 36 hospitales de otro departamento. El sistema resultó especialmente útil para los hospitales públicos, que en Colombia deben negociar y gestionar contratos de servicios con compañías aseguradoras o de atención regulada, así como con autoridades sanitarias provinciales y departamentales. Chile puso en práctica en 2003 un sistema de información gerencial que luego se expandió a siete hospitales, donde se lo utilizó adicionalmente para negociar los presupuestos en función de los costos y de la complejidad de la producción de diversos servicios.

*“El desafío de lograr la salud para todos requerirá el compromiso constante de los gobiernos, la asignación de los recursos necesarios y la reforma y reestructuración de los sistemas de salud para asegurar la máxima equidad, eficiencia y efectividad.”*

Héctor Acuña, 1983

#### *Tendencias emergentes en los servicios de salud*

Ciertos desarrollos clave de los servicios de salud que podrían ampliar el acceso a la atención, aún se encuentran mayormente en las etapas iniciales. Entre ellos se incluyen el uso de tecnología de la información y la comunicación, el aumento de la globalización y el intercambio en los servicios de salud, la investigación sobre el mapa del genoma humano, y nuevos tratamientos, medicamentos y tecnologías de atención de salud.

En las zonas rurales o de difícil acceso, las tecnologías de la información y la comunicación facilitan el aumento del acceso a los especialistas y los servicios de mayor complejidad. Cuando se utiliza de manera adecuada, la telemedicina puede reducir los obstáculos para el acceso a la atención provocados por las barreras geográficas, la distribución inadecuada de los proveedores de salud, los costos y la falta de supervisión y apoyo de los trabajadores sanitarios a nivel de la atención primaria (86). Por ejemplo, en la zona rural de los Estados Unidos, los proveedores de atención primaria utilizan la telemedicina para consultar con especialistas sobre casos específicos en presencia de los pacientes. Mediante el uso de escáneres especiales para transmitir las imágenes a los radiólogos que las analizan en otros lugares, estos especialistas pueden emplear la tecnología de la información para incrementar el acceso a los servicios de diagnóstico. Esta clase de tecnología puede ofrecer educación continua a los proveedores de atención de salud de todo tipo. En México, en 2006, 18 centros de atención de salud en cuatro estados capacitaron al personal que podía brindar servicios de telemedicina. Otros ocho centros federales también proporcionaron servicios de telemedicina, además de educación continua, mediante el uso del mismo tipo de tecnologías.

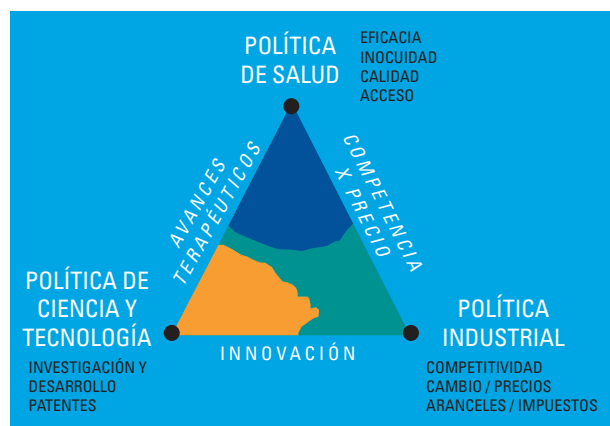
## MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS PARA LA SALUD

### Medicamentos

#### *Políticas farmacéuticas*

Las políticas farmacéuticas, con sus componentes de acceso, calidad y uso racional armónicamente interrelacionados, son parte de las políticas sanitarias articuladas a los sistemas de salud o de aseguramiento en salud con el propósito de mantener la integralidad en aspectos estructurales, de financiamiento y

**FIGURA 3. Aspectos interrelacionados en la formulación de políticas de medicamentos.**



**Fuente:** Adoptado de Tobar F. Políticas para mejorar el acceso a los medicamentos. Boletín Fármacos. julio 2002; 5(3).

gestión, y principalmente en cuanto al cumplimiento de las metas en salud fijadas por los países. La formulación e implementación de políticas farmacéuticas no solo involucra aspectos sanitarios, sino también industriales y de ciencia y tecnología. Esta triada puede representarse mediante un triángulo en cuyos vértices se ubican la política industrial, la política de ciencia y tecnología, y la política sanitaria (figura 3) (87).

Desde la perspectiva de la política industrial, se busca la competitividad tanto a nivel interno como mundial para consolidar la oferta. Desde la perspectiva de la política de ciencia y tecnología, la preocupación se centra en la investigación y el desarrollo, y en el mejoramiento tecnológico de las formas farmacéuticas. Desde la perspectiva de la política sanitaria, no solo se procura velar por el acceso de la población a los medicamentos, sino también fiscalizar y vigilar la calidad de los productos, su seguridad y su desempeño terapéutico. Las preocupaciones sanitarias comparten con la política industrial la necesidad de la promoción de la competencia por la vía de los precios, y con la política de ciencia y tecnología la preocupación por promover adelantos terapéuticos. A su vez, esta última comparte con la política industrial el estímulo a la innovación y a la calidad.

Desde la perspectiva de la política sanitaria, el medicamento es sobre todo un bien social, mientras que desde la óptica de la política industrial y de innovación, es especialmente un bien de consumo. Por supuesto, dado que la realidad es más compleja, una política farmacéutica puede estar centrada en diferentes aspectos según lo determinen las prioridades nacionales.

Después de las diversas tendencias que se manifestaron en los vértices del triángulo durante las tres décadas anteriores, en la actualidad parece haber un movimiento más equilibrado. Algunos países cuentan con estructuras fortalecidas que incluyen organismos reguladores. Tal es el caso del Brasil y la Argentina, que están

asumiendo un liderazgo reconocido que procura orientar las políticas farmacéuticas hacia la búsqueda de equilibrios en diferentes puntos del interior del triángulo más que en sus vértices. Otros países realizaron esfuerzos por identificar espacios que les permitan moverse hacia el centro del triángulo con algunas innovaciones, aunque por ahora se mantienen más a nivel de la normativa que de la implementación. El Ecuador, por ejemplo, aprobó en el año 2000 una ley de genéricos que abarca todo el ciclo, desde la producción hasta consumo, y que no solo obliga el uso de los fármacos más baratos en el sector público, sino que también exige que 20% de la producción de todos los laboratorios se centre en estos productos, y establece márgenes de beneficio mayores para los vendedores de farmacéuticos (88). Igualmente, mediante la expansión de las compras públicas, varios países de la Región (entre ellos Bolivia, Chile, Jamaica, Perú, la República Dominicana y Uruguay) incentivaron una oferta creciente de productos competitivos.

En los países estas medidas pueden formar parte de políticas farmacéuticas integrales oficialmente formuladas o puede tratarse de decisiones enfocadas hacia algún componente específico de la política. De acuerdo con el último informe de la OMS (89), de 27 países de la Región que respondieron una encuesta sobre la situación farmacéutica en 2003, 16 países informaron contar con una política farmacéutica nacional, y en nueve de ellos esta política era oficial.

#### El mercado farmacéutico

El de los medicamentos es uno de los mercados de más alto crecimiento a nivel mundial. Solo en los últimos cinco años registró una expansión superior a 50%.<sup>14</sup> Los Estados Unidos ocupan el liderazgo del mercado de medicamentos tanto en la Región como en el mundo, con US\$ 190.000 millones de facturación en los últimos 12 meses.<sup>15</sup> En las Américas, le sigue el Canadá, con US\$ 13.000 millones (89). Juntos, ambos países representan 50% del mercado mundial y duplicaron su mercado en los últimos seis años. También en América Latina y el Caribe el mercado de medicamentos crece en forma sostenida desde 2002 y se espera que mantenga este ritmo hasta finales de la presente década (90). La Región representa 8% del mercado mundial. En 2006, los tres países que lideran las ventas son el Brasil (US\$ 8.150 millones), México (US\$ 7.824 millones) y la Argentina (US\$ 2.148 millones) (91).

Como en el resto de las regiones, se expande en las Américas la participación de los productos competidores (también llamados de múltiples fuentes o genéricos). El crecimiento significa

<sup>14</sup>En 2000 el mercado mundial era de US\$ 356.000 millones y en 2005 de US\$ 602.000 millones. Fuente: IMS Health Total Market Estimates and Global Pharma Forecasts (incluye mercados auditados y no auditados por IMS).

<sup>15</sup>Los datos presentados son de IMS (Estadísticas Médicas Internacionales) y corresponden al período comprendido entre julio de 2005 y junio de 2006. En ningún caso contempla impuestos ni los márgenes de ganancia de los vendedores minoristas.

mayor número de unidades vendidas, puesto que este segmento se caracteriza por presentar precios muy inferiores. El 80% de los países de la Región incorporó normativas para promover la prescripción por denominación común internacional (DCI) en el sector público, pero solo 33% lo hizo en el sector privado (92). La Argentina es uno de los más avanzados en este sentido: 78% de las recetas incluyen el nombre genérico (93).

**Oferta y demanda.** La industria farmacéutica está hoy ampliamente globalizada. Las empresas internacionales intensifican progresiva y rápidamente su participación en el mercado de América Latina. En la Argentina, los productores de capital nacional detentan una mayor parte del mercado (50% de los laboratorios), le siguen Chile con 43%, el Uruguay con 26%, el Brasil con 25% y México con 12% (94). La desregulación económica implantada en la década pasada incentivó a que las multinacionales concentraran la producción en los países más grandes de la Región. Desde entonces, se incrementa progresivamente el comercio interregional. La participación de Europa y de los Estados Unidos exhibe una tendencia decreciente con respecto a las importaciones de la Región, en especial cuando se consideran los volúmenes en lugar de los montos.

Ningún país se autoabastece por completo. Estados Unidos es el mayor productor mundial de medicamentos; es también el mayor importador y presenta un balance comercial negativo. Todos los países importan insumos, y en el caso de los productos terminados, la dependencia es proporcional al nivel de desarrollo industrial. Así, por ejemplo, en el Brasil los productos importados representan 19% del mercado (95), en la Argentina 30% (96), en el Perú 40%,<sup>16</sup> en el Uruguay 50% (97) y en el Ecuador 80% (98). La demanda de medicamentos está muy concentrada: más de 80% de la producción mundial se consume en los 12 países más desarrollados.

Más de la mitad de los habitantes de la Región presentan dificultades para acceder a medicamentos esenciales. De acuerdo con la encuesta de la OMS, 60% de los países de la Región tenían en 2003 un acceso a medicamentos esenciales menor de 80% (92). Los precios constituyen la principal barrera, aunque el acceso también depende de los ingresos de la población. Cuando se ajustan los precios según paridad del poder adquisitivo (PPA), el Uruguay, país que detenta el menor precio medio, resulta ser el más caro (99). Otra barrera ha sido atribuida a que el altísimo ritmo innovador de la industria no responde a los problemas prevalentes en países y áreas de menor desarrollo (100). Se ha estimado que solo 3% de los gastos de investigación y desarrollo de la industria farmacéutica está dirigido a producir medicamentos

contra esas enfermedades, que representan 90% de la carga global de enfermedad que recae sobre el mundo en desarrollo (101).

**Financiamiento.** Según proyecciones de IMS para 2006, los países de América Latina gastan más de US\$ 22.000 millones (casi US\$ 40 per cápita/año) en medicamentos. El financiamiento de los fármacos proviene de tres grandes fuentes: por un lado, el gasto de los hogares (desembolso directo); en segundo lugar, los planes de aseguramiento (público, mutual y privado), que en general financian el 100% de los fármacos que necesitan sus asegurados durante la internación, pero una porción menor de la medicación ambulatoria, y en tercer lugar el gasto de los gobiernos para la provisión de medicamentos a sus servicios públicos.

Dos tercios del financiamiento de los medicamentos en América Latina provienen del gasto de los hogares y solo uno de las otras dos fuentes. Esto introduce una fuerte regresividad, ya que los estratos de menores ingresos destinan más de 70% de sus gastos en salud a la adquisición de medicamentos (102). Los seguros sociales y los seguros públicos (que se están extendiendo en la Región) aún tienen cobertura parcial, y solo en el caso de Costa Rica esta resulta comparable a la seguridad social europea o australiana.

Cuanto mayor es la participación del financiamiento público, mayor es el acceso y menor el precio medio. En Chile las compras públicas se incrementaron con el Sistema AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas) y rondan 30% del gasto total; en el Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) provee 25% del total de medicamentos que circulan en el país (103); en el Perú, representan 21% del financiamiento (104), y en la Argentina se aproxima a 15% (105).

#### *Comercio y salud*

Durante los años recientes, el tema de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el acceso a medicamentos ha estado presente en la agenda de salud de manera permanente. A partir de 1999, cuando la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Resolución "Estrategia Revisada de Medicamentos", la OMS recibió el mandato de cooperar con los Estados Miembros en el monitoreo y análisis de las implicancias, para el sector farmacéutico y la salud pública, de los acuerdos internacionales, incluidos los acuerdos comerciales. En los años subsiguientes, varios países en desarrollo han liderado un movimiento que rescata permanentemente este asunto y lo coloca en el orden del día de los gobiernos de los Estados Miembros. En este contexto, en los años 2001, 2002 y 2003 se aprobaron resoluciones específicas relacionadas con el acceso a medicamentos (106, 107, 108), con cláusulas relativas a las implicaciones de los acuerdos comerciales en la salud pública, en especial el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Protección de la Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC), de la Organización Mundial de Comercio (OMC). Estos aspectos han sido incluidos en resoluciones relacionadas con la respuesta al VIH/sida (109).

<sup>16</sup>En 2006 el Instituto Nacional de Estadísticas e Información del Perú estimó que el mercado rondaría los US\$ 462,5 millones y sus importaciones los US\$ 185,5 millones. Véase también M.I Terra, G Bittencourt et al. Estudios de Competitividad Sectoriales. Industria Manufacturera. Departamento de Economía. Facultad de Ciencias Sociales. UDELAR. Documento No 23/05. Montevideo, Uruguay.

La denominada Declaración de Doha (Declaración Ministerial relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública), adoptada el 14 de noviembre de 2001 en la IV Conferencia Ministerial de la OMC en Doha, Qatar, representa un marco histórico para la relación entre comercio y salud pública. Esa Declaración reafirma las flexibilidades previstas en el Acuerdo de los ADPIC y el derecho de los países de utilizar esas flexibilidades para promover el acceso a medicamentos.

Los tratados de libre comercio bilaterales o subregionales que en la actualidad discuten, negocian o implementan diversos países, constituyen una preocupación significativa en la Región de las Américas, así como en otras regiones, dada la incidencia que su aplicación puede tener en la salud, y en particular en el acceso a medicamentos. Uno de los principales motivos de preocupación es la posible imposición de condiciones más restrictivas que las establecidas en acuerdos anteriormente negociados, en especial el Acuerdo sobre los ADPIC, y sus efectos sobre las legislaciones nacionales. Esa tendencia se denomina ADPIC Plus u OMC Plus. Como esos tratados generalmente se superponen a la legislación vigente, acaban imponiendo restricciones mayores y obligando a los países a que alteren sus legislaciones. Por otro lado, también es un hecho conocido que se presentan conflictos en los propios gobiernos en la discusión de esos tratados. En el pasado, esos conflictos llevaron a que los diversos gobiernos discutieran los tratados sin la participación de los representantes del sector salud. Aunque aparentemente este sea un problema que los países en desarrollo han venido enfrentando cotidianamente, es posible prever que los sistemas de salud de los países industrializados no puedan seguir soportando los costos crecientes en los sistemas de reembolso de nuevos medicamentos para importantes problemas de salud pública.

La patente es un instrumento de la política económica que puede o no traer beneficios a un país determinado. Se argumenta que las patentes estimulan las inversiones en el desarrollo científico y tecnológico, produciendo innovaciones y beneficios para la sociedad. Sin embargo, por su propia naturaleza también crean monopolios legales que permiten fijar precios elevados, y retardan la competencia en el mercado.

### *Armonización*

En materia de armonización, la Región de las Américas ha experimentado grandes avances. La Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (Red PARF), auspiciada por la OPS/OMS y que se constituyó en 1999, cuando se celebraba la II Conferencia Panamericana sobre la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, se ha desarrollado y está cada vez más afianzada como estrategia regional de apoyo a los procesos nacionales y subregionales. Actualmente la Red cuenta con 12 grupos de trabajo que son coordinados por representantes de autoridades (agencias) de regulación de medicamentos de diferentes países de la Región, a excepción del grupo de Farmacopeas, que

está coordinado por la Farmacopea de los Estados Unidos (USP). Actualmente, 110 profesionales expertos provenientes de las oficinas de regulación, que agrupan a representantes de la industria y de la academia, constituyen los diferentes grupos, 72% de los cuales provienen de los organismos nacionales de regulación. Los grupos de trabajo se han extendido recientemente a grupos de discusión técnica, y han incorporado a más de 80 profesionales más, todos ellos provenientes de oficinas nacionales de regulación.

Hasta la fecha, la Red, cuyo objetivo principal es contribuir en todos los aspectos de la calidad, seguridad y eficacia de los productos farmacéuticos, cuenta con varios productos tangibles, dos de ellos ya aprobados por la Conferencia: la Guía para la verificación de buenas prácticas de manufactura (BPM), preparada por el GT/BPM, y Buenas prácticas clínicas (BPC): documento de las Américas; otros trabajos ya preparados son los siguientes: Estrategia para implementar estudios de bioequivalencia; Requisitos comunes para el registro de los medicamentos; Definición y criterios para la clasificación de los medicamentos; y la serie de documentos sobre la hoja de ruta, la estructura básica, y definiciones e indicadores para fortalecer la lucha contra la falsificación de medicamentos.

Una de las actividades más exitosas de la Red PARF ha sido la creación y realización de actividades educativas en materia de reglamentación. En efecto, la Red ha realizado aproximadamente 50 cursos sobre calidad de medicamentos (Buenas prácticas de manufactura; Buenas prácticas de laboratorios; Validación de procesos; Aplicación práctica de HPLC [Cromatografía líquida de alta resolución]; Bioequivalencia, y Buenas prácticas clínicas). Estas actividades contaron con la colaboración de universidades nacionales de la Región y son en su gran mayoría de carácter nacional, con lo cual se ha logrado actualizar durante este período a más de 1.700 profesionales de diversos países.

### *Suministro de medicamentos*

Los modelos nacionales de suministro de medicamentos en la Región son sistemas cíclicos en los cuales funciones o procesos primarios dependen de la ejecución eficaz de una función anterior y son apoyados por esta. Así, por ejemplo, la selección de medicamentos se basa en la evaluación de las necesidades y del uso de los fármacos, y los requerimientos para las adquisiciones resultan de las decisiones tomadas durante el proceso de selección.

La Lista de Medicamentos Esenciales sirve como guía para la adquisición de medicamentos por parte del sector público, y se la utiliza como referencia primaria en algunos países para el reembolso de los fármacos financiados por los planes de seguro privados. Los sistemas de adquisición evolucionan a medida que la descentralización del sistema de salud se intensifica. En los países más grandes, como el Brasil y Colombia, la responsabilidad de las adquisiciones de la mayor parte de medicamentos ha sido transferida al nivel local (los departamentos de salud o el nivel institucional), mientras que en los más pequeños siguen operando los

sistemas de distribución de manera centralizada, o administrados directamente por el Ministerio de Salud o por una entidad autónoma contratada por el sector público para esta finalidad.

El proceso de descentralización genera algunos problemas ya que las áreas de salud al nivel del departamento (o estado), el municipio o el distrito, deben desarrollar la capacidad de organizar un proceso de adquisiciones que asegure la disponibilidad continua de los medicamentos en los establecimientos de salud. En algunos casos, la descentralización origina aumentos significativos de los costos de los medicamentos, porque se pierden las economías de escala resultantes de la consolidación de la demanda, sobre todo para los medicamentos más costosos. De ahí que los países estén considerando la posibilidad de redefinir los criterios para diferenciar entre productos de costo elevado que serán adquiridos por el nivel central mediante compras consolidadas, y productos de bajo costo que comprarán en forma descentralizada los estados, municipios o distritos. Los sistemas centralizados de adquisición en los países más pequeños también están evolucionando a medida que logran mayor autonomía de gestión del Ministerio de Salud; no obstante, el Ministerio de Salud sigue siendo el principal agente responsable de las adquisiciones y de la distribución pública de los medicamentos en la mayoría de los países (86%) (92).

Independientemente del nivel de la descentralización del sistema de distribución, todos los países siguen afrontando retos importantes en cuanto a las adquisiciones y la regulación de la oferta de los medicamentos. Los estudios sobre sistemas de suministro ejecutados en varios países en los dos últimos años por la OPS y la Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN), un centro colaborador de la OPS/OMS en materia de suministro de medicamentos esenciales, indican que las políticas de salud y las políticas farmacéuticas nacionales, así como las condiciones en las adquisiciones de los medicamentos establecidas por los organismos financieros externos, no facilitan la integración de los sistemas de distribución. En consecuencia, a menudo se encuentran procesos de adquisición aislados y desconectados, sistemas de distribución paralelos en funcionamiento, y repetición de las funciones en el distrito y el nivel nacional, sin ninguna coordinación. Con frecuencia el suministro de los productos se asegura por medio de mecanismos aislados de adquisición que no tienen en cuenta la importancia de implementar y monitorear el sistema en su totalidad, conduciendo en último término a desabastecimientos y aumentos en los costos, y no se aprovechan las oportunidades para utilizar el financiamiento disponible.

El costo de los medicamentos en el sector público sigue aumentando. Así, el Brasil informa que en 2006 el costo de los medicamentos representó cerca de 11% del presupuesto sanitario nacional, un incremento significativo respecto del 5% notificado en 2002. Además, el costo de proveer los medicamentos al sector público está aumentando exponencialmente, como resultado de la proliferación de los procesos judiciales en toda la Región para ga-

rantizar los derechos de los pacientes y proporcionar a pacientes individuales o a grupos de pacientes medicamentos de costo elevado que no integran las listas de medicamentos esenciales. Con objeto de justificar la inclusión o exclusión de los medicamentos en las listas autorizadas y aplicar más rigurosamente el uso de estas listas en el sector público, el sector salud está examinando los procesos y evaluando la utilización de las tecnologías sanitarias mediante un enfoque basado en pruebas (científicas y económicas).

El Fondo Estratégico de la OPS, que ya cuenta con la participación de 17 países, es un instrumento de cooperación técnica creado para apoyar a los países en la planificación de adquisición y la compra de suministros estratégicos de salud pública. El Fondo Estratégico brinda apoyo técnico para las adquisiciones y la regulación de la oferta, sobre todo de productos básicos relacionados con el VIH, un área compleja en las adquisiciones debido a los desafíos de proyectar las necesidades cuando existen diferentes líneas de tratamiento; la determinación del estatus de las patentes de los productos; y las políticas de fijación diferenciada de precios que son aplicadas por algunos fabricantes en toda la Región. Los países participantes en el Fondo Estratégico están procurando trabajar en forma conjunta para afrontar los desafíos similares en las adquisiciones y en el suministro de otros medicamentos complejos de costo elevado, incluidos los inmunosupresores y los fármacos utilizados en el tratamiento del cáncer.

#### *Uso racional de medicamentos*

Como ya se mencionó, se han desarrollado esfuerzos importantes para mejorar el acceso a los medicamentos, pero no siempre han sido acompañados por una estrategia para su uso racional. El concepto de medicamento esencial, que en 2007 cumplirá 30 años de haber sido utilizado por primera vez, se constituye en pilar fundamental de las políticas farmacéuticas, y la selección de una lista de medicamentos esenciales es un poderoso instrumento para garantizar el uso racional de los medicamentos. En 2003, 22 países informaron contar con lista de medicamentos esenciales, con una mediana de 400 medicamentos y percentiles inferiores y superiores de 346 y 618 respectivamente (92). Sin embargo, estas listas se utilizaron principalmente para las adquisiciones del sector público y solo en pocos casos para el reembolso de seguros públicos o privados. Los Comités de Medicamentos y Terapéutica (CMT) se constituyen formalmente en la mayor parte de países, pero las funciones e incidencia real en la ejecución eficaz de las pautas, los formularios y la selección de los medicamentos varían mucho en los países. Los Formularios Terapéuticos Nacionales (FTN) y las Guías de Tratamiento Estandarizadas (GTE), aunque a veces son de uso obligatorio en las instituciones, con frecuencia no forman parte de la práctica médica y se requiere mucho esfuerzo, capacitación y coordinación institucional para su cumplimiento. El Centro Colaborador de La Plata (Argentina) sigue apoyando las capacitaciones regionales en aprendizaje de la farmacoterapia basado en problemas. El curso, encaminado

a capacitar a los instructores, se realiza anualmente. En los últimos cinco años el Centro Colaborador impartió cursos en Argentina, Brasil, México, Guatemala y Cuba, países donde se capacitaron alrededor de 200 docentes y 50 médicos y coordinadores de atención primaria. El Centro está también colaborando en la realización de un curso a distancia sobre el uso racional de los medicamentos para 5.000 prescriptores del programa REMEDIAR (una iniciativa que pone a disposición los medicamentos esenciales para 15.000.000 de personas en la Argentina).

Por otra parte, el Brasil ha impartido el curso de aprendizaje de la farmacoterapia basado en problemas en 21 de los 27 estados del país, en los cuales se capacitó a 1.022 profesionales: médicos, odontólogos, farmacéuticos, enfermeros y veterinarios. Se han diseñado también algunas iniciativas para educar a la comunidad en cuanto al uso racional de medicamentos: desde las campañas locales en las escuelas primarias de Costa Rica hasta una edición en español del curso internacional titulado “Promoción del uso racional de medicamentos en la comunidad”, desarrollado por Acción Internacional por la Salud (AIS) en Nicaragua.

La automedicación sigue siendo un problema en la Región, especialmente con el uso de antibióticos. La venta sin receta de estos medicamentos, junto con una alta tasa de prescripción errónea, contribuye de manera significativa a la resistencia a los antimicrobianos. Una encuesta ambulatoria realizada en 2005 en Nicaragua y Honduras calculó en más de 30% la adquisición de los antibióticos sin receta y en casi 50% la receta inadecuada (110). Ha sido ampliamente documentado el exceso en el uso de antibióticos en enfermedades tales como las infecciones de las vías respiratorias superiores, aun en países desarrollados como los Estados Unidos. Entre las estrategias nacionales para enfrentar este problema cabe mencionar la experiencia de Chile, que ha logrado resultados positivos en cuanto a la disminución del consumo de antibióticos mediante la adopción, en 1999, de medidas normativas.

En relación con la dispensación de medicamentos, desde 2002 el Foro Farmacéutico de las Américas, en el que participan asociaciones farmacéuticas nacionales y regionales, la Federación Internacional Farmacéutica y la OPS, desarrolla en cuatro países un proyecto de atención farmacéutica en pacientes con hipertensión (111) que procura mejorar la obtención de resultados terapéuticos farmacológicos y no farmacológicos. Las actividades que se realizan en cada país son coordinadas por un grupo nacional con la participación de profesionales de la universidad, el centro de información de medicamentos, la asociación farmacéutica nacional, el Ministerio de Salud y la OPS/OMS. El Foro puso también en marcha un proyecto de buenas prácticas de farmacia que comenzó en el Uruguay en 2005.

## Vacunas

Durante los últimos 10 años los países de América Latina y el Caribe han aumentado su dependencia de las vacunas importa-

das producidas fuera de la Región. El advenimiento de nuevos productos y sus combinaciones con las vacunas clásicas, producidas por los grandes consorcios agrupados en diferentes modalidades de alianzas comerciales, han desplazado en gran parte las producciones nacionales. Ya desde la introducción de la vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis) la producción de vacuna antisarampionosa fue interrumpida. El advenimiento de la vacuna pentavalente (difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b) limitó el uso de la DPT solo como dosis de refuerzo. En algunos países como el Brasil se reemplazó su uso por la producción nacional de vacuna cuádruple DPT-Hib. Algunas producciones, tales como la de vacuna oral contra la poliomielitis (VPO), producida en cultivos celulares en México, se mantienen con grandes probabilidades de ser sustituidas a corto plazo por la vacuna antipoliomielítica inactivada (VPI). Producciones menores en Chile, Venezuela y Colombia se vieron disminuidas o totalmente eliminadas.

En la Región, los intentos de autoabastecimiento en materia de vacunas realizados en la década de 1990 se vieron afectados por el uso de los nuevos productos introducidos por los programas de inmunización en la mayoría de los países. Actualmente, pocos productores en la Región poseen la capacidad de actualizar su infraestructura técnica e instalaciones para llevar a cabo la producción de vacunas combinadas que son necesarias para satisfacer las demandas de sus programas de inmunización. De acuerdo a la certificación de la OMS, actualmente solo dos productos se encuentran precalificados en cuanto al cumplimiento de prácticas adecuadas de fabricación: la vacuna contra la fiebre amarilla en el Brasil y la vacuna contra la hepatitis B en Cuba. Algunos productos, como la vacuna de polisacárido sintético de *Haemophilus influenzae* tipo b conjugada a toxoide tetánico en Cuba, y la vacuna cuádruple (DPT-Hib) en el Brasil, constituyen esfuerzos promisorios que procuran ser evaluados para la precalificación de la OMS. Cabe mencionar los valiosos intentos realizados por los gobiernos de Venezuela, Colombia y Cuba, de reiniciar las producciones de vacunas DPT (Venezuela y Cuba) y fiebre amarilla (Colombia) con el desarrollo de nuevas plantas productoras que satisfagan las demandas de las normativas vigentes en materia de cumplimiento de buenas prácticas de manufactura.

Como alternativa para continuar con producciones competitivas, algunos productores se han asociado con fabricantes internacionales fuera de la Región. Por ejemplo, en el Brasil, los productores BioManguinhos (para la producción de las vacunas Hib y triple viral) y el Instituto Butantan (para la producción de vacuna contra la influenza estacional) han establecido alianzas con consorcios farmacéuticos europeos.

### Regulación en materia de vacunas

La Autoridad Regulatoria Nacional (ARN) es la principal responsable de garantizar la calidad de las vacunas de uso en los países, para lo cual debe trabajar en colaboración permanente con los programas de inmunización. La OPS lleva a cabo un pro-

grama permanente de capacitación en las funciones básicas de las ARN en el área de vacunas, con la finalidad de garantizar el cumplimiento de las seis funciones básicas (sistema de registro de productos, inspecciones de buenas prácticas de manufactura, sistema de liberación de lotes, pruebas de laboratorio, evaluación de estudios clínicos, y vigilancia posterior a la comercialización) requeridas por la OMS para la ARN de países productores de vacunas, y al menos dos funciones para la ARN de países que compran productos a través de las Naciones Unidas.

Un reto adicional para las ARN en América Latina ha sido el surgimiento en el mercado de nuevas vacunas cuyo desarrollo clínico y proceso de registro no se llevan a cabo en el país de producción del biológico. Tradicionalmente, el registro en el país de origen (por lo general un país desarrollado) era una garantía de calidad para las ARN en la Región. Sin embargo, al tratarse de nuevos productos que no son una necesidad en el país de origen, el primer registro lo debe otorgar la ARN que adquiere el producto por primera vez, y con ello asume la responsabilidad de la evaluación integral de la vacuna, incluidos el análisis y la interpretación de los primeros estudios clínicos obtenidos durante su desarrollo. Tal es el caso de las nuevas vacunas contra el rotavirus y el virus del papiloma humano (VPH), que se han puesto a disposición de países de América Latina y el Caribe.

Con el propósito de apoyar a las ARN en el nuevo reto que plantea la llegada de las nuevas vacunas, la Unidad de Medicamentos Esenciales y Tecnologías para la Salud, de la OPS, ha organizado una serie de cursos y talleres en los que se presentan alternativas para la evaluación de la información, que se incluye en el Documento Técnico Común (*dossier*), y se ofrece material de capacitación para las autoridades, con la finalidad de generar la experiencia técnica que requiere la evaluación integral de los nuevos productos, desde los aspectos del proceso de producción, el control de calidad y las pruebas de estabilidad y preclínicas, hasta los ensayos clínicos. La evaluación de la eficacia de los nuevos productos constituye un elemento adicional a la tarea de las ARN, para las cuales la introducción de estos nuevos biológicos en la Región supone un reto pero también la oportunidad de crecer, en forma conjunta e individual, en conocimiento y experiencia en la importante función de la regulación de vacunas.

## Servicios de imagenología y radioterapia

### Servicios de imagenología

La radiología diagnóstica convencional —básica y especializada—, la radiología intervencionista, la ecografía y la medicina nuclear diagnóstica y terapéutica cumplen actualmente una función esencial en los procesos clínicos de atención de la salud (112). Estos servicios de diagnóstico por imagen abarcan una amplia gama de aplicaciones clínicas, que van desde el diagnóstico y seguimiento de enfermedades y situaciones muy comunes y de alta incidencia en la población, tales como las enfermedades

respiratorias, los traumatismos, los trastornos digestivos, el control de la gestación o las afecciones mamarias, entre otras, hasta enfermedades más complejas como las tumorales, el sida, las afecciones del sistema nervioso central o las enfermedades cardiovasculares (113). Las tecnologías de formación de imágenes siguen siendo un campo rápidamente cambiante y continúan revolucionando cada especialidad de la medicina. Ello se debe en parte al alto nivel de innovación de las empresas fabricantes de equipos.

El progreso de la tecnología de las comunicaciones durante el último decenio ha influido directamente en las ciencias de la salud en el campo de la telemedicina, y muy en particular en la telerradiología. En los Estados Unidos, la telerradiología ha expandido su facturación extraordinariamente en los últimos cinco años. Se trata de aplicaciones disponibles a través de redes de comunicaciones, un mundo virtual en el cual la conexión entre el lugar donde se generan las imágenes y el lugar donde se interpretan se determina más por los modelos empresariales y las conexiones de Internet que por quién está de servicio cuando la imagen debe leerse (114). Estos adelantos pueden resultar muy útiles en lugares donde hay escasez de radiólogos que interpreten las imágenes, como los países del Caribe, la región amazónica, o en zonas remotas como la Isla de Pascua. Sin embargo, aunque se está explorando la introducción de esta modalidad en varios lugares de América Latina y el Caribe, no se ha notificado ningún caso exitoso, debido esencialmente a la falta de una infraestructura de comunicaciones adecuada y estable, y a la escasez de recursos financieros para hacer frente a las inversiones iniciales y de mantenimiento de toda la red.

Otro ejemplo de avances tecnológicos es el aumento del uso de la radiología intervencionista en los últimos años. Ahora es posible tratar varias enfermedades utilizando cánulas o medios de embolización (115), lo que permite que el paciente sea atendido en forma ambulatoria en lugar de requerir una estadía larga en el hospital. Los gobiernos y el público en todo el mundo han apreciado rápidamente los beneficios de la radiología intervencionista y existe por tanto una considerable presión por parte del público y de los medios de comunicación para ampliar la variedad de estos procedimientos. Como consecuencia, la práctica de la radiología intervencionista se ha difundido ampliamente en los países que cuentan con todos los niveles de atención de salud en un período relativamente corto.

La radiología digital, que emplea dispositivos de almacenamiento de fósforo fotoestimulables y se introdujo en la práctica clínica en el decenio de 1980, es otra área de la imagenología que ha experimentado cambios sorprendentes y cuyo uso ha aumentado en forma gradual en América Latina y el Caribe. Con ella, nuevos tipos de dispositivos de formación de imágenes digitales se están introduciendo en el mercado (116).

En el área de la tomografía computarizada (TC), con la introducción primero de las exploraciones con técnica helicoidal y más recientemente con las multicorte, se han reducido sensible-



“*La equidad y la eficiencia son dos de los requisitos básicos de un sistema de salud.*”

Carlyle Guerra de Macedo, 1989

mente los tiempos de exploración por paciente. En consecuencia, ahora es posible realizar más exámenes en un tiempo dado, ampliar el alcance de algunos exámenes, así como introducir algunas técnicas y exámenes nuevos, por ejemplo en cardiología. Los nuevos dispositivos de formación de imágenes representan una enorme promesa para el diagnóstico de una variedad de anomalías cardiovasculares.

El Comité Científico de las Naciones Unidas para el Estudio de los Efectos de la Radiación Atómica (UNSCEAR) examina periódicamente la situación mundial de los servicios de radiología. En la actualidad, el UNSCEAR está elaborando el informe que será presentado a la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2007, actividad con la que la OPS está colaborando en la Región de las Américas. Su último informe presentado a la Asamblea General de las Naciones Unidas y oficialmente publicado data de 2000 (117).

En la mayoría de los países de la Región, el nivel de acceso a los servicios de radiología está lejos del de los países industrializados. Mientras que en estos últimos la frecuentación anual de estudios radiológicos es superior a 1.000 estudios por 1.000 habitantes, en los países de segundo nivel de atención sanitaria (entre los que se incluyen 22 países de la Región) este valor era de alrededor de 150, y en los de tercer nivel (cinco países) la cifra era de unos 20. El acceso a servicios de radiología, además de escaso, es inequitativo, puesto que en su mayoría estos servicios se brindan en centros de atención ubicados en las grandes ciudades, de modo que gran parte de las poblaciones rurales no tiene acceso a ellos. Por otra parte, su elevado costo los vuelve inaccesibles para las poblaciones urbanas pobres.

La eficacia clínica de estos servicios depende enormemente de la calidad de la atención prestada. La existencia de profesionales bien formados, así como la implementación de programas de garantía de calidad, resultan esenciales para lograr el objetivo fundamental de un diagnóstico certero. Un estudio multicéntrico realizado por la OPS en Argentina, Bolivia, Colombia, Cuba y México demostró que existe una relación directa entre la certeza en la interpretación radiológica y la calidad de las imágenes radiográficas. En todos los casos, los radiólogos de las instituciones participantes y un panel de expertos externos emitieron diagnósticos coincidentes cuando se examinaron imágenes de buena calidad, y hubo discrepancias cuando las imágenes eran deficientes. A la vez, la calidad de las imágenes estuvo directamente relacionada con el nivel de formación y capacitación de los técnicos de radiología, así como con el tipo de revelado y el estado de la combinación película/pantalla. El estudio concluye que debe hacerse hincapié en la formación continuada de los

técnicos, y en la compra y mantenimiento de equipos y accesorios, en especial los negatoscopios, las pantallas intensificadoras y las máquinas reveladoras, por la influencia que tienen en la calidad de las imágenes y, por lo tanto, en la emisión de diagnósticos certeros (118). Las ventajas clínicas de los servicios de imaginología son enormes, pero en la práctica estos servicios podrían representar un costo innecesario para los sistemas de atención de salud en los países de la Región si la calidad proporcionada fuera inadmisiblemente (113).

### *Servicios de radioterapia*

La radioterapia se usa hoy día para el tratamiento de muchos tipos de tumores, y con frecuencia se administra en combinación con cirugía, con quimioterapia, o con ambas. La meta de la radioterapia es lograr niveles citotóxicos de la irradiación a volúmenes blanco bien definidos, minimizando en la medida de lo posible la exposición de los tejidos sanos circundantes. Se considera internacionalmente que la radioterapia seguirá siendo clave para el tratamiento del cáncer en los próximos decenios. Su función curativa es particularmente importante en los tumores de cabeza y de cuello, cervicouterinos, de la mama y de la próstata, sin olvidar su función paliativa y eficaz en relación con el costo respecto de todas las enfermedades. En comparación con otras modalidades terapéuticas, los costos por paciente tratado son relativamente bajos si los equipos se utilizan en forma óptima.

Las neoplasias malignas constituyen la segunda causa de muerte en la Región (119). Según recientes informes de organismos especializados se espera que continúe el crecimiento de la población, combinado con el envejecimiento paulatino de esta en América Latina y el Caribe (120). La OMS ha llamado la atención sobre el notable aumento previsto en el número de pacientes con cáncer en los países en desarrollo en un futuro cercano, y, consciente de esta problemática, la 58ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó en 2005 una resolución sobre prevención y control de cáncer, en la que reconoce la importancia de la radioterapia en el manejo y tratamiento de esta enfermedad (121).

La radioterapia se aplica con uno de dos métodos: la teleterapia, en el cual un haz de radiación externo al cuerpo se dirige hacia el tejido, o la braquiterapia, en que fuentes radiactivas se colocan en una cavidad natural corporal o se insertan directamente en el tejido tumoral. Los haces de radiación externa con fines terapéuticos más comúnmente utilizados son producidos por máquinas de pertenecen a dos tipos: unidades de cobaltoterapia que contienen fuentes radiactivas de Co-60 y que son las más usadas en América Latina y el Caribe, y los aceleradores lineales, más empleados en los países industrializados y que se están incorporando paulatinamente en los países de América Latina y el Caribe.

De acuerdo con la base de datos del Directorio de Centros de Radioterapia (DIRAC) del OIEA (Organismo Internacional de Energía Atómica)/OMS (122), los países industrializados disponían en 2005 de una media de 6,4 unidades de radioterapia de

alta energía por 1.000.000 de habitantes, mientras que la media en América Latina y el Caribe se sitúa en 1,4 por 1.000.000 de habitantes, y hay países con una media muy por debajo de esta cifra, como es el caso de Perú, Nicaragua, El Salvador, Guatemala o Haití, u otros donde estos servicios son prácticamente inexistentes, como muchos del Caribe. En cuanto a los recursos humanos recogidos por el DIRAC, los datos para los países industrializados arrojan un índice de 9 y 5 radioterapeutas y físicos médicos respectivamente por 1.000.000 de habitantes, frente a 1,6 y 0,7 por 1.000.000 en América Latina y el Caribe, mientras que en el campo tecnológico, 86% de las unidades de teleterapia son aceleradores lineales en los primeros, porcentaje que se reduce a 42% en América Latina y el Caribe. Igualmente, gran parte de la tecnología y las técnicas clínicas en uso datan de las décadas de 1960 y 1970, lo que reduce su impacto terapéutico en varias enfermedades. Como consecuencia, mientras que en los países industrializados se curan aproximadamente la mitad de los pacientes con cáncer y al menos la mitad de los pacientes diagnosticados necesitan tratamiento con radioterapia, en muchos países de América Latina y el Caribe no se dispone de la tecnología ni de los recursos humanos apropiados para brindar estos servicios (123), y en algunos casos el acceso a ellos es muy reducido o inexistente.

Según la base de datos GLOBOCAN 2002, del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC), un organismo de la OMS (124), la incidencia anual de cáncer en América Latina y el Caribe es de unos 833.000 casos, es decir, menos de 200 casos por 100.000 habitantes. La cifra pareciera reflejar una subestimación si se la compara con los datos numéricos disponibles en algunos ministerios de salud de la Región, y se aleja mucho de la incidencia de los países más industrializados, cercana a 500 casos por 100.000 habitantes.

En la efectividad y seguridad de los tratamientos de radioterapia influyen muchos factores, tales como el correcto diagnóstico y estadio de la enfermedad, la decisión terapéutica adecuada, la localización precisa de la lesión y la planificación y ejecución del tratamiento. Esta complejidad demuestra la necesidad de ejecutar programas de garantía de calidad para mejorar la efectividad y seguridad en los tratamientos. Si se tiene en cuenta la limitada capacidad terapéutica antes mencionada y se considera válida la estimación de 833.000 casos nuevos anuales, puede calcularse que en América Latina y el Caribe morirían anualmente al menos unos 120.000 pacientes potencialmente curables si tuviesen acceso a servicios de radioterapia que funcionaran adecuadamente dentro de los programas nacionales de control del cáncer.

#### *Planificación y gestión de los servicios de diagnóstico por imagen y radioterapia*

Los costos asociados a estos servicios, tanto en la inversión inicial como en sus proyecciones de funcionamiento, obligan a una cuidadosa planificación y gestión de su desarrollo. La gestión y planificación de estos servicios no siempre es la adecuada en

la Región, lo que hace que su eficiencia sea más baja de lo deseable. Con frecuencia los costos de adquisición y mantenimiento del equipamiento son mucho más elevados que en los países industrializados, y la distribución geográfica y los tiempos de uso no son los óptimos. Todos estos aspectos se vuelven más críticos con la incorporación de modalidades más complejas y costosas, como la tomografía computarizada, la resonancia magnética, los aceleradores lineales o la braquiterapia de alta tasa de dosis.

Los países en desarrollo afrontan varios retos al adoptar tecnologías sanitarias, ya que la mayoría de los dispositivos médicos están diseñados para ser usados en los países industrializados. Como consecuencia, cerca de 30% de los equipos complejos permanecen sin usarse, mientras que los que están en operación, entre 25% y 35% del tiempo se encuentran fuera de servicio debido a la débil capacidad existente para su mantenimiento. Una causa fundamental identificada es la gestión ineficaz de estas tecnologías, incluidas la planificación, la adquisición y las operaciones posteriores (125).

A los efectos de la gestión, es fundamental diferenciar entre equipo y servicio: una resonancia magnética no es un servicio de resonancia magnética, ni un acelerador lineal es un servicio de radioterapia. Uno de los errores comunes que cometen algunos gestores sanitarios cuando incorporan tecnología compleja es precisamente no tener en cuenta en el proceso de planificación muchos de los elementos necesarios para el funcionamiento de los servicios antes de la incorporación tecnológica. Los encargados de tomar las decisiones a menudo se centran en el equipo en lugar de hacerlo en el servicio, a pesar de que el servicio es lo que realmente interesa para la atención en salud.

Conscientes de esta problemática, algunos ministerios de salud, como los de Argentina, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Venezuela y Uruguay, han solicitado la cooperación técnica de la OPS para la incorporación y puesta en servicio más efectiva y adecuada de esta tecnología. Es significativo el costo económico y sanitario de los problemas tecnológicos sufridos en países como Argentina, Brasil, Colombia, Dominica, Haití, Honduras, Panamá, Paraguay y Venezuela, donde equipamiento de millones de dólares comprado o donado nunca se ha puesto en funcionamiento o se encuentra significativamente subutilizado. Las causas de estos problemas son numerosas, pero tienen el denominador común de una falta de análisis por expertos de la situación antes de proceder a su adquisición. En particular, debe tomarse en consideración que donantes privados o institucionales con frecuencia no cuentan con la suficiente capacidad técnica para realizar estos procesos de incorporación de un modo adecuado y satisfactorio.

#### *Protección contra los riesgos de las radiaciones*

Las ventajas y los riesgos del uso de radiaciones en aplicaciones médicas, industriales o de investigación, son bien conocidos. El elevado riesgo potencial para la salud que implica su uso hace necesario adoptar medidas especiales para la protección radiológica de los pacientes, los trabajadores, el público y el medio am-

biente. Los organismos internacionales con competencia en la materia, entre ellos la OPS, consensuaron las *Normas básicas internacionales de seguridad para la protección contra la radiación ionizante y para la seguridad de las fuentes de radiación (NBIS)* (126), aprobadas por la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana (resolución CSP24.R9) (127), que establecen, entre otros requisitos técnicos, la necesidad de implementar un amplio programa de garantía de calidad en las exposiciones médicas a la radiación, con la participación de expertos calificados competentes en las disciplinas correspondientes “teniendo en cuenta los principios establecidos por la OMS y la OPS”, así como contar con autoridades reguladoras nacionales.

Actualmente el mundo está experimentando otro período de importantes cambios tecnológicos en los campos de la imaginerología y la radioterapia, y los efectos de estos cambios sobre la dosis de radiación que recibirá en el futuro la población de todo el mundo será muy difícil de predecir. La facilidad para la adquisición de imágenes de las nuevas tecnologías podría dar lugar a la exposición innecesaria de los pacientes a las radiaciones si no se adoptan las medidas oportunas. Esto, combinado con el aumento del número de equipos, tendrá una repercusión significativa sobre las dosis de radiación que recibe la población, por lo que es importante que las autoridades reguladoras sigan evaluando la protección y seguridad en materia de radiología médica.

Después de las recomendaciones de una conferencia internacional sobre protección radiológica del paciente realizada en 2001, el Organismo Internacional de Energía Atómica, junto con la OMS, la OPS y el UNSCEAR, prepararon el Plan de Acción Internacional para la Protección Radiológica de los Pacientes (128), que incluye la estrategia para ayudar a los países a vigilar las dosis de las exposiciones médicas. Se espera que la aplicación de este plan, del que ya se han establecido las actividades para 2006/2008, modifique la tendencia creciente de las exposiciones médicas en el futuro.

En cuanto a la capacidad reguladora, solo 21 países de la Región cuentan con autoridades con mandato específico en esta esfera, y en muchos casos, ahí donde existen, su capacidad técnica y sus recursos son ciertamente limitados para cumplir satisfactoriamente con las funciones establecidas en las regulaciones nacionales adaptadas de las NBIS. En donde existe regulación, la autoridad competente está localizada en los Ministerios de Salud, en otras instancias gubernamentales o bien divididas entre ambos. En cualquier caso, la exposición a la radiación médica debería estar regulada por los ministerios de salud. La debilidad y la escasa participación que las autoridades de salud tienen en este aspecto son preocupantes en muchos países, y ponen en riesgo la seguridad de los pacientes, incluidas sus vidas (129, 130).

La falta de gestión de las fuentes radiactivas en desuso parece común en los países de América Latina y el Caribe. Estrechamente relacionado con este hecho y con el impacto medioambiental que estos desechos pueden generar, los residuos radiactivos necesitan de una adecuada gestión que incluya su acondicionamiento y al-

macenamiento seguro. Varios accidentes radiológicos se han producido en la Región por esta causa, algunos de ellos con víctimas mortales (131). Esta circunstancia, junto con la actual coyuntura internacional de posibles actos terroristas con material radiactivo y la escasa capacidad de respuesta a las emergencias radiológicas, exigen mejorar la preparación y la respuesta en este campo.

Es importante resaltar el hecho de que la OMS ha puesto en marcha un proyecto internacional sobre los riesgos para la salud de los campos electromagnéticos. En la Región existe una creciente preocupación pública acerca de estos riesgos, mientras que las normativas y los conocimientos técnicos en esta esfera son muy heterogéneos entre los países (132).

### Servicios de sangre

La donación voluntaria de sangre sigue siendo deficiente en la Región de las Américas. En la edición de 2002 de la presente publicación se citó a Aruba, Bermuda, Canadá, Cuba, Curazao, Estados Unidos y Santa Lucía como los países con donantes universales voluntarios; las Islas Caimán, Suriname y Uruguay alcanzaron ese objetivo en 2004. Bolivia, Honduras, Panamá, Paraguay, Perú y la República Dominicana informaron oficialmente el pago a los donantes de sangre, pero el intercambio de dinero entre los familiares de los pacientes y los donantes es habitual en esos países donde la donación de reposición obligatoria es la norma impuesta por los bancos de sangre de los hospitales. A pesar de que 2 millones de donantes potenciales fueron pospuestos en 2004 —cuando se recolectaron aproximadamente 8 millones de unidades de sangre en el Caribe y América Latina— se descartaron 150.000 unidades debido a que los donantes mostraron uno o más de los marcadores de infecciones transmitidas por transfusiones, una cifra que representa al menos US\$ 7,5 millones en insumos de recolección y prueba. Más importante aún es que la falta de donantes voluntarios se traduce en componentes sanguíneos insuficientes e impide el tamizaje universal de la sangre. En 2004, 16 de los 39 países que disponen de datos al respecto informaron la realización de pruebas a la totalidad de la sangre recolectada para transfusiones, en comparación con los 14 que lo hicieron en el año 2000, pero la Región en su conjunto no ha logrado el 100% de cobertura del tamizaje para ninguno de los marcadores básicos de infecciones (cuadros 15 y 16), el objetivo establecido en las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de la OPS para el período 1999–2002. Los análisis para la detección de hepatitis C, *Trypanosoma cruzi* y virus linfotrópico humano de células T tipo II (HTLVII) representan el mayor desafío.

Tampoco se ha conseguido el objetivo de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para el período 1999–2002, que establece que todos los bancos de sangre deben participar en programas de calidad. Casi la mitad de los bancos de sangre no participan en actividades de evaluación externa del desempeño y son comunes los resultados incorrectos entre los que sí lo hacen. El excesivo número de bancos de sangre —mayormente asociados con

**CUADRO 15. Servicios relacionados con la sangre. Recolección de sangre y tamizaje para detectar marcadores infecciosos en países de América Latina, 2003 y 2004.**

País	Año	Cantidad de bancos de sangre	Cantidad de unidades recolectadas	VIH	HBsAg	VHC	Sífilis	<i>Trypanosoma cruzi</i>
Argentina	2003	578	780.440	100	100	99	100	100
	2004	578	751.412	100	100	99	100	100
Bolivia	2003	38	38.621	94	93	82	95	80
	2004	25	40.910	99	99	93	99	83
Brasil	2003	367	2.931.813	100	100	100	100	100
	2004	562	3.044.493	100	100	100	100	100
Chile	2003	55	173.814	100	100	100	100	67
	2004	52	186.292	100	100	100	100	68
Colombia	2003	142	495.004	99	99	99	99	99
	2004	123	502.065	99	99	99	100	99
Costa Rica	2003	24	48.625	100	100	100	100	93
	2004	31	54.258	100	100	100	100	100
Cuba	2003	44	589.106	100	100	100	100	...
	2004	47	528.026	100	100	100	100	...
Ecuador	2003	33	79.204	100	100	100	100	100
	2004	39	98.695	100	100	100	100	100
El Salvador	2003	32	76.142	100	100	100	100	100
	2004	32	79.368	100	100	100	100	100
Guatemala	2003	48	68.626	99	99	99	99	99
	2004	46	60.638	99	99	100	99	99
Honduras	2003	28	48.783	100	100	100	100	100
	2004	29	47.679	99	99	100	99	99
México	2003	540	1.136.047	100	100	100	100	33
	2004	536	1.225.688	96	96	96	90	32
Nicaragua	2003	24	46.558	100	100	76	100	94
	2004	24	49.416	100	100	85	100	100
Panamá	2003	23	46.176	100	100	100	100	95
	2004	25	44.323	100	100	100	100	86
Paraguay	2003	49	29.718	97	96	96	95	96
	2004	45	41.846	99	99	99	99	99
Perú	2003	92	145.665	99	96	99	94	96
	2004	172	183.489	74	74	74	74	75
República Dominicana	2003	81	77.115	100	100	100	100	...
	2004	66	61.745	99	99	99	99	...
Uruguay	2003	41	99.675	100	100	100	100	100
	2004	67	96.993	100	100	100	100	100
Venezuela	2003	270	342.526	100	100	100	100	100
	2004	270	380.724	100	100	100	100	100

**Fuentes:** Organización Panamericana de la Salud. Medicina transfusional en los países del Caribe y Latinoamérica, 2000–2003. Washington, DC: OPS, 2005. Organización Panamericana de la Salud. Serie Documentos técnicos Políticas y Regulación THS/EV-2005/005. Washington, DC: OPS; 2006.

los hospitales— limita la ejecución de programas de calidad y contribuye a la falta de eficiencia de los sistemas nacionales. En general, los bancos de sangre recolectan y procesan un promedio de 1.600 unidades de sangre por año. La identificación incorrecta de los donantes potencialmente infectados es más común en los bancos de sangre más pequeños, especialmente en los que emplean pruebas rápidas de tamizaje. Además, debido a que los bancos de sangre con base en hospitales suelen recolectar y procesar la sangre de maneras no sistemáticas, prácticamente no hay posibilidad de que compartan entre ellos unidades de sangre, una si-

tuación que en 2004 motivó el descarte de alrededor de 175.000 unidades de sangre vencidas con un costo estimado de procesamiento de US\$ 8.750 millones. Los países con la disponibilidad más baja de sangre suelen descartar más unidades.

#### *Laboratorios clínicos y de salud pública*

Se estima en 40.000 el número de laboratorios en la Región, de los cuales 98% son de diagnóstico clínico y 2% de salud pública. La mayor parte de los laboratorios clínicos pertenecen al sector privado y los laboratorios de salud pública suelen depender de

**CUADRO 16. Servicios relacionados con la sangre. Recolección de sangre y tamizaje para detectar marcadores infecciosos en países del Caribe, 2003 y 2004.**

País	Año	Cantidad de bancos de sangre	Cantidad de unidades recolectadas	VIH	HBsAg	VHC	Sífilis	HTLVI/II
Anguila	2003	1	124	100	100	...	100	...
	2004	1	78	100	100	...	100	...
Antigua y Barbuda	2003	2	1.330	100	100	...	100	...
	2004	2	1.227	100	100	11	100	...
Aruba	2003	2	2.651	100	100	100	100	100
Bahamas	2003	3	5.134	100	100	100	100	100
	2004	3	5.521	100	100	100	100	100
Belice	2003	7	2.883	100	100	...	100	...
	2004	7	2.978	100	100	...	100	...
Bermuda	2003	1	2.277	100	100	100	100	...
Curazao	2003	1	6.066	100	100	100	100	100
	2004	1	6.595	100	100	100	100	100
Dominica	2004	1	804	100	100	...	100	100
Granada	2003	1	808	100	100	100	100	100
	2004	1	703	100	100	100	100	100
Guyana	2003	5	4.250	100	100	100	100	...
	2004	5	4.887	100	100	100	100	...
Haití	2003	5	8.711	100	100	89	100	...
	2004	8	9.513	100	100	93	100	...
Islas Caimán	2003	2	731	100	100	100	100	100
	2004	2	702	100	100	100	100	100
Islas Turcas y Caicos	2003	2	211	100	100	60	100	...
Islas Vírgenes Británicas	2003	1	318	100	100	52	100	...
	2004	1	343	100	100	100	100	...
Jamaica	2003	10	26.092	100	100	100	100	100
	2004	10	23.600	100	100	100	100	100
Montserrat	2003	1	66	100	100	...	100	...
	2004	1	83	100	100	...	100	...
Saint Kitts y Nevis	2003	1	420	100	100	...	100	...
	2004	1	347	100	100	...	100	...
Santa Lucía	2003	2	1.653	100	100	100	100	100
	2004	3	1.782	100	100	100	100	100
San Vicente y las Granadinas	2003	1	939	100	100	100	100	100
	2004	1	942	100	100	100	100	100
Suriname	2003	1	6.240	100	100	100	100	100
	2004	1	7.696	100	100	100	100	100

**Fuentes:** Organización Panamericana de la Salud. Medicina transfusional en los países del Caribe y Latinoamérica, 2000–2003. Washington, DC: OPS, 2005. Organización Panamericana de la Salud. Serie Documentos técnicos Políticas y Regulación THS/EV-2005/005. Washington, DC: OPS, 2006.

los ministerios de salud. En la mayoría de los países, un laboratorio nacional de referencia encabeza una red de laboratorios de salud pública incorporados o no al sector hospitalario, como parte del sistema de vigilancia. Además de estas actividades desarrolladas en coordinación con los departamentos de epidemiología, los laboratorios de salud pública pueden realizar exámenes en el marco del registro sanitario y el control de medicamentos. El laboratorio de referencia de cada país posee autoridad para la normalización, regulación, formación, planificación, supervisión, evaluación, investigación y difusión de la información.

Las instituciones de salud pública, y los servicios de laboratorio en particular, son esenciales para la vigilancia de las enfermedades e intervienen como elemento central en la cadena de investigación de epidemias. Sin embargo, en la Región se observan frecuentes problemas de funcionamiento en cuanto a la organización, la gerencia y los recursos financieros. El denominador común a las carencias observadas se refiere a la producción de una información que no siempre es de calidad comprobada. Estos factores determinan que el proceso de toma de decisiones y el diseño de las intervenciones sean limitados y que los labora-

torios de salud pública no puedan cumplir con el papel esencial que les cabe dentro de los sistemas de salud.

Estos acontecimientos, además de otros factores relacionados con el contexto y el desarrollo de las disciplinas involucradas, han ido forjando un concepto más claro de la función de salud pública que debe cumplir el laboratorio. Incluye la implementación sostenible del sistema de gestión de la calidad en las redes de laboratorio, la asociación íntima con la vigilancia epidemiológica en el abordaje de las enfermedades de notificación obligatoria y del Reglamento Sanitario Internacional; la integración indispensable en las acciones de respuesta ante brotes y situaciones de emergencia; y el acompañamiento a la investigación epidemiológica.

La publicación del *Manual sobre sistema de garantía de la calidad, conceptos generales para laboratorios de salud pública* en 2002, basado en la norma ISO 9001, dio inicio a la aplicación del sistema de calidad en las instituciones de referencia en salud pública de la Región y permitió asesorar el proceso de reestructuración de las redes de laboratorios en Bolivia, Colombia, Ecuador, Honduras, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay. La organización de dos talleres regionales sobre Aspectos gerenciales de laboratorio, y Sistema de gestión de calidad con la participación de los directivos de los laboratorios de referencia en salud pública consolidó la viabilidad del proceso.

Para consolidar los vínculos entre laboratorio y epidemiología, y fortalecer la vigilancia de las enfermedades infecciosas en la Región, se organizaron dos encuentros subregionales en Centroamérica y América del Sur sobre Conceptos básicos en epidemiología y análisis de datos por el laboratorio, y a partir de los acuerdos establecidos en las reuniones anuales de la Red Centroamericana de Prevención y Control de las Enfermedades Emergentes y Reemergentes (RECACER) en 2002 y 2003, se elaboró un cuestionario modelo para la evaluación de la capacidad de respuesta de las redes nacionales de laboratorio para la contención de los eventos epidémicos. Esta herramienta se usó en los procesos de reestructuración de las redes nacionales de laboratorio de los países antes mencionados.

Los últimos desastres naturales ocurridos en la Región (fenómeno de El Niño y huracanes Mitch y George en Centroamérica y República Dominicana, Stan y Katrina en Cuba, México y los Estados Unidos, terremoto en El Salvador, erupciones volcánicas en el Ecuador y Colombia, deslizamientos en Venezuela, inundaciones en Haití, Guyana, Guatemala, Argentina y Colombia, entre otros) pusieron de manifiesto la necesidad de integrar a los laboratorios de salud pública en los planes de contingencia sectorial de salud y revelaron la importancia de contar con la confirmación diagnóstica de las enfermedades transmisibles de alta letalidad y disponer de exámenes básicos para el manejo de heridos y la provisión oportuna de sangre segura.

Los esfuerzos se dirigieron hacia la integración del componente de laboratorio en el sistema de vigilancia mediante la definición de siete funciones esenciales de los laboratorios de salud

pública: 1) referencia en salud pública; 2) fortalecimiento del sistema de vigilancia; 3) gestión integrada de la información; 4) desarrollo de políticas y regulación; 5) capacitación y educación continua; 6) promoción y desarrollo de la investigación; y 7) comunicación y alianzas estratégicas. Previamente a la capacitación técnica y gerencial de los directivos de laboratorio se armonizó la metodología en Centroamérica mediante la elaboración consensual de manuales de procedimientos para enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas, meningitis bacterianas, dengue, leptospirosis, sarampión, hantavirus, ántrax y tuberculosis. A nivel regional se amplió el proceso de evaluación externa del desempeño, con el apoyo del Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (CENETROP) de Santa Cruz, Bolivia, el programa regional de monitoreo y vigilancia de la resistencia a los antibióticos, y el sistema de redes de vigilancia de los agentes bacterianos responsables de neumonías y meningitis (Sistema Regional de Vacunas [SIREVA] II), en 20 países.

En el sector de los laboratorios de diagnóstico clínico, con la colaboración de la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI), se revisaron y actualizaron las reglamentaciones sobre la habilitación de los laboratorios en Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. Se pusieron en marcha programas sostenibles de evaluación externa del desempeño en bioquímica clínica dirigidos a los laboratorios privados y públicos de siete países. Asimismo, por medio del *United Kingdom International External Quality Assessment Scheme* (UK-IEQAS) se realiza también una evaluación externa del desempeño en química clínica, hematología y parasitología en 20 países: Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay, la República Dominicana, Suriname, Uruguay y Venezuela.

## LA INFORMACIÓN CIENTÍFICA EN SALUD: ACCESO Y UTILIZACIÓN

Como actividad productora de nuevos conocimientos aplicables al beneficio de la sociedad, la investigación y sus productos son un ejemplo clásico de bien público.<sup>17</sup> Durante estos últimos años, el acceso a la información científica y su utilización han adquirido una importancia crítica en un nuevo escenario mundial donde se les exige a los gobiernos, así como a los usuarios e inte-

<sup>17</sup>En efecto, la investigación en salud estudia la influencia de factores sociales, económicos, tecnológicos y de comportamiento, así como la de otros aspectos relacionados con la estructura y organización de los sistemas, sobre el acceso, calidad y costos de la atención y sus efectos sobre la salud y el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades. Sus objetivos principales se dirigen no solamente a conocer sino también a identificar formas de organización, financiamiento y gestión más efectivas, equitativas y seguras para la población. (Fuente: Academy Health, June 2000; Agency for Healthcare Research and Quality, February 2002).

resados, mayor responsabilidad y transparencia en el manejo y gestión de los recursos. Esta realidad se extiende a las agencias y organismos que gestionan programas sociales, respecto de los cuales la insatisfacción de los ciudadanos en cuanto al incumplimiento de las metas establecidas a menudo se refleja en las urnas. Por consiguiente, es necesario disponer de datos veraces e información científica confiable para establecer las prioridades en salud, así como para monitorear y evaluar el desempeño de los sistemas con respecto a las metas establecidas o los resultados esperados.

En el ámbito de los sistemas de salud, la investigación es una de las once funciones esenciales en salud pública, y una de las menos desarrolladas en la Región durante la última década (5). Sin embargo, se impulsaron importantes iniciativas orientadas a integrar y fortalecer los mecanismos de rectoría y gobernanza de la investigación para la salud. Algunas de ellas, como el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), han sido catalizadoras del progreso regional de las redes que promueven la solidaridad y la equidad (redes de bibliotecas, recursos y centros de información para la salud). Por ejemplo, la base de datos LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), con más de 25 años de existencia, que recolecta y registra el contenido de revistas científicas arbitradas y publicadas en la Región, la mayor parte de las cuales no figuran en las bases de datos internacionales. Posteriormente se desarrolló la red SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), que cuenta con la participación de organismos nacionales de ciencia y tecnología y cuyos objetivos son aumentar la visibilidad y la calidad de las revistas científicas de la Región, mejorar el acceso a ellas y crear indicadores para evaluar su uso e impacto. En 1998 se impulsó la creación de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), proyecto que contó con la contribución de varias iniciativas nacionales y temáticas y que reúne un amplio rango de fuentes de información en salud. La BVS se desarrolla en diversos paí-

ses de la Región con distinto grado de evolución, pero conforme a un modelo común y en respuesta a las condiciones y necesidades nacionales.

Durante la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información, que se realizó en dos fases, la primera en 2003 y la segunda en 2005 (133), se hizo un llamamiento para promover el acceso universal a los conocimientos científicos que incidan en el desarrollo y bienestar de las poblaciones. También se abogó por la incorporación de nuevos formatos que facilitaran el uso de los resultados de investigación y la democratización del conocimiento (134). Pero aún falta un factor esencial para poder dirigir eficientemente los esfuerzos y evitar la duplicación de trabajo. No se cuenta con buenos indicadores de situación ni se dispone de recursos para la investigación en los países de América Latina y el Caribe.

### Tendencias de la producción científica en América Latina y el Caribe: 2000–2005

En cuanto al desarrollo de indicadores para el análisis de la producción científica en salud de la Región, cabe mencionar la publicación de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos que reflejan los resultados de estudios frecuentemente utilizados para sintetizar y difundir nuevos conocimientos que permitan tomar decisiones informadas en salud, y que son indizados en forma particular. Este tipo de publicaciones representan cerca de 4,6% del total de documentos indizados entre 2000 y 2005 en la base de datos MEDLINE, y 0,8% de los registros de LILACS (cuadro 17).

Para analizar la publicación de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos por país se utilizó el país de publicación de las revistas en LILACS y MEDLINE, considerando que el índice no viene organizado por país de afiliación (cuadro 18). En los estudios publicados en revistas latinoamericanas indizadas en MEDLINE (0,51% del total indizado en esa base) se destacan Argentina,

**CUADRO 17. Ensayos clínicos y revisiones sistemáticas indizados en LILACS y MEDLINE, 2000–2005.**

Tipo de artículos	Total	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>LILACS</b>							
EC+RS	994	163	172	177	189	185	108
Otros tipos	116.141	21.909	20.260	20.876	20.386	18.212	14.498
Total de registros	117.135	22.072	20.432	21.053	20.575	18.397	14.606
% total	0,8	0,7	0,8	0,8	0,9	1,0	0,7
<b>MEDLINE</b>							
EC+RS	150.879	21.151	22.130	23.666	25.796	28.313	29.823
Otros tipos	3.158.544	468.630	496.441	516.260	541.243	565.310	570.660
Total de registros	3.309.423	489.781	518.571	539.926	567.039	593.623	600.483
% total	4,6	4,3	4,3	4,4	4,5	4,8	5,0

EC = Ensayos clínicos; RS = Revisiones sistemáticas

**Fuentes:** MEDLINE; Biblioteca Virtual en Salud; Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), octubre de 2006.

**CUADRO 18. Ensayos clínicos y revisiones sistemáticas publicados en revistas latinoamericanas indizadas en MEDLINE y LILACS, 2000–2005.**

País	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	MEDLINE	LILACS	MEDLINE	LILACS	MEDLINE	LILACS	MEDLINE	LILACS	MEDLINE	LILACS	MEDLINE	LILACS
Argentina	61	94	17	12	10	16	13	17	12	19	11	13
Bolivia	0	12	1	0	0	4	0	5	0	1	0	1
Brasil	417	457	68	65	64	76	63	96	85	100	99	52
Chile	59	60	6	10	5	8	7	11	15	16	13	9
Colombia	9	203	30	48	0	40	6	39	0	24	3	22
Costa Rica	1	4	0	0	1	1	0	1	0	2	0	0
Cuba	6	20	1	6	1	1	3	2	1	4	0	3
Ecuador	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Estados Unidos (OPS)	0	5	3	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Guatemala	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jamaica	15	6	4	1	1	0	1	0	0	0	6	1
México	166	47	17	12	32	13	30	4	25	1	33	0
Nicaragua	0	13	1	4	0	1	0	1	0	5	0	1
Panamá	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paraguay	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Perú	8	9	2	3	0	0	2	2	1	0	3	2
Puerto Rico	11	6	1	1	0	0	2	0	3	3	4	1
Uruguay	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Venezuela	20	53	7	9	2	15	3	10	5	9	2	3
Total LILACS	994		163	172	177	177	189	189	185	185	108	108
Representación de												
América Latina y el Caribe en MEDLINE	774		104	103	116	147	130	147	147	174	174	174
Total mundial en MEDLINE	150.879		21.151	22.130	23.666	28.313	25.796	28.313	28.313	29.823	29.823	29.823
% América Latina y el Caribe en MEDLINE	0,5		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6

Fuentes: MEDLINE; Biblioteca Virtual en Salud; octubre de 2006.



**CUADRO 19. Publicaciones de América Latina y el Caribe en MEDLINE, por país de afiliación del primer autor, 2000–2005.**

MEDLINE	Publicaciones	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total mundial (2000–2005)	3.150.403	483.885	500.961	517.481	544.402	564.440	539.234
Total América Latina y el Caribe	66.322	8.978	9.833	11.229	12.174	13.282	10.826
Porcentaje total mundial	2,1	1,9	2,0	2,2	2,2	2,4	2,0
Total por país							
Antigua	3	1	1	—	—	—	1
Antillas Neerlandesas	30	4	4	4	5	8	5
Argentina	9.642	1.496	1.648	1.747	1.658	1.707	1.386
Bahamas	20	3	2	5	6	1	3
Barbados	89	13	14	16	16	19	11
Belice	3	—	—	—	2	—	1
Bolivia	63	14	9	19	8	8	5
Brasil	33.329	4.107	4.574	5.545	6.281	7.015	5.807
Chile	3.913	577	576	657	723	753	627
Colombia	1.407	171	176	265	253	285	257
Costa Rica	343	40	84	59	67	40	53
Cuba	1.445	226	252	219	278	291	179
Dominica	5	—	2	—	1	2	—
Ecuador	179	24	19	29	43	34	30
El Salvador	22	2	3	6	1	4	6
Granada	120	39	15	17	12	21	16
Guadalupe	50	19	11	4	7	7	2
Guatemala	87	10	16	21	14	15	11
Guyana	5	1	1	2	—	1	—
Guayana Francesa	65	6	12	8	10	16	13
Haití	39	5	2	8	5	9	10
Honduras	23	2	2	3	4	5	7
Islas Vírgenes (EUA)	5	2	2	—	1	—	—
Jamaica	377	65	106	67	34	60	45
Martinica	36	7	11	4	2	8	4
México	10.896	1.533	1.647	1.863	1.992	2.164	1.697
Nicaragua	39	5	2	7	5	11	9
Panamá	316	32	46	47	56	80	55
Paraguay	41	6	7	6	9	8	5
Perú	484	54	75	72	95	102	86
Puerto Rico	540	47	75	60	105	160	93
República Dominicana	20	6	3	2	4	3	2
Santa Lucía	1	—	—	1	—	—	—
Suriname	26	1	5	2	3	5	10
Trinidad y Tabago	210	40	38	40	35	30	27
Uruguay	749	112	112	113	132	140	140
Venezuela	1.700	308	281	311	307	270	223

Fuentes: MEDLINE; Biblioteca Virtual en Salud, junio de 2006.

Brasil y México con 83% del total; en LILACS, Argentina, Brasil y Colombia contribuyen con 76% del total para el período.

No existe un registro sobre la producción de nuevos conocimientos y la información no está ampliamente disponible, por lo que se han utilizado indicadores indirectos de la producción de nuevos conocimientos en salud, como el número de estudios científicos originales publicados en revistas indizadas. En el período 2000–2005 se registraron en MEDLINE 66.322 publicaciones de autores de 37 países de la Región (cuadro 19). La participación de América Latina y el Caribe en la base de datos MEDLINE representa en promedio 2% de la producción mundial.

En la base LILACS están representados autores de 23 países, responsables por 92.794 publicaciones en ese mismo período (cuadro 20). La identificación de países de afiliación de autores en LILACS ha sido iniciada en el año 2000 y considera todos los autores, a diferencia de MEDLINE, que se concentra en los datos del primer autor. Siete países aportan 94% de la publicación científica latinoamericana y caribeña representada en ambas bases de datos: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, México y Venezuela.

Si se considera el registro en bases de datos internacionales más representativas como un indicador de calidad, puede inferirse que

**CUADRO 20. Publicaciones de América Latina y el Caribe en LILACS, por país de afiliación del autor, 2000–2005.**

LILACS (2000–2005)	Publicaciones	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total de la base	92.794	16.558	16.221	16.195	16.849	15.203	11.768
Total con país identificado	77.353	12.251	12.999	13.365	13.984	12.986	11.768
Total América Latina y el Caribe	73.927	12.073	12.709	12.958	13.499	12.503	10.185
Total con país ignorado	16.697	4.307	3.222	2.830	2.865	2.217	1.256
Total por país							
Argentina	6.331	1.142	1.211	1.071	1.133	1.017	757
Barbados	19	2	7	3	2	5	—
Bolivia	270	36	47	53	71	48	15
Brasil	44.716	6.496	6.690	7.830	8.294	8.166	7.240
Chile	7.423	1.399	1.413	1.243	1.270	1.288	810
Colombia	3.943	651	667	831	782	470	542
Costa Rica	320	75	52	76	73	32	12
Cuba	3.186	334	368	614	765	709	396
Ecuador	186	27	29	45	46	31	8
El Salvador	5	—	—	2	1	1	1
Guatemala	98	25	29	18	15	9	2
Guyana	1	—	1	—	—	—	—
Honduras	140	17	19	42	30	30	2
Jamaica	292	36	66	49	42	67	32
México	3.535	1.160	1.401	369	273	188	144
Nicaragua	7	1	—	1	1	2	2
Panamá	22	4	3	2	5	4	4
Paraguay	65	12	11	12	19	7	4
Perú	474	86	80	69	110	80	49
República Dominicana	5	—	1	—	—	2	2
Trinidad y Tabago	54	9	17	17	6	3	2
Uruguay	373	39	89	51	87	58	49
Venezuela	3.196	629	612	678	618	438	221

**Fuente:** Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), junio de 2006.

ha habido un incremento progresivo en la calidad de las revistas científicas en años recientes (cuadro 21; véase la nota al pie del cuadro). En MEDLINE, el total de títulos latinoamericanos indizados aumentó de 45 (2000) a 66 (2005); en las bases de datos de Thomson Scientific (empresa que maneja el registro conocido previamente como ISI), los títulos indizados de salud incrementaron de 21 (2000) a 32 (2005). El porcentaje de revistas de la Región aún es muy bajo en relación con el total de revistas indizadas en las bases de datos internacionales: en MEDLINE representan 1,3%, en los *Science Citation Index*, 0,4%, y en EMBASE, 1,9% del total.

Uno de los objetivos para desarrollar la base de datos LILACS fue indizar las revistas publicadas en los países de la Región y trabajar con las revistas en unificar criterios y darle visibilidad a las publicaciones regionales. Todas las revistas indizadas en LILACS son escogidas por comités de selección nacionales y deben cumplir requisitos mínimos de periodicidad, regularidad y revisión por pares. Se estima que en la Región se publican alrededor de 1.500 revistas sobre salud y entre ellas 738 fueron seleccionadas para ser indizadas en LILACS. Estas revistas han sido publicadas en 19 países de América Latina y el Caribe, y en la OPS (cuadro 21). Los criterios de selección ([http://www.scielo.org/scielo\\_org\\_en.htm](http://www.scielo.org/scielo_org_en.htm)) de SciELO son más estrictos que los de

LILACS y comparables a los de las grandes bases de datos internacionales. SciELO incluye títulos de 11 países de América Latina y el Caribe, de España y de Portugal. De los 345 títulos de revistas de SciELO en los países de América Latina, 51% corresponden a revistas del área de salud.

En MEDLINE están representados 13 países; en el Science Citation Index, ocho; en el Social Science Citation Index, cuatro, y en EMBASE, ocho países. La producción científica de Bolivia, Guatemala, Honduras, Paraguay y la República Dominicana está registrada solo en LILACS. La relación de las contribuciones en cantidad de revistas de salud de América Latina y el Caribe en las principales bases de datos para la Región de las Américas, y las intersecciones entre las diferentes bases, aparecen ilustradas en la figura 4.

### Situación actual e iniciativas en desarrollo

Hay distintos insumos de información que contribuyen a fortalecer y mejorar diversos aspectos de la investigación para el desarrollo de la salud pública. Cabe destacar los siguientes: la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), SciELO, ScienTI, CRICS y RICTSal.

**CUADRO 21. Indización de revistas latinoamericanas y caribeñas en bases de datos.**

País de publicación	Revistas indizadas en bases de datos					
	LILACS (2006)	SciELO (2006)	MEDLINE (2006)	ISI/SCIE (2005)	ISI/SSCI (2005)	EMBASE (2005)
Argentina	120	5	7	3	0	10
Bolivia	9	0	0	0	0	0
Brasil	289	85	31	12	2	46
Chile	66	18	3	4	0	4
Colombia	59	8	2	0	1	3
Costa Rica	12	9	1	1	0	0
Cuba	34	19	1	0	0	2
Ecuador	14	0	0	1	0	0
Estados Unidos (OPS)	3	1	1	0	1	0
Guatemala	4	0	0	0	0	0
Honduras	1	0	0	0	0	0
Jamaica	2	0	1	1	0	1
México	51	4	12	1	3	21
Panamá	0	0	1	0	0	0
Paraguay	4	0	0	0	0	0
Perú	11	11	1	0	0	0
Puerto Rico	2	0	2	0	0	0
República Dominicana	1	0	0	0	0	0
Uruguay	10	6	0	0	0	0
Venezuela	46	9	3	2	0	4
Total de América Latina y el Caribe	738	175	66	25	7	91
Total de títulos indizados	738	198	4.959	6.088	1.747	4.872
Porcentaje América Latina y el Caribe	100	88,4	1,3	0,4	0,4	1,9

**Fuentes:** Listas de revistas indizadas en las distintas bases de datos.

LILACS: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. Lista de títulos indizados en LILACS, octubre 2006. Disponible en: [http://ccs.bvsalud.org/serial/listbase.php?lang=pt&graphic=yes&base%5B%5D=&base%5B%5D=LILACS&country=AL\\_C&orderby=country&Submit=pesquisar](http://ccs.bvsalud.org/serial/listbase.php?lang=pt&graphic=yes&base%5B%5D=&base%5B%5D=LILACS&country=AL_C&orderby=country&Submit=pesquisar)

SciELO: Scientific Electronic Library Online. Lista de títulos de salud indizados en SciELO, octubre 2006. Disponible en: [http://ccs.bvsalud.org/serial/list-base.php?lang=pt&graphic=yes&base%5B%5D=&base%5B%5D=SciELO&country=AL\\_C&orderby=country&Submit=pesquisar](http://ccs.bvsalud.org/serial/list-base.php?lang=pt&graphic=yes&base%5B%5D=&base%5B%5D=SciELO&country=AL_C&orderby=country&Submit=pesquisar)

MEDLINE-MEDLARS Online. Lista de revistas indizadas en MEDLINE 2006, publicada por la US National Library of Medicine, enero 2006. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>.

ISI/SCIE: Science Citation Index Expanded, de Thomson Scientific (ex ISI). Science Citation Index Expanded 2005, Thomson Scientific, marzo 2005. Disponible en: [http://scientific.thomson.com/media/pdfs/sourcepub-journals/wos\\_scie\\_a5021\\_final.pdf](http://scientific.thomson.com/media/pdfs/sourcepub-journals/wos_scie_a5021_final.pdf).

ISI/SSCI: Social Sciences Citation Index, de Thomson Scientific (ex ISI). Página web del Science Social Sciences Citation Index 2005, publicada por Thomson Scientific, marzo 2005. Disponible en: [http://scientific.thomson.com/media/pdfs/sourcepub-journals/wos\\_ssci\\_a5022\\_final.pdf](http://scientific.thomson.com/media/pdfs/sourcepub-journals/wos_ssci_a5022_final.pdf).

EMBASE: Excerpta Medica Database. EMBASE lista de revistas indizadas 2005, publicada por Elsevier, junio 2005 (versión impresa).

### *Biblioteca Virtual en Salud (BVS) ([www.bvsalud.org](http://www.bvsalud.org))*

Es una colección descentralizada y dinámica, accesible en Internet, de fuentes de información seleccionadas bajo criterios de calidad. Su objetivo es ofrecer acceso equitativo al conocimiento científico-técnico en salud. En noviembre de 2006 el portal regional integraba 101 portales nacionales y temáticos, y 10 portales institucionales.

### *SciELO ([www.scielo.org](http://www.scielo.org))*

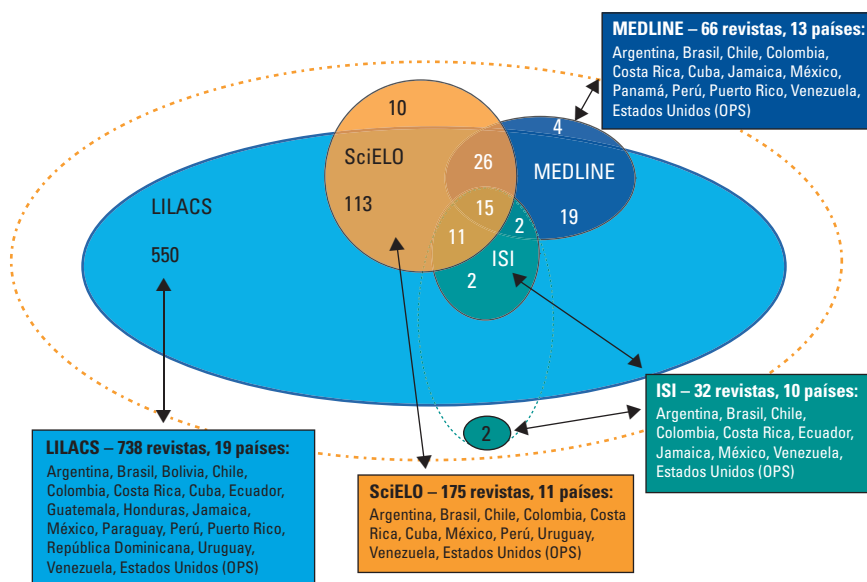
Es un modelo de publicación electrónica cooperativa de revistas científicas en Internet, adoptado por una red de países de Iberoamérica para aumentar su visibilidad y el acceso a la producción científica de la Región. Se puede acceder a los textos completos de las revistas indizadas en SciELO desde numerosas bases de datos, directorios y buscadores conocidos, tales como

MEDLINE, Web of Science, Cross Ref, Google, Directory of Open Access Journals (DOAJ). Así, en 2005 el conjunto de colecciones de la Red SciELO tuvo alrededor de 7.000.000 de visitas por mes. SciELO Brasil sobrepasó los 3.000.000 y SciELO Chile tuvo más de 1.000.000 de visitas mensuales.

### *Red Internacional de Fuentes de Información y Conocimiento para la Gestión de Ciencia, Tecnología e Innovación (ScienTI) ([www.scienti.net](http://www.scienti.net))*

Es una red pública de fuentes de información y conocimiento, cuyo objetivo es contribuir a la gestión de la actividad científica, tecnológica y de innovación; está integrada a la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). ScienTI es el producto de la cooperación internacional entre organismos nacionales de ciencia y tecnología, organismos internacionales de cooperación en ciencia y tecnología,

**FIGURA 4. Representatividad de las revistas latinoamericanas y caribeñas en salud en las principales bases de datos, 2006.**



Fuente: Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, 2006.

grupos de investigación y desarrollo de sistemas de información y conocimiento, e instituciones promotoras. Ofrece además indicadores sobre investigación en la Región y permite acceder a los directorios nacionales de investigadores y de grupos e instituciones de investigación. En 2006 la red contaba con la participación de Portugal y 11 países de la Región.

#### *Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud (CRICS) ([www.bireme.br](http://www.bireme.br))*

El CRICS se inició en 1992 y se realiza cada dos años para evaluar los avances regionales e internacionales en las áreas de gestión de información científica y técnica, comunicación científica, bibliotecología, tecnologías de información y sus aplicaciones en los sistemas nacionales de investigación, educación y atención a la salud de América Latina y el Caribe. El 7º Congreso (CRICS 7) tuvo lugar en el Brasil en 2005 y contó con más de 1.200 participantes provenientes de 73 países y expertos en diversos campos, entre ellos bibliotecarios y especialistas en disseminación científica, profesionales de la salud, gestores del sector salud, editores de revistas científicas, e investigadores. Las recomendaciones emanadas del Congreso están reflejadas en los documentos: “Declaración de Salvador: compromiso con la equidad” (135) y la “Declaración de Salvador sobre acceso abierto: la perspectiva de los países en desarrollo” (136). Estos documentos expresan que el acceso universal a la información y al conocimiento constituye una condición esencial para promover la salud y la calidad de vida de los individuos y las comunidades.

#### *Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología en Salud (RICTSAL)*

La RICTSAL se inició en Buenos Aires en septiembre de 2004, con representantes de instituciones de ciencia y tecnología y de los ministerios de salud de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México y Uruguay, conjuntamente con la OPS y la Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT). La misión de RICTSAL es promover, en un marco de cooperación internacional, el desarrollo conceptual y de instrumentos para la medición y el análisis de la ciencia, la tecnología y la innovación en el campo de la salud en las Américas, con el fin de profundizar en su conocimiento y apoyar la toma de decisiones.

#### **Perspectivas y necesidades**

Si bien hay varias iniciativas y redes dedicadas a sintetizar el conocimiento y desarrollar capacidades, es indispensable contar con el compromiso, la participación y el respaldo y liderazgo de las autoridades reguladoras y de salud (organismos nacionales de ciencia y tecnología) para que estos esfuerzos respondan efectivamente a las necesidades de cada país, y para reglamentar y monitorear los avances de la investigación en salud.

En noviembre de 2004 tuvo lugar en México la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud. La Declaración de México sobre las investigaciones sanitarias (137) allí formulada recibió el respaldo de ministros de salud y jefes de delegaciones de 58 Estados Miembros de la OMS. La declaración exhorta a los estados, a la comunidad científica y a las organizaciones internacionales a

“La gestión efectiva de la información es fundamental para frenar la propagación de nuevas pandemias, sean de origen infeccioso o no.”

George A.O. Alleyne, 1998

implementar estrategias y actividades para fortalecer la investigación orientada a mejorar los resultados de salud y el desarrollo de los pueblos.

En respuesta a la Declaración de México, se han impulsado iniciativas orientadas a propiciar la formación y el desarrollo de los recursos humanos para la investigación en salud, incrementar la producción y el uso sistemático de los resultados de investigación en la salud pública, fortalecer la rectoría y gobernanza de la investigación en salud, y promover el desarrollo de bases de datos y registros que permitan el monitorear el estado de la investigación y conocer los recursos disponibles (138, 139, 140). También se están llevando a la práctica estrategias para priorizar la investigación en salud pública e incentivar la inversión en este campo. Ello supone la coordinación del trabajo de numerosas iniciativas, como las promovidas por el Consejo en Investigación en Salud para el Desarrollo (*Council on Health Research for Development*), COHRED: <http://cohred.org>, el Foro Global para la Investigación en Salud (*Global Forum for Health Research*): <http://www.globalforumhealth.org/>, la Alianza para la Investigación en Sistemas y Políticas de Salud (*Alliance for Health Policy and Systems Research*): <http://www.alliance-hpsr.org>, entre otros. Asimismo, se está promoviendo el desarrollo de registros e indicadores de producción científica. La tendencia actual es fomentar el desarrollo de políticas de Estado que permitan dar sostenibilidad a la investigación para la equidad y el desarrollo.

Se ha fomentado la inversión en áreas de investigación sobre temas relegados de pertinencia local, incluidos aspectos tales como la investigación en sistemas de salud, la evaluación de la masificación de las intervenciones, y las condiciones que requieren abordajes multisectoriales (tales como la prevención de accidentes de tránsito, quemaduras, ahogamientos, heridas por arma de fuego, o las intervenciones para disminuir la violencia). Por ejemplo, la Alianza para la Seguridad Mundial de los Pacientes (<http://www.who.int/patientsafety>) está desarrollando redes de trabajo cuya principal finalidad es crear una cultura de seguridad para el paciente.

En otros frentes se está promoviendo el acceso universal a los resultados de investigación que guíen las políticas y la atención en salud. La OMS ha impulsado el desarrollo de un portal abierto que integra los registros de ensayos clínicos (<http://www.who.int/ictrp>). Se ha promovido también el trabajo en red con iniciativas existentes dedicadas a promover el uso de los resultados de investigación, tales como la Colaboración Cochrane ([\[cochrane.org/\]\(http://www.cochrane.org/\)\). Durante el último lustro se adelantaron importantes acuerdos para facilitar a los países en desarrollo el acceso a publicaciones biomédicas y de salud, entre ellos la InterRed-Salud Iniciativa de Acceso a la Investigación \(HINARI\) \(<http://www.who.int/hinari>\).](http://www.</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

La estrategia de convocar a diferentes iniciativas, redes y grupos de trabajo existentes en la Región ha permitido identificar sinergias, minimizar la duplicación de trabajo, promover la cooperación y el desarrollo solidario entre países para aunar esfuerzos, y trabajar conjuntamente en el desarrollo y fortalecimiento de capacidades, con el propósito amplio de lograr iniciativas exitosas y sostenibles. A título de ejemplo se citan a continuación algunas iniciativas y redes que están trabajando en forma sostenida en la Región de las Américas:

- Red Latinoamericana de Epidemiología Clínica (LatINCLEN) (<http://www.latinclen.org>): orientada a la capacitación e investigación en áreas como epidemiología clínica, bioestadística, ciencias sociales y economía en salud.
- Red Cochrane Iberoamericana (<http://www.cochrane.es>): promueve el desarrollo de síntesis de la literatura y el meta-análisis, la indización de publicaciones “grises”, desarrollo de nuevas metodologías de investigación secundaria y ofrece una recopilación de síntesis de la literatura científica.
- Foro Latinoamericano de Comités de Ética en Investigación (<http://www.flaceis.org>): un espacio de diálogo para el desarrollo y fortalecimiento de la ética de la investigación.
- Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (ALAES) (<http://www.alaesp.sld.cu>).
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (<http://www.flacso.org/>).

La información científica es indispensable pero no suficiente para mejorar la calidad de las decisiones en salud dirigidas a aumentar la efectividad de las intervenciones dirigidas a incrementar las ganancias en materia de salud y calidad de vida. Otros factores críticos que deben considerarse, y que moldean los procesos de toma de decisión y sus resultados, incluyen las coyunturas sociopolíticas particulares, los valores de los decisores y los recursos disponibles, entre otros. Deberán abordarse también progresivamente otros aspectos para lograr que los procesos de toma de decisión, las prácticas y políticas estén suficientemente informados por las pruebas científicas, tales como la variabilidad en los patrones de utilización de la información, la capacidad de apropiarse del conocimiento y la decisión de reaccionar ante el nuevo conocimiento (141). El desarrollo de nuevas tecnologías de comunicación ha modificado de manera espectacular el panorama del uso de la información científica, y ha traído consigo nuevas soluciones y nuevos retos.

En poco tiempo se ha pasado de condiciones de acceso restringido al conocimiento, a una situación de grandes contrastes,

ya que mientras en algunos sitios persisten las limitaciones, en otros las personas se sienten abrumadas por la cantidad de información y les resulta difícil establecer los límites de una investigación y acotar el acopio de información y conocimientos previos necesarios para desarrollarla. Estos nuevos retos han llevado a la aplicación de metodologías para sintetizar el conocimiento y evaluar críticamente la literatura científica, el establecimiento de estándares para publicar y compartir información, el desarrollo de registros de datos básicos y producción científica, la incorporación de nuevas habilidades informáticas en el entrenamiento de recursos humanos, y muchas otras. Pero los países aún enfrentan un panorama cambiante y es esencial integrar iniciativas para responder efectivamente a estos retos, y contar con información básica que permita realizar un buen análisis situacional y formular respuestas estratégicas.

## RENOVACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La OMS ha promovido la atención primaria de salud desde antes de 1978, cuando adoptó dicha estrategia para el logro de la meta de “salud para todos”. Desde entonces ha habido cambios drásticos tanto en el contexto mundial como en la atención primaria de salud. El objetivo de la renovación de la atención primaria es revitalizar la capacidad de todos los países para organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud actuales, afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad. La meta de este esfuerzo es obtener beneficios de salud sostenibles para toda la población.

Diversos motivos justifican la renovación de los principios de la atención primaria, entre los que se incluyen: los nuevos desafíos epidemiológicos; la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias de muchos de los actuales enfoques de atención primaria; el desarrollo de nuevas herramientas y conocimientos sobre mejores prácticas para incrementar su efectividad; el reconocimiento creciente de que la atención primaria de salud fortalece las capacidades de la sociedad para disminuir las inequidades en salud; y un consenso cada vez más amplio de que la atención primaria representa una estrategia poderosa para abordar los determinantes sociales de la salud y la desigualdad.

### El contexto de la atención primaria en las Américas

Una evaluación exhaustiva de la atención primaria es oportuna, dado que la mayoría de los países de las Américas han experimentado cambios espectaculares en las tres últimas décadas. Estos cambios incluyen los procesos de democratización y la consolidación de la democracia, la redefinición del papel del Estado, la apertura económica y las reformas de los servicios de salud y

sociales, incluida la expansión del sector privado hacia actividades que tradicionalmente eran propias del sector público. Aunque no siempre exitosas, las reformas se orientaron a alcanzar objetivos de modernización del financiamiento de la atención de salud, transferir a las autoridades regionales las funciones de planificación e implementación y, más recientemente, mejorar la calidad de la atención y la equidad (142). En la mayoría de los países estas reformas tuvieron lugar en un contexto de pobreza generalizada, lo que contribuyó a aumentar la desigualdad, la exclusión social, la inestabilidad política y el deterioro ambiental (143, 144). Los efectos de la globalización han aumentado la interdependencia de las naciones así como su vulnerabilidad a las fuerzas externas; por otra parte, las tendencias demográficas y epidemiológicas han desplazado la carga de enfermedades, al tiempo que se han incorporado nuevas formas de ordenamiento político, social y económico, y se han introducido diversas innovaciones tecnológicas.

La adopción de un enfoque renovado de atención primaria de salud es una condición esencial para alcanzar los objetivos de desarrollo acordados a nivel internacional. Entre los más relevantes se encuentran los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, dirigidos a abordar los principales factores condicionantes de la salud —tal como los define la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS— y garantizar la salud como un derecho humano —tal como lo establecen algunas constituciones nacionales y lo expresan grupos de la sociedad civil. La renovación de la atención primaria de salud se debe construir sobre los cimientos del legado de Alma-Ata y del movimiento de atención primaria de salud, aprovechando las lecciones aprendidas y las buenas prácticas acumuladas a lo largo de más de un cuarto de siglo de experiencias, y reinterpretando la estrategia y la práctica de la atención primaria de salud para afrontar los desafíos del siglo XXI.

La Región de las Américas ostenta una rica tradición intelectual en la investigación de las causas y consecuencias de las disparidades en salud (145). Independientemente de cómo se defina la equidad, muy pocos podrían negar que las disparidades en salud existentes en la Región son injustas. Un análisis reciente determinó que “a pesar de una reducción considerable de la mortalidad infantil, los niveles de inequidad entre los países se han mantenido prácticamente constantes entre 1955 y 1995” (146). Los resultados son similares cuando se analiza la situación en los países donde existen desigualdades importantes con respecto a diversos indicadores de salud, entre los que se incluyen la mortalidad materna (mujeres indígenas en comparación con mujeres no indígenas), el acceso a los servicios de salud (entre las poblaciones urbanas y rurales) y la esperanza de vida (entre los grupos étnicos y raciales) (147).

En nuestra Región, las disparidades relacionadas con los ingresos están asociadas con peores resultados de salud, y en algunos casos sus efectos amenazan con revertir los avances ya logra-

**“Se estima que entre 25% y 30% de la población total de la Región no tiene acceso a atención de salud, a pesar del hecho de que las declaraciones universales firmadas por la mayoría de los países y leyes nacionales de muchos más garanticen el acceso universal a dicha atención. Al respecto, los procesos de reforma del sector salud han hecho progresos desparejos. En muchos casos existe una brecha entre el estado de desarrollo de los sistemas nacionales de protección social y los marcos legales que los sostienen.”**

**Mirta Roses, 2005**

dos en muchos países (148, 149, 150). La reducción o eliminación de las desigualdades en salud justifica pues el diseño y puesta en marcha de estrategias de salud y desarrollo verdaderamente potenciadas por los valores sociales y con capacidad para incidir sobre las causas y consecuencias de las desigualdades. Para mejorar los niveles de equidad en salud se han empleado principalmente las siguientes estrategias: 1) aumento o mejoramiento de la provisión de servicios de salud para los más necesitados (151, 152); 2) reestructuración de los mecanismos de financiamiento de la salud a fin de ayudar a las personas más desfavorecidas (153, 154, 155); 3) diseño de programas para ayudar a los pobres a obtener bienes básicos tales como vivienda, agua, alimentos e ingresos (156), y 4) modificación de las estructuras sociales y económicas para influir sobre los factores determinantes más remotos de la inequidad (157).

La investigación de diversos aspectos de la equidad en salud ha formado parte de la literatura publicada durante más de tres décadas; sin embargo, las pruebas disponibles resultan insuficientes para decidir las estrategias más efectivas en determinadas circunstancias (158).

La renovación de la atención primaria de salud supone algo más que el simple ajuste del enfoque original a las realidades de cada momento: exige un examen crítico de su significado y de su propósito. En general, las percepciones sobre el papel de la atención primaria en el desarrollo de un sistema social y de salud se clasifican en cuatro categorías (cuadro 22). Un estudio realizado en 2003, que incluyó a más de 200 responsables de políticas provenientes de 16 países de América Latina y el Caribe, confirmó la importancia de la estrategia de la atención primaria de salud para los entrevistados. Pero el estudio también demostró que los desacuerdos y los conceptos erróneos sobre la atención primaria aún existen, incluso dentro de un mismo país (64) (cuadro 23). Independientemente del enfoque predominante adoptado, la mayoría de los entrevistados (75%) consideraron que la atención primaria de salud constituye una estrategia válida que exige una redefinición y una revitalización, y consideraron que esta reo-

orientación demanda nuevas modalidades de implementación, entre las que se incluyen los cambios en la organización y financiamiento de la atención primaria de salud, el desarrollo de recursos humanos, la formulación de políticas sanitarias, la gestión y administración de la salud, y una mayor transparencia por parte de los gobiernos. Agregaron que este proceso de cambios debe estimular la formación de asociaciones entre los proveedores, las comunidades, los gobiernos y los organismos y redes internacionales, con el fin de establecer prioridades de salud, crear incentivos para la investigación aplicada y el desarrollo de los recursos humanos, alentar la rentabilidad en la asignación de los recursos, abogar por más recursos y promover políticas de salud pública.

En septiembre de 2003, el 44° Consejo Directivo de la OPS aprobó una resolución que solicitaba a los Estados Miembros que adoptaran una serie de recomendaciones para fortalecer la atención primaria de salud. Al año siguiente, y en respuesta a los mandatos mencionados, la OPS y la OMS crearon el “Grupo de trabajo en atención primaria de salud”, con el fin de asesorar a la Organización respecto de futuras orientaciones estratégicas y programáticas del enfoque de atención primaria de salud. Su primer encuentro se llevó a cabo entre el 28 y el 30 de junio de 2004, en Washington D.C., y el segundo tuvo lugar en San José, Costa Rica, entre el 27 y el 29 de octubre.

Para analizar el documento preliminar sobre el cuadro de situación, se realizaron consultas nacionales en 21 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, y Venezuela. Las recomendaciones técnicas que generó la Consulta Regional realizada en Montevideo, Uruguay, se convirtieron en parte del documento de posición y de la Declaración Regional sobre la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo), y fueron totalmente avaladas por el 46° Consejo Directivo de la OPS en septiembre de 2005.

Desde la aprobación de la Declaración de Montevideo, varios países han renovado o revitalizado sus esfuerzos por incorporar al desarrollo de sus sistemas nacionales de salud los valores, los principios y los elementos básicos de la estrategia de la atención primaria de salud. La OPS y la OMS siguen brindando a los países cooperación técnica al respecto y han intensificado los esfuerzos para difundir la estrategia renovada de atención primaria en la Región. Sus esfuerzos se han centrado en modernizar la estrategia de la atención primaria en todas sus actividades de cooperación técnica y áreas de trabajo.

### **Crear sistemas de salud basados en la atención primaria**

La renovación de la atención primaria de salud debe formar parte integral del sistema de salud de los países, con un enfoque

**CUADRO 22. Enfoques de la atención primaria de salud.**

Enfoque	Definición o concepto de atención primaria de salud (APS)	Énfasis
APS selectiva	Se orienta a un número limitado de servicios de alto impacto para enfrentar algunos de los problemas de salud más prevalentes de los países en desarrollo. Uno de los principales programas que incluyó este tipo de servicios fue conocido por su sigla en inglés GOBI (control del crecimiento, terapia de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización) y también se conoció como GOBI-FFF cuando adicionó alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar.	Conjunto específico de actividades de los servicios de salud para los pobres
Atención primaria	Se refiere a la puerta de entrada al sistema de salud, y al sitio para la atención continuada de salud de la mayoría de la población. Esta es la concepción de APS más común en Europa y en otros países industrializados. Desde la definición más estrecha, este enfoque se relaciona directamente con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o familiar.	Un nivel de atención de un sistema de salud
Alma-Ata “APS integral”	La declaración de Alma-Ata define la atención primaria de salud como la “atención esencial a la salud basada en métodos y tecnologías científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar [ . . . ]. Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud [ . . . ] como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades [ . . . ] llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud”.	Una estrategia para organizar los sistemas de atención de salud y la sociedad para promover la salud
Enfoque de salud y derechos humanos	Concibe la salud como un derecho humano y subraya la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos más amplios de la salud. Difiere por su mayor énfasis en las implicaciones sociales y políticas de la Declaración de Alma-Ata, más que en sus principios. Defiende que si se quiere que el contenido social y político de Alma-Ata logre mejoras en la equidad en salud, este debe orientarse más hacia el desarrollo de políticas “inclusivas, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros”, más que a aspectos específicos de la enfermedad.	Una filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales

**Fuentes:** Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med* 301(18):967–974; 1979.

Institute of Medicine. *Defining primary care: an interim report*. Washington, DC: National Academy Press; 1994.

OMS. *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6–12 de septiembre de 1978*. Ginebra: OMS; 1978.

Tarimo E, Webster EG. *Primary health care concepts and challenges in a changing world. Alma-Ata revisited (Current Concerns ARA paper number 7, document WHO/ARA/CC/97.1)*. Geneva: WHO; 1997.

People's Health Movement, editor. *Health for All Now! Revive Alma-Ata! The Alma-Ata Anniversary Pack*. Unnikrishnan, Bangalore (India): People's Health Movement, 2003.

Movement PsH, editor. *The medicalization of health care and the challenge of health for all*. People's Health Assembly; 2000 December 2000; Dhaka, Bangladesh.

Vuori H. *Primary health care in Europe: Problems and solutions*. *Community Medicine* 1984;6:221–31.

Vuori H. *The role of the schools of public health in the development of primary health care*. *Health Policy* 1985;4(3):221–30.

amplio que permita orientar la estructura y funcionamiento de los sistemas hacia el logro del derecho a alcanzar el nivel de salud más alto posible. Un sistema basado en la atención primaria de salud maximiza la equidad y la solidaridad y contribuye a la consecución de beneficios de salud sostenibles para la población. Dicho sistema se rige por los principios de capacidad de

respuesta frente a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.

Un sistema de salud basado en la atención primaria se compone de un conjunto básico de elementos funcionales y estructu-



**CUADRO 23. Percepciones clave de los entrevistados sobre el papel de la atención primaria de salud.**

¿Hasta qué punto está Ud. de acuerdo con las siguientes afirmaciones?	Porcentaje de acuerdo	N
La APS es el primer nivel de atención	80	160
La APS es la puerta de entrada al sistema de salud	71	152
La APS es considerada de distintas maneras por los distintos proveedores de salud	67	188
La APS es una combinación de enfoques	62	158
La APS es considerada atención de baja tecnología	55	187
La APS es considerada como servicios de salud para los pobres	52	173
La APS es una estrategia para el desarrollo socioeconómico	51	154
La APS es considerada de distintas maneras en las distintas regiones del país	44	184

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud. Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2003.

rales que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad. Ofrece atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, enfatiza la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema de salud. La base fundamental para la planificación y la acción son las familias y las comunidades para las que el sistema opera. Un sistema de salud basado en la atención primaria requiere un marco político, legal e institucional sólido, así como recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas buenas de administración en todos los niveles, a fin de alcanzar la calidad, la eficacia y la efectividad, y establece mecanismos activos para aumentar al máximo la participación individual y colectiva en el ámbito de la salud. Un sistema de salud basado en la atención primaria promueve acciones intersectoriales orientadas a abordar los factores determinantes de la salud y la equidad.

La esencia de la definición renovada de la atención primaria de salud sigue siendo la misma de la Declaración de Alma-Ata. Sin embargo, la nueva definición presenta una perspectiva que abarca todo el sistema, es aplicable a todos los países sin distinciones, e incluye a todos los sectores relevantes (públicos, privados y sin fines de lucro). Distingue entre valores, principios y elementos; destaca la equidad y la solidaridad e incorpora principios nuevos como la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad. Descarta la idea que equipara la atención primaria con un conjunto de servicios preestablecidos, en la medida en que estos deben definirse en función de las necesidades locales. Asimismo, termina con la idea de que la atención primaria se define a partir de tipos específicos de personal de salud, puesto que los equipos que trabajan en la atención primaria deben definirse en función de las necesidades, las preferencias culturales, la evidencia y los recursos dis-

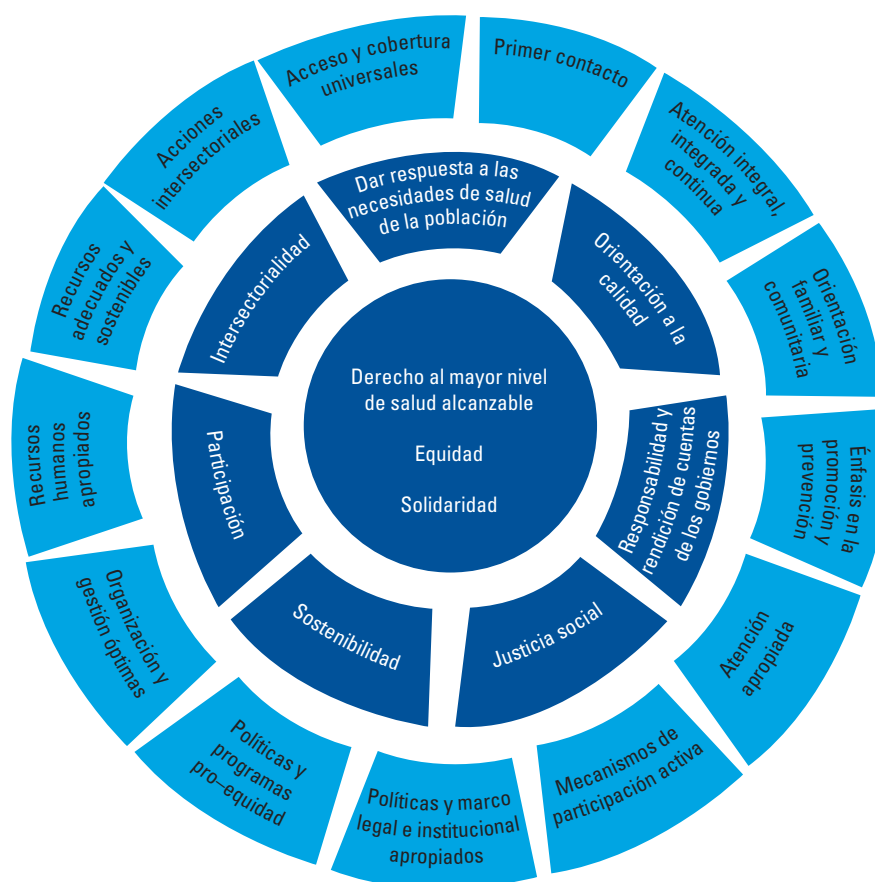
ponibles. Especifica además una serie de elementos organizativos y funcionales que pueden ser evaluados, y que constituyen un enfoque coherente y lógico para basar firmemente los sistemas de salud en la estrategia de la atención primaria. La renovación de la atención primaria se orienta a dirigir la transformación de los sistemas de salud de modo que estos puedan alcanzar sus objetivos, conservando a la vez la suficiente flexibilidad para modificarse y adaptarse con el transcurso del tiempo, de acuerdo con los nuevos desafíos que afrontan. Reconoce que la atención primaria de salud trasciende la mera prestación de asistencia sanitaria y que el éxito depende de otras funciones de los sistemas de salud y de otros procesos sociales.

En la medida de sus recursos económicos, circunstancias políticas, capacidades administrativas y desarrollo histórico alcanzado por el sector salud, cada país deberá diseñar su propia estrategia para la renovación de la atención primaria de salud. La figura 5 presenta los valores, principios y elementos de un sistema de salud basado en la atención primaria; el cuadro 24 presenta sus definiciones, y el cuadro 25, los elementos esenciales de un sistema de salud basado en la atención primaria.

### El camino a seguir

Una estrategia renovada de la atención primaria de salud deberá incluir los siguientes objetivos: 1) completar la implementación de la atención primaria donde no se haya desarrollado totalmente (agenda de salud inconclusa), garantizando a todos los ciudadanos el acceso universal y el derecho a la salud, y promoviendo activamente la equidad en salud, así como el mejoramiento y una mejor distribución de los indicadores de salud y calidad de vida; 2) fortalecer la estrategia de atención primaria para afrontar los nuevos desafíos, mejorando la satisfacción del

**FIGURA 5. Valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basado en la atención primaria.**



**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. [Documento de posición]. Washington, DC: OPS; 2007.

ciudadano y la comunidad con los servicios de salud y con los proveedores, maximizando la calidad de la atención y la gestión, y fortaleciendo las políticas ambientales y la estructura institucional necesarias para lograr el funcionamiento óptimo de los sistemas de salud, y 3) ubicar la atención primaria de salud en una agenda más amplia de equidad y desarrollo humano, articulando la nueva concepción de la atención primaria con esfuerzos tales como la Declaración del Milenio, para fortalecer los sistemas de salud, promoviendo mejoras sostenibles de la participación comunitaria y la coordinación intersectorial, e invirtiendo en el desarrollo de los recursos humanos. La obtención de un buen resultado significará aprender de las experiencias, impulsar actividades de promoción, y articular las funciones y responsabi-

lidades previstas para los países, las organizaciones internacionales y los grupos de la sociedad civil comprometidos en el proceso de renovación.

Existe un renovado interés en la atención primaria de salud en todo el mundo. Diversas organizaciones han reconocido que el fortalecimiento de los sistemas de salud es una condición indispensable para impulsar el crecimiento económico, aumentar la equidad social, mejorar la salud y proveer los tratamientos para combatir enfermedades devastadoras como el VIH/sida. Sin embargo, aún queda mucho por hacer para persuadir a los actores principales de que la atención primaria de salud es el espacio lógico y apropiado para la colaboración, la inversión y la acción. El momento de actuar es ahora.

**CUADRO 24. Valores y principios básicos de un sistema de salud basado en la atención primaria.**

<b>Valores</b>	<b>Definición</b>
Derecho al nivel de salud más alto posible	Según lo enuncian las constituciones de muchos países, así como diversos tratados internacionales (incluida la Constitución de la Organización Mundial de la Salud), se refiere a los derechos de los ciudadanos y a las responsabilidades de los gobiernos y de otros actores legalmente definidos, y crea las condiciones jurídicas y legales para que los ciudadanos puedan reclamar cuando no se cumplen sus derechos.
Equidad	Se refiere a las diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en los sistemas de servicios sociales y de salud.
Solidaridad	Es el grado en el que la gente de una sociedad se compromete a trabajar junta por el bien común para definir y alcanzar una meta común. En los gobiernos locales y nacionales este valor se manifiesta en la formación de uniones de trabajo voluntario, y en otras formas de participación en la vida cívica.
<b>Principios</b>	
Responder a las necesidades de salud de la población	Significa que los sistemas de salud deben centrarse en las personas de modo tal que puedan satisfacer sus necesidades de la forma más amplia posible. Esto implica que la APS debe atender las necesidades de salud de la población basándose en las evidencias disponibles, al tiempo que promueve el respeto por las preferencias y necesidades de las personas sin considerar su estado socioeconómico, cultural, racial, étnico, de género u otros factores.
Orientación hacia la calidad	Los servicios, además de responder a las necesidades de la población, deben anticiparlas y tratar a todas las personas con dignidad y respeto, al tiempo que aseguran el mejor tratamiento posible de sus problemas de salud. Ello requiere dotar a los profesionales de salud con conocimientos clínicos fundamentados en la evidencia y con los instrumentos necesarios para su actualización continua, así como contar con procedimientos adecuados para evaluar la eficiencia, efectividad y seguridad de las intervenciones preventivas y curativas, asignar los recursos de manera acertada, y disponer de un sistema de incentivos apropiado.
Responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos	Este principio asegura que el gobierno cumpla o sea obligado a cumplir con los derechos sociales, y que los ciudadanos sean protegidos de todo menoscabo de sus derechos. Su realización requiere el desarrollo de políticas y de procedimientos reguladores y legales específicos que permitan a los ciudadanos hacer exigibles sus derechos si no se reúnen las condiciones apropiadas de su aplicación. Este principio debe aplicarse a todas las funciones de los sistemas de salud sin consideración del tipo de proveedor (ya sea público, privado o sin ánimo de lucro). Requiere el seguimiento y mejoramiento continuo del desempeño del sistema de salud, lo que debe hacerse de manera transparente y sujeta al control social.
Justicia social	Las acciones del gobierno deben evaluarse según el grado en que aseguren el bienestar de todos los ciudadanos, particularmente de los grupos más vulnerables.
Sostenibilidad	Requiere el uso de la planeación estratégica y la generación de compromisos duraderos. Las inversiones deben ser suficientes para satisfacer las necesidades actuales de salud de la población, al tiempo que se planifica la satisfacción de los desafíos de la salud del mañana.
Participación	Hace que las personas se involucren en la toma de decisiones sobre la asignación de recursos, en la definición de prioridades y en los procesos que faciliten la rendición de cuentas. La gente debe ser capaz de tomar decisiones en forma libre e informada con miras al mejoramiento de su salud y la de su familia. La participación social en salud es una de las facetas de la participación cívica general que permite que el sistema de salud refleje los valores sociales, y es un medio para el control social de las acciones públicas y privadas que afectan a la sociedad.
Intersectorialidad	Significa que el sector salud debe trabajar a la par de otros sectores y actores para asegurar el alineamiento con las políticas públicas y los programas, procurando maximizar su contribución potencial a la salud y el desarrollo humano.

*Fuente:* Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas [documento de posición]. Washington DC: OPS; 2007.

**CUADRO 25. Elementos esenciales de un sistema de salud basado en la atención primaria.**

Acceso y cobertura universales	El financiamiento y las disposiciones organizativas deben cubrir a toda la población, procurando eliminar las trabas al acceso, reflejar las necesidades, preferencias y cultura locales, proteger a la gente de riesgos económicos, y satisfacer los objetivos de equidad.
Primer contacto	La atención primaria debería funcionar como la principal puerta de entrada al sistema de salud y de servicios sociales para todos los nuevos pacientes, y como el lugar donde la mayoría de sus problemas serán resueltos. Un sistema de salud basado en la atención primaria fortalece este tipo de atención en su funcionamiento como primer nivel de cuidados, aunque algunas de sus funciones se extienden más allá del primer nivel del sistema.
Atención integral, integrada y continuada a lo largo del tiempo	La gama de servicios disponibles debe ser adecuada para proporcionar e integrar promoción de la salud, prevención, diagnóstico temprano, cuidados curativos, paliativos y de rehabilitación, así como apoyo para que los pacientes puedan manejarse por sí solos.
Orientación familiar y comunitaria	La atención primaria tiene un enfoque de la salud pública que utiliza la información de la comunidad y de la familia para evaluar los riesgos y asignar prioridad a las intervenciones. La familia y la comunidad constituyen el primer escalón del planeamiento y las intervenciones.
Énfasis en la prevención y en la promoción	La atención primaria tiene que ver con la promoción de la salud, con la salud pública y con los enfoques regulatorios y de políticas, con las finalidades de mejorar las condiciones y seguridad del trabajo, reducir los riesgos ambientales y coordinar con otros sectores la promoción de la salud basada en el conjunto de la población.
Atención apropiada	Un sistema de salud basado en la atención primaria no está centrado en la atención del órgano o de la enfermedad, sino que sus actividades apuntan a la persona en su integridad a lo largo de todo su ciclo vital. Procura asegurar que las intervenciones sean pertinentes, eficaces, eficientes y seguras, y que estén basadas en las mejores pruebas clínicas disponibles.
Mecanismos activos de participación	Se deben garantizar la transparencia y las responsabilidades en todos los niveles, incluso facultando a las personas para que manejen mejor su propia salud y estimulando a las comunidades a convertirse en coparticipantes activos en cuanto a fijar las prioridades de salud, así como en la gestión, la evaluación y la regulación.
Marco legal, político e institucional sólido	Parte de la función rectora del sistema de salud consiste en identificar, facultar y coordinar a los actores, así como las acciones, procedimientos y sistemas jurídicos y de financiamiento que posibiliten a la APS cumplir con sus funciones específicas en forma transparente, sujeta al control de la sociedad y libre de corrupción.
Políticas y programas que favorezcan la equidad	Actividades que mejoren los efectos negativos de las inequidades sociales sobre la salud y que aseguren que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto. Deberán incorporar dimensiones de equidad tanto horizontales como verticales.
Organización y administración óptimas	Prácticas que posibiliten que la innovación mejore constantemente la organización y el suministro de cuidados seguros, los cuales han de cumplir con los niveles de calidad previstos, brindar condiciones laborales satisfactorias a los trabajadores de la salud y responder flexiblemente a las necesidades de la gente.
Recursos humanos adecuados	Tanto los proveedores como los trabajadores comunitarios, los administradores y el personal auxiliar han de poseer la combinación adecuada de habilidades y conocimientos; además deberán poder contar con un ambiente de trabajo productivo, una formación que maximice los equipos interdisciplinarios, e incentivos para tratar a la gente con dignidad y respeto. Todo ello requiere planeamiento estratégico, inversiones de largo plazo y coordinación entre las políticas nacionales e internacionales de recursos humanos.
Recursos materiales adecuados y sustentables	Los niveles de recursos deben ser suficientes para brindar cobertura y acceso universales, a partir de lo que determinen los mejores datos y análisis disponibles de la situación de salud.
Acciones intersectoriales	La atención primaria, el sistema de salud y otros sectores deberán trabajar en conjunto para promover la salud y el desarrollo humano encarando los factores determinantes de la salud de la población mediante la vinculación con el sistema de educación pública, los lugares de trabajo, los programas de desarrollo económico y urbano, los de desarrollo y comercialización agropecuarios, los de provisión de agua potable y servicios cloacales, etcétera.

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud, Fortalecimiento de Sistemas de Salud, Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud.

## Referencias

1. Dye TR. *Understanding Public Policy*. 9th edition. Upper Saddle River: Prentice Hall; 1998.
2. Lasswell H. *Politics: Who Gets What, When, How*. New York: Meridian Books; 1958.
3. Sojo C, Pérez Sainz, JP. Reinventar lo social en América Latina. En: *Desarrollo social en América Latina: temas y desafíos para las políticas públicas*. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2002.
4. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS; 2000.
5. Organización Panamericana de la Salud. *La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington, DC: OPS; 2002 (Publicación científica y técnica No. 589).
6. Esping-Andersen G. *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton: Princeton University Press; 1990.
7. Organización Panamericana de la Salud; Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional. *Serie Extensión de la Protección Social en Salud. Vol. 1: Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*. Washington, DC: OPS; 2003.
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Montevideo: CEPAL; 2006.
9. Mesa-Lago C. *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. Santiago de Chile: CEPAL; 2005.
10. Medici A. *Las reformas incompletas de salud en América Latina: algunos elementos de su economía política. Bienestar y Política Social*. 2006;2(1)1–26.
11. Comisión Interamericana de la Seguridad Social. *Reformas de los esquemas de la seguridad social. Informe de la seguridad social en América Latina 2004*.
12. Fleury S. ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia. En: Molina C, Núñez J, eds. *Servicios de salud en América Latina y Asia*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2001. Pág. 3–39.
13. Organización Panamericana de la Salud; Organización Internacional del Trabajo. *Iniciativa conjunta de la OIT y la OPS sobre extensión de la protección social en salud*. Washington, DC: OPS/OIT; 2005.
14. Organización Panamericana de la Salud; Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional. *Guía metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud*. Washington, DC: OPS; 2001.
15. Organización Mundial de la Salud. *Asamblea Mundial de la Salud, Resolución WHA58.33*. Ginebra: OMS; 2005.
16. Organización Panamericana de la Salud. *26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, Resolución CSP 26.R19*. Washington, DC: OPS; 2002.
17. Pan American Health Organization. *Major trends in health legislation in the English-speaking Caribbean 2001–2005*. Washington, DC: OPS; 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/English/DPM/SHD/HP/health-legislation-trends.htm>.
18. Pan American Health Organization. *Major trends in health legislation in Canada 2001–2005*. Washington, DC: PAHO; 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/English/DPM/SHD/HP/health-legislation-trends.htm>.
19. Pan American Health Organization. *Major trends in health legislation in the United States of America 2001–2005*. Washington, DC: PAHO; 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/English/DPM/SHD/HP/health-legislation-trends.htm>.
20. Joint Learning Initiative. *Human resources for health: overcoming the crisis*. Cambridge: Harvard University Press; 2004.
21. Anand S, Baernighausen T. *Human resources and health outcomes*. *Lancet*. 2004; 364(9445):1603–9.
22. Organización Panamericana de la Salud. *Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector de la salud*. (CD43/9). XLIII Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS; 2001. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd43\\_09-s.pdf](http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd43_09-s.pdf).
23. Organización Panamericana de la Salud. *Observatorio de Recursos Humanos en Salud*. (CD45/9). XLV Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS; 2004.
24. Macinko J, Guanais F, Marinho de Souza MF. *Evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990–2002*. *J. Epidemiol. Community Health*. 2006;60:13–19.
25. Organización Panamericana de la Salud. *Llamado a la acción de Toronto, 2006–2015. Hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas*. VII Reunión Regional del Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Washington, DC: OPS; 2005.
26. Organización Panamericana de la Salud. *Consulta regional sobre recursos humanos en salud: desafíos críticos. Reunión regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Desafíos críticos para una década de recursos humanos en salud en las Américas. Toronto, Canadá, 4–7 de octubre de 2005*. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/esp/consultas.html>.
27. Mullan F. *The metrics of the physician brain drain*. *N Engl J Med*. 2005;353: 1810–18.
28. Chen LC, Boufford JI. *Fatal flows: Doctors on the move*. *N Engl J Med*. Oct 2005;353(17):1850–52.
29. Pautassi LC. *Equidad de género y calidad en el empleo: Las trabajadoras y los trabajadores en salud en la Argentina*. Santiago de Chile: CEPAL; 2001. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/esp/pdfs/lcl1506e.pdf>.

30. Standing H, Baume E. Equity, equal opportunities, gender and organization performance. Workshop on Global Health Workforce Strategy, Annecy, France, 9–12 December 2000. Geneva: WHO; 2001. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/eng/pdfs/equity%20gender.pdf>.
31. Pan American Health Organization. Human resources for health in the Americas: strengthening the foundation. Washington, DC: PAHO; 2006.
32. Nogueira R, Passos, Santana J. Paranaguá 2003. Human resource management and public sector reforms: trends and origins of a new approach. Texto para discusión. Brasilia; 2002.
33. Organización Panamericana de la Salud. Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud 2005–2015. Washington, DC: OPS; 2006.
34. Cherchiglia M. Terceirização nos serviços de saúde: Alguns aspectos conceptuais, legais e pragmáticos. En: Lima JC, Santana JP (organizadores). Especialização em desenvolvimento de recursos humanos em saúde, CADRHU. Natal: OPS/OMS; 1999. Pág. 367–385.
35. Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Situação de vínculo do trabalho nas secretarias estaduais de saúde, Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. CONASS; 1999.
36. Arroyo J. Sobre las transiciones y contra-transiciones en el desarrollo de capacidades en el campo de recursos humanos en salud. Seminario regional de responsables de políticas de recursos humanos en la Región de las Américas. Construyendo capacidad institucional para el desarrollo de políticas de recursos humanos. Reunión de Consulta Regional del documento de trabajo de la OMS. Varadero, Cuba, 7–11 de octubre de 2002.
37. Rigoli F, Rocha C, Foster A. Critical challenges for human resources in health: a regional view. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Jan/Feb 2006;14(1):7–16. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/en\\_v14n1a02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/en_v14n1a02.pdf).
38. Scavino J. Panorama de organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en las Américas. Serie Desarrollo de Recursos Humanos 35. Washington, DC: OPS; 2004. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/esp/publicaciones.html>.
39. Davini MC, Nervi L, Roschke MA. Capacitación del personal de los servicios de salud, proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial. Serie Observatorio N° 3. 2002. Disponible en: [http://observatorio\\_rh.tripod.com/observatorio-rh/id10.html](http://observatorio_rh.tripod.com/observatorio-rh/id10.html).
40. Organización Panamericana de la Salud. El servicio social de medicina en América Latina. Situación actual y perspectivas. Informe de taller regional. Washington, DC: OPS; 1997.
41. Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos metodológicos para el análisis sectorial en salud: una herramienta para la formulación de políticas. Serie Iniciativa Regional de Reforma del Sector salud en América Latina y el Caribe, Edición especial N° 9. Washington, DC: OPS; 2004. Disponible en: <http://www.lachealthsys.org/documents/lineamientosmetodologicosanalisissectorialensaludunaherramientaparalaformulacion-ES.pdf>.
42. World Health Organization. WHO's Health System Strengthening Strategy. Geneva: WHO; 2006.
43. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. Health Policy. 1997 Jul;41(1):1–36.
44. Brazil, Oswaldo Cruz Foundation; Ministry of Health. Report of the Workshop On Health Systems Performance: the World Health Report 2000. Rio de Janeiro, 14–15 December 2000.
45. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de las reformas del sector salud en la subregión de Centroamérica y la República Dominicana, 2ª edición. Washington, DC: OPS; 2002. Disponible en: [http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com\\_content&task=view&id=55&Itemid=30](http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=55&Itemid=30).
46. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de las reformas del sector salud en los países de la Región Andina. Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Edición especial N° 11. Washington, DC: OPS; 2002. Disponible en: [http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com\\_content&task=view&id=57&Itemid=30](http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=57&Itemid=30).
47. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de las reformas del sector salud en los países de la sub-región del Caribe inglés. Washington, DC: OPS; 2002. Disponible en: [http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com\\_content&task=view&id=56&Itemid=30](http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=56&Itemid=30).
48. Roses M. Steering Role of the Ministries of Health: Challenges for the 21st Century. Keynote address at the Hospital Governance Workshop for Ministers of Health and Permanent Secretaries of the Organization of Eastern Caribbean States, Bridgetown, Barbados, November 5–6, 2003.
49. Pan American Health Organization. Analysis of health sector reform: region of the Americas. Latin America and Caribbean Health Sector Reform Initiative Series No. 12. Washington, DC: PAHO; 2004. Disponible en: [http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com\\_content&task=view&id=54&Itemid=30](http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=54&Itemid=30).
50. World Health Organization. Report on the WHO meeting of experts on the stewardship function of health systems. Meeting on the stewardship function in health systems. (HFS/FAR/STW/00.1). Geneva, Switzerland, 10–11 September 2001.
51. Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. Towards better stewardship: concepts and critical issues. Geneva: WHO; 2002. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>.
52. Organización Panamericana de la Salud. La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial.

- XL Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, Resolución CD40.R12 I. Washington, DC: OPS; 1997.
53. Saltman RB, Ferroussier-Davis O. The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78:732–39.
  54. Correa JL. Proyecto de autoridad sanitaria. Comunidad virtual de gobernabilidad y liderazgo. Disponible en: <http://www.gobernabilidad.cl/modules.php?name=News&file=article&sid=441>.
  55. Organización Panamericana de la Salud. Marco conceptual e instrumento metodológico. Función rectora de la autoridad sanitaria nacional: desempeño y fortalecimiento. Edición especial N° 17. Washington, DC: OPS; 2006. Disponible en: [http://www.lachealthsys.org/documents/433-funcion\\_rectoradelaautoridadsanitarianacionaldesempenoy\\_fortalecimiento-ES.pdf](http://www.lachealthsys.org/documents/433-funcion_rectoradelaautoridadsanitarianacionaldesempenoy_fortalecimiento-ES.pdf).
  56. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo de la capacidad de conducción sectorial en salud. Una propuesta operacional. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud N° 6. Washington, DC: OPS; 1998. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/articulos/2/10/05122000.pdf>.
  57. Organización Panamericana de la Salud. La función rectora de la autoridad sanitaria nacional en acción: lecciones aprendidas. Serie Iniciativa Regional de Reforma del Sector salud en América Latina y el Caribe, Edición especial N° 18. Washington, DC: OPS; 2007. Disponible en: [http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com\\_content&task=view&id=101&Itemid=54](http://www.lachealthsys.org/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=101&Itemid=54).
  58. Organización Panamericana de la Salud. Funciones esenciales de salud pública. XLII Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, Resolución CD42.R14. Washington, DC: OPS; 2000.
  59. Costa Rica, Ministerio de Salud. Análisis sectorial de salud de Costa Rica. San José: MINSA, 2002. Disponible en: [http://www.lachealthsys.org/documents/analisissectorialdesalud\\_decostaricapartei-ES.pdf](http://www.lachealthsys.org/documents/analisissectorialdesalud_decostaricapartei-ES.pdf).
  60. lark M. Health sector reform in Costa Rica: Reinforcing a public system. Washington, DC; 2002.
  61. Institute of Medicine. Guidance for the national healthcare disparities report. Washington, DC: National Academy Press; 2002.
  62. Aday LA. At risk in America: the health and health care needs of vulnerable populations in the United States. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons Inc.; 2001.
  63. Institute of Medicine. Care without coverage: too little, too late. Washington, DC: National Academy Press; 2002.
  64. Organización Panamericana de la Salud. Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Informe final. Vol 1. (THS/OS/04/1). Washington, DC: OPS; 2003.
  65. México, Secretaría de Salud. Nota de prensa N° 2006–103 de febrero de 2006. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx>
  66. Organização Pan-Americana da Saúde. Estudo regional sobre a assistência hospitalar e ambulatorial especializada na América Latina e Caribe. (THS/OS/04/2). Washington, DC: OPS; 2004.
  67. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment. Vol. II. The criteria and standards of quality. Ann Arbor: Health Administration Press; 1982.
  68. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44: 166–203; 1966.
  69. Donabedian A. The criteria and standards of quality. Ann Arbor: Health Administration Press; 1982.
  70. Institute of Medicine. Envisioning the national health care quality report. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
  71. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
  72. Pan American Health Organization. Analysis of health sector reform: region of the Americas. Latin America and Caribbean Health Sector Reform Initiative Series No. 12. Washington, DC: PAHO; 2004.
  73. European Observatory on Health Systems and Policies. Glossary. Disponible en: <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage>. Acceso el 3 de junio de 2006.
  74. National Assembly of School Based Health Care. Disponible en: <http://www.nasbhc.org/>. Acceso el 6 de septiembre de 2006.
  75. Torre Montejo E. Salud para todos es posible. 1ª edición. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública; 2005. Disponible en: [http://www.undp.org/cu/pub\\_otros.html](http://www.undp.org/cu/pub_otros.html). Acceso el 6 de septiembre de 2006.
  76. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20 Sup 2:S331–S336.
  77. EsSalud. Atención integral en salud: implementación de la atención integral en salud en el policlínico Hermana María Donrose Suttmoller. Lima: EsSalud; 2004.
  78. Rosero-Bixby L. Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Rev Panam Salud Pública*. 2004;15(2): 94–103.
  79. Rosero-Bixby L. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: A GIS-based study. *Soc Sci Med*. 2004;58: 1271–84.
  80. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5th edition. New York: Oxford University Press; 2001.
  81. México, Secretaría de Salud. Disponible en: [http://www.salud.gob.mx:8080/JSPCenetec/web\\_consulta/html/institucion/terminos.html](http://www.salud.gob.mx:8080/JSPCenetec/web_consulta/html/institucion/terminos.html).

82. Milen A. What do we know about capacity building? An overview of existing knowledge and good practice. Geneva: WHO; 2001. Disponible en: [http://www.unescobkk.org/fileadmin/user\\_upload/aims/capacity\\_building.pdf](http://www.unescobkk.org/fileadmin/user_upload/aims/capacity_building.pdf). Acceso el 6 septiembre 2006.
83. Institute of Medicine. Performance measurement: accelerating improvement. Washington, DC: National Academy Press; 2006.
84. World Health Organization. Issues in health information 3. Integrating equity into health information systems. Inédito. 2006. Disponible en: [http://www.who.int/entity/health\\_metrics/library/issue\\_3\\_05apr.doc](http://www.who.int/entity/health_metrics/library/issue_3_05apr.doc). Acceso el 8 de septiembre de 2006.
85. Hermida J. Asegurando la calidad en salud: estrategias claves y tendencias en América Latina. [Presentación]. Antigua (Guatemala): OPS; 2004.
86. World Organization of Family Doctors. Rural information technology exchange. Using information technology to improve rural health care. Disponible en: [http://www.globalfamilydoctor.com/aboutWonca/working\\_groups/write/itpolicy/ITPoli.htm](http://www.globalfamilydoctor.com/aboutWonca/working_groups/write/itpolicy/ITPoli.htm). Acceso el 6 de septiembre de 2006.
87. Tobar F. Políticas para mejorar el acceso a los medicamentos. Bol Färm. julio 2002;5(3). Sección Ventana Abierta.
88. República del Ecuador. (2000) Ley de Producción, Importación, Comercialización y Expendio de Medicamentos Genéricos de Uso Humano. Registro oficial 59. 17 de abril de 2000.
89. Organización Panamericana de la Salud; Centro de Políticas Farmacéuticas; Escuela Nacional de Salud Pública. Situación farmacéutica en América Latina y el Caribe 2003. Estructura y procesos. Rio de Janeiro, NAF/ENSP; 2006.
90. IMS Health. Latin America: overcoming economic challenges. Disponible en: [http://www.imshealth.com/web/content/0,3148,64576068\\_63872702\\_70260998\\_71226846,00.html](http://www.imshealth.com/web/content/0,3148,64576068_63872702_70260998_71226846,00.html).
91. IMS Health. Global Pharmaceutical Perspectives 2005. Total Market Estimates and Global Pharma Forecasts. 2005.
92. Organización Panamericana de la Salud, Centro de Políticas Farmacéuticas, Escuela Nacional de Salud Pública. Situación farmacéutica en América Latina y el Caribe 2003. Estructura y procesos. Rio de Janeiro: NAF/ENSP; 2006.
93. Tobar F. Mitos sobre los medicamentos en Argentina: una mirada económica. Bol Färm. enero 2006;9(1).
94. Unión Industrial Argentina Cadena Farmacéutica. Quinto Foro Federal de la Industria Región Pampeana. Jornada de trabajo. 26–27 de mayo de 2006.
95. Frenkel J. O mercado farmacêutico brasileiro: a sua evolução recente, mercados e preços. Campinas: Instituto de Economia da Unicamp; 1999.
96. Argentina, Ministerio de Salud y Ambiente. La industria de medicamentos en Argentina: un análisis de la producción, el consumo y el intercambio comercial. Diagnóstico y perspectivas. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente; 2006.
97. Asociación de Laboratorios Nacionales. La industria de medicamentos en Uruguay, 2006.
98. Consorcio Care Ecuador; Bloomberg School of Public Health de Johns Hopkins University. Evaluación de la situación actual de la utilización y disponibilidad de medicamentos, con recomendaciones para conseguir una repartición más efectiva (Revisión Final, Subproducto 6.4.) Quito: Proyecto Modersa; 2006. Informe inédito.
99. Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Programa de Comparación Internacional. Primeros resultados del Programa de Comparación Internacional en América del Sur. Consumo de los hogares en 2005. Disponible en: [http://site.resources.worldbank.org/ICPINT/Resources/PCI\\_spn\\_28j\\_unho06.pdf](http://site.resources.worldbank.org/ICPINT/Resources/PCI_spn_28j_unho06.pdf).
100. World Health Organization. Medicines strategy: countries at the core 2004–2007. Geneva: WHO; 2004. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_EDM\\_2004.5.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.5.pdf).
101. Hale and healthy. The Economist. 14 April 2005. pp. 69–70.
102. Inter-American Development Bank. Sustaining development for all: expanding access to economic activity and social services. Washington, DC: IDB; 2006. Pág. 157–158.
103. Centro de Informaciones y Estudios del Uruguay. El impacto de las políticas de medicamentos genéricos sobre el mercado de medicamentos en tres países del MERCOSUR. (CEALCI 07/05). Montevideo: CIESU; 2005.
104. Miranda Montero JJ. El mercado de medicamentos en el Perú. ¿libre o regulado? Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2004. Pág. 21.
105. Falbo R. Estudio sobre el gasto en medicamentos en Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente; 2003.
106. Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de Salud, Resolución WHA54.11. Ginebra: OMS; 2001. Disponible en: [http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_isapi.dll?info base=wharec-e&softpage=Browse\\_Frame\\_Pg42](http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?info base=wharec-e&softpage=Browse_Frame_Pg42). Acceso el 8 de febrero de 2007.
107. Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de Salud, Resolución WHA55.14. Ginebra: OMS; 2002. Disponible en: [http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_isapi.dll?infobase=WHA&jump=WHA55.14&softpage=Browse\\_Frame\\_Pg42#JUMPDEST\\_WHA55.14](http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=WHA&jump=WHA55.14&softpage=Browse_Frame_Pg42#JUMPDEST_WHA55.14). Acceso el 8 de febrero de 2007.
108. Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de Salud, Resolución WHA56.27. Ginebra: OMS; 2003. Disponible en: [http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_isapi.dll?info base=wharec-e&softpage=Browse\\_Frame\\_Pg42](http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?info base=wharec-e&softpage=Browse_Frame_Pg42). Acceso el 8 de febrero de 2007.
109. Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de Salud, Resolución WHA57.14. Ginebra: OMS; 2004. Dispo-



- nible en: [http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_isapi.dll?info base=wharec-e&softpage=Browse\\_Frame\\_Pg42](http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?info base=wharec-e&softpage=Browse_Frame_Pg42). Acceso el 8 de febrero de 2007.
110. Organización Panamericana de la Salud, Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud. Estudio de utilización de antibióticos en hogares de Nicaragua y Honduras. [Extraído del informe]. Washington, DC: OPS; 2006.
  111. Organización Panamericana de la Salud. Atención farmacéutica en pacientes con hipertensión arterial. Foro Farmacéutico de las Américas. [Presentación en PowerPoint]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/FFA-proyecto-2004.pdf>. Acceso el 8 de febrero de 2007.
  112. Pan American Health Organization. Organization, development, quality control and radiation protection in radiological services—imaging and radiation therapy. Washington, DC: PAHO; 1997.
  113. Jiménez P, Borrás C, Fleitas I. Accreditation of diagnostic imaging services in developing countries. *Rev Panam Salud Pública*. 2006;20(2/3):104–12.
  114. Hayes JC. Teleradiology: New players, high stakes create capital opportunity. *Diagnostic Imaging Journal*. November 2006:66–81.
  115. World Health Organization. Efficacy and radiation safety in interventional radiology. Chapter 1. Geneva: WHO; 2000.
  116. Feig SA. Screening mammography: a successful public health initiative. *Rev Panam Salud Pública*. 2006;20(2/3): 125–33.
  117. United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation. Sources and effects of ionizing radiation. UNSCEAR 2000 report to the General Assembly, with scientific annexes. Vienna: UNSCEAR; 2000.
  118. Fleitas I, Caspani CC, Borrás C, Plazas MC, Miranda AA, Brandan ME, et al. La calidad de los servicios de radiología en cinco países latinoamericanos. *Rev Panam Salud Pública*. 2006;20(2/3):113–24.
  119. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la salud en las Américas. Indicadores básicos. Washington, DC: OPS, 2006.
  120. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World population prospects. The 2004 revision. New York: United Nations; 2005.
  121. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control del cáncer. Asamblea Mundial de la Salud, Resolución WHA58.22. Ginebra: OMS; 2005.
  122. International Atomic Energy Agency, Directory of Radiotherapy Centers. Disponible en: <http://www.naweb.iaea.org/nahu/dirac/default.shtm>. Acceso el 1 de diciembre de 2006.
  123. Castellanos ME. Las nuevas tecnologías: necesidades y retos en radioterapia en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*. 2006;20(2/3):143–50.
  124. International Agency for Research on Cancer. Disponible en: <http://www.iarc.fr/index.html>. Acceso el 1 de diciembre de 2006.
  125. World Bank. Proceedings: International Forum for Promoting Safe and Affordable Medical Technology in Developing Countries. Washington, DC; 2003.
  126. Food and Agriculture Organization of the United Nations; International Atomic Energy Agency; International Labor Organization, Nuclear Energy Agency of the Organisation for Economic Co-operation and Development; Pan American Health Organization; World Health Organization. International basic safety standards for protection against ionizing radiation and for the safety of radiation sources. (Safety series 115). Vienna: IAEA; 1997.
  127. Organización Panamericana de la Salud. XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, Resolución CSP24.R9. Washington DC: OPS; 1994. Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/ftcsp\\_24.htm](http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/ftcsp_24.htm). Acceso el 1 de diciembre de 2006.
  128. International Atomic Energy Agency. International action plan for the radiological protection of patients. Disponible en: <http://www-ns.iaea.org/downloads/rw/radiation-safety/PatientProtActionPlangov2002-36gc46-12.pdf>. Acceso el 1 de diciembre de 2006.
  129. Borrás C. Overexposure of radiation therapy patients in Panama: problem recognition and follow-up measures. *Rev Panam Salud Pública*. 2006; 20(2/3); 173–87.
  130. International Atomic Energy Agency. Accidental overexposure of radiotherapy patients in San Jose, Costa Rica. Vienna: IAEA; 1998.
  131. International Atomic Energy Agency. The radiological accident in Goiania. Vienna: IAEA; 1988.
  132. Skvarca J, Aguirre A. Normas y estándares aplicables a los campos electromagnéticos de radiofrecuencias en América Latina: guía para los límites de exposición y los protocolos de medición. *Rev Panam Salud Pública*. 2006; 20(2/3): 205–212.
  133. Naciones Unidas, Unión Internacional de Telecomunicaciones. Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información. Ginebra 2003 y Túnez 2005. Disponible en: <http://www.itu.int>. Acceso el 13 de diciembre de 2006.
  134. Consejo Europeo para la Investigación Nuclear. El Papel de la Ciencia en la Sociedad de la Información [conferencia]. Ginebra, 8–9 de diciembre de 2003. Disponible en: <http://rsis.web.cern.ch/rsis/00Themes/01Health/Health.html>. Acceso 13 de diciembre de 2006.
  135. Declaración de El Salvador. Compromiso con la equidad. Noveno Congreso Mundial de Información en Salud y Bibliotecas. Salvador da Bahía, Brasil, 20–23 de septiembre de 2005. Disponible en: <http://www.icml9.org/channel.php?lang=es&channel=87&content=434UTH>. Acceso 13 de diciembre de 2006.
  136. Declaración de El Salvador sobre “acceso abierto”: la perspectiva del mundo en desarrollo. Noveno Congreso Mundial de Información en Salud y Bibliotecas. Cuarta Reunión de

- Coordinación de la BVS. Salvador da Bahía, Brasil, 20–23 de septiembre de 2005. Disponible en: <http://www.icml9.org/channel.php?lang=es&channel=87&content=437>. Acceso el 13 de diciembre de 2006.
137. Organización Mundial de la Salud. Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud. Informe a la Secretaría. (EB115/30). 17 de enero de 2005. Disponible en: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB115/B115\\_30-sp.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_30-sp.pdf). Acceso el 13 de diciembre de 2006.
  138. Krleža-Jeric K, Chan A, Dickersin K, Sim I, Grimshaw J, Gluud C. Principios del registro internacional de protocolos y resultados de ensayos clínicos a base de intervenciones de salud en seres humanos: Declaración de Ottawa (parte 1). *Rev Panam Salud Pública*. 2006; 19(6):413–16.
  139. Cuervo LG, Valdés A, Clark ML. El registro internacional de ensayos clínicos. *Rev Panam Salud Pública* 2006;19(6): 363–70. Disponible en: [http://www.revista.paho.org/?a\\_ID=510](http://www.revista.paho.org/?a_ID=510).
  140. Organización Mundial de la Salud. Registros internacionales de ensayos clínicos. Disponible en: <http://www.who.int/ictrp/es/index.html>. Acceso el 13 de diciembre de 2006.
  141. Hanney SR, Gonzalez-Block MA, Buxton MJ, Kogan M. The utilization of health research in policy making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems*. 2003;1:2.
  142. Infante A, de Mata I, López-Acuña A. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: Situación y tendencias. *Rev Panam Salud Pública*. 2000;8(1/2):13–20.
  143. Londoño J, Szekely M. Persistent poverty and excess inequality: Latin America 1970–1995. *J Appl Econ*. 2000;3(1): 93–134.
  144. Szekely M. The 1990s in Latin America: another decade of persistent inequality, but with somewhat lower poverty. Working Paper 454. Washington, DC: IDB; 2001.
  145. Almeida-Filho N, Kawachi I, Filho AP, Dachs JN. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971–2000) and descriptive content analysis (1971–1995). *Am J Public Health*. 2003;93(12): 2037–43.
  146. Schneider MC, Castillo-Salgado C, Loyola-Elizondo E, Bacallao J, Mujica OJ, Vidaurre M, et al. Trends in infant mortality inequalities in the Americas: 1955–1995. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56(7):538–41.
  147. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2002.
  148. Iyer S, Monteiro MF. The risk of child and adolescent mortality among vulnerable populations in Rio de Janeiro, Brazil. *J Biosoc Sci*. 2004;36(5):523–46.
  149. Vega J, Dieter Holstein R, Delgado I, Perez J, Carrasco S, Marshall G, et al. Chile: socioeconomic differentials and mortality in a middle-income nation. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
  150. Barraza-Llorens M, Bertozzi S, González-Pier E, Gutiérrez JP. Addressing inequity in health and health care in Mexico. *Health Aff*. 2002;21(3):47–56.
  151. Politzer RM, Yoon J, Shi L, Hughes RG, Regan J, Gaston MH. Inequality in America: the contribution of health centers in reducing and eliminating disparities in access to care. *Med Care Res Rev*. 2001;58(2):234–48.
  152. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet* 2004; 364(9441): 1273–80.
  153. Gilson L, Kalyalya D, Kuchler F, Lake S, Oranga H, Ouendo M. The equity impacts of community financing activities in three African countries. *Int J Health Plann Manage*. 2000; 15(4):291–317.
  154. Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care: necessary, but not enough by itself. *Equinet Newsletter*. 2004; 42.
  155. Giraldo JFO, Palacio DH, García LEF. Resource distribution for the Basic Care Plan with equity approach, Bogotá 2002. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(5):640–43.
  156. Morris SS, Olinto P, Flores R, Nilson EA, Figueiro AC. Conditional cash transfers are associated with a small reduction in the rate of weight gain of preschool children in northeast Brazil. *J Nutr*. 2004;134(9):2336–41.
  157. Atiku J. Fertility reduction programmes should accompany land reforms. *Afr Women Health*. 1994;2(3):16–20.
  158. Macinko J, Starfield B. Annotated bibliography on equity in health, 1980–2001. *Int J Equity Health*. 2002;1(1):1.

# Capítulo 5

## SALUD Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL

**E**l compromiso mundial de trabajar por un mundo de mayor equidad social y sin pobreza es la fuerza motriz de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y a su vez orienta y dirige la agenda de la cooperación internacional. La ayuda al desarrollo, las alianzas público-privadas, la cooperación técnica entre países y las iniciativas de integración subregional son distintas formas de expresión de la cooperación internacional en las Américas.

La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), que abarca los préstamos y donaciones de los países desarrollados destinados al bienestar y desarrollo económico de los países en vías de desarrollo, se ha incrementado hacia el África Subsahariana y el Sudeste Asiático (que representaron dos tercios de toda la AOD en 2005), y ha disminuido proporcionalmente hacia América Latina y el Caribe (que recibió menos de 10% de toda la AOD en 2005). El volumen de ayuda per cápita hace aún más visibles las diferencias: en 2004, la AOD per cápita hacia África fue de US\$ 34, mientras que para América Latina y el Caribe fue de US\$ 13. El flujo de ayuda hacia los distintos países se basa en la clasificación mundial de las economías: los países de ingresos bajos y de ingresos medios bajos reciben más AOD. En general, la proporción de la AOD que se destina a la salud (atención primaria, prevención y control de enfermedades, planificación familiar, infraestructura, administración y gestión del sector salud) ha aumentado. La región de América Latina y el Caribe recibió 17% del total de la AOD destinada a la salud entre 2002 y 2004 (US\$ 402,6 millones), y las agencias bilaterales proporcionan tres cuartas partes de la misma, fundamentalmente para el combate contra las infecciones de transmisión sexual y para la implementación de políticas relacionadas con la salud, la población y la atención primaria de salud. Una parte importante de la asistencia multilateral para la ayuda en salud en América Latina y el Caribe vino de los bancos de desarrollo (el Banco Mundial, el Banco Interamericano de

Desarrollo, la Corporación Andina de Fomento, el Banco de Desarrollo del Caribe y el Banco Centroamericano de Integración Económica). Las fundaciones filantrópicas y las organizaciones no gubernamentales (ONG) contribuyeron con otra significativa parte de la ayuda en salud hacia la región. La AOD debería, de forma ideal, atender las prioridades en salud con base en el indicador de la carga global de enfermedad, que representa una estimación de la magnitud de las enfermedades, lesiones y factores de riesgo medida a través de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). El objetivo debería ser que la ayuda oficial en salud sea consistente con las prioridades en salud de los países. Sin embargo, en América Latina y el Caribe, la relación entre la carga de enfermedad y los fondos adjudicados muestra discrepancias. Por ejemplo, mientras que las enfermedades no transmisibles representan 60% de la carga de enfermedad, estas enfermedades reciben solamente 27% de la AOD destinada a la salud.

Las alianzas público-privadas, una nueva forma de cooperación en salud que involucra a múltiples actores, han crecido notoriamente en la última década. El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, cuya junta directiva está integrada por representantes de los países receptores, donantes, ONG, empresas, fundaciones, organizaciones internacionales y de las comunidades afectadas, ha constituido desde su creación en 2002 una de las más importantes fuentes financieras de la ayuda en salud. El Fondo Mundial ha destinado US\$ 466 millones para América Latina y el Caribe. La Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI) ha recaudado casi US\$ 3.300 millones por concepto de financiación tradicional por parte de gobiernos y donantes privados y ha logrado la inmunización de millones de niños que previamente no tenían acceso a vacunación, y se estima que se habrían evitado más de 1,7 millones de muertes prematuras en todo el mundo gracias al apoyo de GAVI. El Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas, una colaboración de la compañía Merck Sharp & Dohme, de ONG como el Centro Carter, de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y de los países con oncocercosis, entre otros, se propone eliminar la enfermedad como problema de salud pública e interrumpir su transmisión para 2007. Finalmente, un importante objetivo de varias alianzas público-privadas ha sido la cooperación para el control y la mitigación de desastres, para lo que entre 2000 y 2005 fueron movilizados US\$ 21 millones provenientes de diversos donantes.

La cooperación técnica entre países, un proceso horizontal y recíproco en el cual dos o más países trabajan en conjunto para la construcción de capacidades individuales y colectivas a través del intercambio de conocimientos, habilidades, recursos y tecnologías, incluye más de 200 proyectos en salud aprobados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde 1998 en áreas tales como el control de enfermedades, el manejo de riesgos, la salud ambiental, la salud familiar y comunitaria, los servicios de salud, las emergencias y desastres, y la ayuda humanitaria.

Para asegurar la mayor efectividad de la ayuda al desarrollo, se está acentuando la importancia de su “armonización” (los esfuerzos de los donantes por coordinar sus actividades), su “alineamiento” (la coordinación de las prioridades del donante con las prioridades del país receptor, anteponiendo las prioridades de este último) y un proceso de reforma de las Naciones Unidas que se propone la coordinación de las operaciones de varias agencias de la ONU en los países en desarrollo. Una importante iniciativa para abordar los desafíos de la salud en las Américas es la adopción por todos los países de la Región de la Agenda de Salud para las Américas 2008–2017.

Para ampliar sus oportunidades políticas y económicas, los países de las Américas, con historia, cultura y en algunos casos fronteras comunes, se han embarcado en procesos de integración regional. Aun cuando su prioridad es el aspecto comercial, estos procesos han sentado las bases para la cooperación en temas sociales y relacionados con la salud. En el Cono Sur, el principal proceso de integración, el MERCOSUR, está explorando la armonización de las regulaciones en salud. La Comunidad Andina de Naciones cuenta con un mecanismo de integración del sector salud, el Convenio Hipólito Unanue, que fomenta los esfuerzos de los países de forma individual y colectiva para mejorar la salud de sus pueblos. El Sistema de la Integración Centroamericana ha establecido una Alianza para el Desarrollo Sostenible y realiza reuniones periódicas de los ministros de salud conocidas como la RESSCAD, que congregan un amplio espectro de instituciones del sector salud, entre otras de la seguridad social, agua y saneamiento. La Comunidad Caribeña ha establecido una Iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe que prioriza el fortalecimiento de los sistemas de salud y el desarrollo de los recursos humanos y aborda temas relacionados con la salud familiar, alimentación y nutrición y salud ambiental. El Tratado de Libre Comercio de América del Norte entre Canadá, México y los Estados Unidos incluye disposiciones para la cooperación en salud entre los tres países.

## LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO

La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) es una herramienta de creciente importancia en el logro de los ODM (1). El Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) define la AOD como las donaciones no reembolsables y préstamos subvencionados a países y territorios en vías de desarrollo y que integran la lista del CAD de receptores de AOD.

La AOD debe ser proporcionada por el sector oficial del país donante y debe estar orientada a promover el desarrollo económico y bienestar del país beneficiario. En el caso de préstamos, debe

tener un elemento de donación de 25% como mínimo. El Sistema de Informes de Créditos (Credit Report System, CRS) y las estadísticas anuales agregadas del CAD (2) registran y dan seguimiento detallado a las tendencias de la AOD. Ambos sistemas aportan información sobre compromisos y desembolsos de la ayuda dada por los 22 países miembros del CAD<sup>1</sup> y constituyen la principal fuente de información de esta sección. Los países receptores de

<sup>1</sup>Integran el CAD los siguientes países: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, España, Estados Unidos de América, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Italia, Japón, Luxemburgo, Nueva Zelandia, Noruega, Portugal, Suecia, Suiza y Reino Unido.

## Clasificación de la cooperación internacional

No existe una tipología única o de valor universal de la cooperación internacional. La conceptualización de la ayuda al desarrollo está sujeta a las experiencias, antecedentes, intereses y prioridades de los países y organismos actuantes. Las clasificaciones existentes, por ende, más que responder al rigor de una ciencia, reflejan la sistematización empírica de los tipos de cooperación ofrecida y recibida por los países participantes.

Por su origen, la cooperación puede definirse como **bilateral**, cuando se establece mediante acuerdo entre dos países y las respectivas agencias oficiales financieras o técnicas de esos dos países. Las agencias gubernamentales que canalizan recursos hacia países en desarrollo se denominan **agencias bilaterales**. La cooperación es multilateral cuando la relación es entre un país y los **organismos internacionales multilaterales** (bancos de desarrollo, agencias y organismos de las Naciones Unidas, entre otros). La cooperación es **horizontal** (también llamada **Cooperación Técnica entre Países, CTP**) cuando sus actores principales son dos o más países en desarrollo y se refiere a las relaciones bilaterales y multilaterales que implican gobiernos, instituciones, corporaciones, personas y organizaciones no gubernamentales (ONG) de dos o más países en desarrollo. La cooperación es **no gubernamental** en los casos en que los aportes son realizados por ONG, fundaciones filantrópicas u otras instituciones privadas.

*Fuente:* Barreiro F, Berro M, Cruz A. América Latina y la Cooperación Internacional. ICD, Instituto de Comunicación y Desarrollo, Montevideo, 1997.

AOD son aquellos que figuran en la lista de países en desarrollo, la que fue publicada por el CAD por primera vez en 1962, con el fin de establecer un sistema exhaustivo de registro de la AOD y de las restantes contribuciones de los miembros del CAD a los países en desarrollo. El CAD establece que las listas tienen propósitos estadísticos y que no tienen como fin dar directrices sobre distribución geográfica de la ayuda o elegibilidad de los países. Entre 1993 y 2005, la lista del CAD se dividió en dos partes, y en la llamada Parte I de la lista se incluían todos los países y territorios receptores de AOD, que se designaban como países en desarrollo. En 2005 el CAD decidió utilizar una sola lista de receptores de AOD y eliminó la parte II. La lista actual del CAD incorpora cuatro grupos de países que pueden ser receptores de AOD: los países menos desarrollados; los de bajos ingresos; los de ingresos medios bajos, y los de ingresos medios altos. La clasificación se realiza con base en el ingreso nacional bruto (INB) per cápita de los países.

### El esquivo 0,7% del producto nacional bruto

En 2005, la AOD alcanzó la cifra récord de US\$ 106.500 millones, lo cual representó 0,33% del producto nacional bruto (PNB) de los países miembros del CAD, mientras que en 2004 la AOD representó 0,26% del PNB del mismo grupo de países (3). Las proyecciones que pueden realizarse tomando en cuenta los compromisos de ayuda asumidos por los países miembros del CAD indican que en 2010 la AOD alcanzará US\$ 130.000 millones, prácticamente el doble de la suma del año 2000. La AOD representó por ende solamente 0,33% del PNB en 2005 y en 2010 se estima que llegará a 0,35% del PNB de los países miembros del CAD (figura 1).

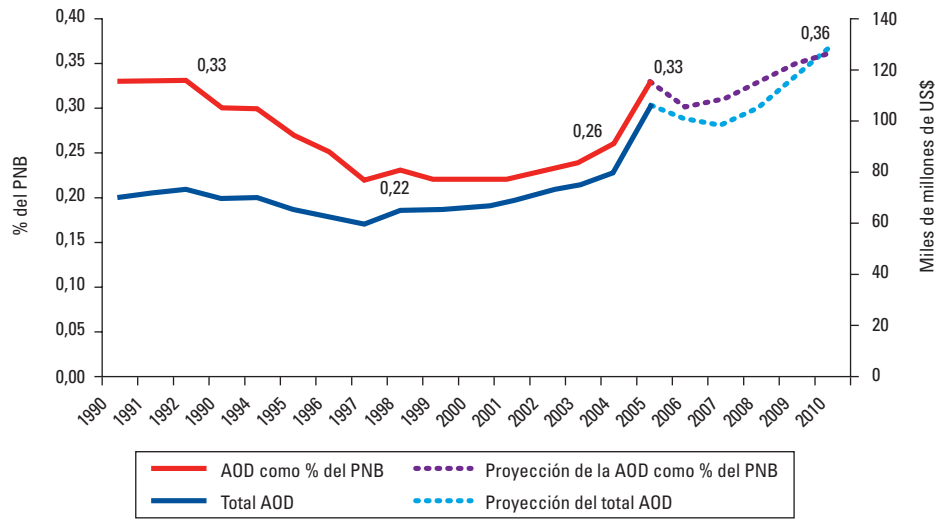
En 1970, la Asamblea General de las Naciones Unidas recomendó a los países desarrollados que aumentaran su asistencia oficial hacia los países en desarrollo y que hicieran “los mayores esfuerzos para alcanzar a mediados del decenio una cantidad neta mínima equivalente al 0,7% de su producto nacional bruto a precios de mercado” (4). La recomendación de que la AOD alcance por lo menos 0,7% del PNB de los países donantes fue reafirmada en las últimas cumbres mundiales de Jefes de Estado y de Gobierno, en la Cumbre del Milenio de 2000, en la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo (Monterrey, 2002) y en el Diálogo de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Financiación para el Desarrollo en 2005. Sólo cinco países han logrado superar esta meta: Dinamarca, Holanda, Luxemburgo, Noruega y Suecia (2).

### La AOD para América Latina y el Caribe

Ciento cincuenta países de varias regiones del mundo fueron receptores de AOD en 2005, pero la distribución no fue uniforme. La prioridad geográfica para la AOD fueron en 2005 las regiones del África Subsahariana y el Sudeste Asiático, ya que 66% de toda la AOD se dirigió hacia estas regiones, mientras que América Latina y el Caribe recibió solo 9% de la misma. La tendencia del período 1998–2004 indica un creciente flujo de recursos hacia África y un flujo relativamente estable o decreciente para América Latina y el Caribe, tal como lo muestra la figura 2.

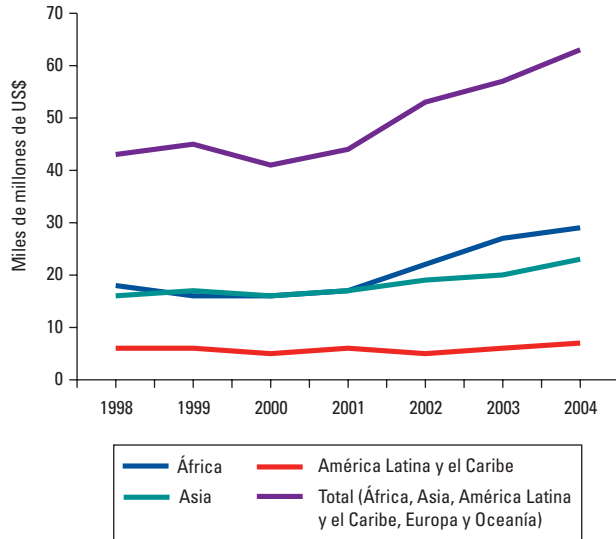
La AOD puede ser medida de tres formas: en dólares estadounidenses totales; como proporción del PNB; o per cápita. Esta última indica la ayuda que recibe una región o país por persona y permite estandarizar la ayuda corrigiendo el factor poblacional.

**FIGURA 1. Ayuda Oficial al Desarrollo 1990–2005 y estimación hasta 2010.**



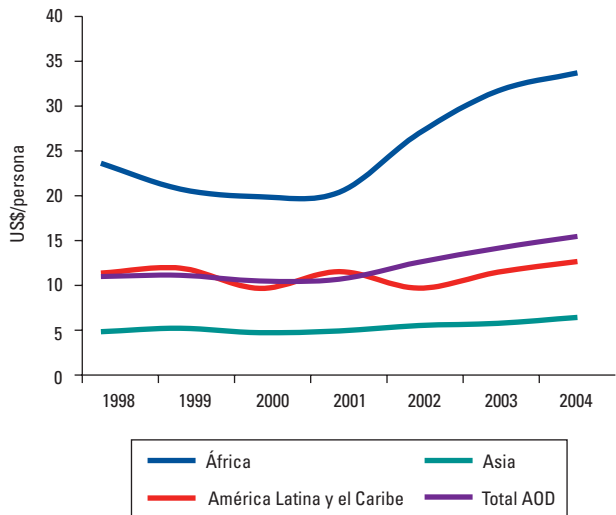
**Fuente:** Adaptado de Organization of Economic Cooperation and Development. DAC members' net ODA 1990–2005 and DAC Secretariat simulation of net ODA in 2006 and 2010. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/57/30/35320618.pdf>.

**FIGURA 2. Ayuda Oficial al Desarrollo por regiones en US dólares constantes de 2004.**



**Fuente:** Organization for Economic Cooperation and Development. Online CRS database on aid activities and DAC online database on annual aggregates (<http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>).

**FIGURA 3. Ayuda Oficial al Desarrollo per cápita, según regiones, 1998–2004.**



**Fuente:** Organization for Economic Cooperation and Development. Online CRS database on aid activities and DAC online database on annual aggregates (<http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>).

Por ejemplo, el nivel de la AOD total ha evolucionado de US\$ 10 por persona en 2000 a casi US\$ 15 por persona en 2004. Sin embargo, el análisis por regiones muestra que en 2004, mientras África recibió US\$ 34 por persona, América Latina y el Caribe recibió US\$ 13 por persona, por debajo del promedio global, aunque mayor a lo recibido por Asia que llegó a US\$ 6 por persona. Mientras que Asia y América Latina son la segunda y tercera re-

gión en recibir AOD en dólares estadounidenses totales, la ayuda per cápita las ubica en otro orden (figura 3).

Dentro de América Latina y el Caribe, la AOD ha estado dirigida principalmente hacia los países de ingresos bajos e ingresos medios bajos, que en 2004 recibieron US\$ 27 y US\$ 14 de ayuda por persona, respectivamente. La ayuda recibida por los países de ingresos medios altos en América Latina y el Caribe (US\$ 2 por per-

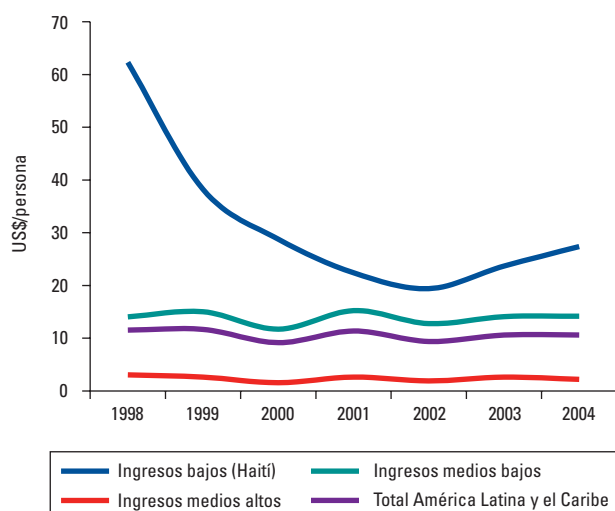
## Clasificación de las economías mundiales

De acuerdo con la clasificación de las economías mundiales del Banco Mundial, se consideran países de ingresos bajos aquellos que tienen un ingreso nacional bruto (INB) per cápita igual o menor a US\$ 905. Si el INB por persona está entre US\$ 906 y US\$ 3.595 el país se considera de ingresos medios bajos; el país es de ingresos medios altos si su INB por persona está entre US\$ 3.596 y US\$ 11.115, y de ingresos altos cuando es superior a US\$ 11.115. En América Latina y el Caribe el único país que corresponde a la categoría de país de ingresos bajos es Haití, mientras que Antigua y Barbuda, las Antillas Neerlandesas, Aruba, Bahamas, Barbados, Bermuda, y Trinidad y Tabago pertenecen al grupo de economías de ingresos altos.

Argentina, Belice, Brasil, Chile, Costa Rica, Dominica, Granada, México, Panamá, San Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Uruguay y Venezuela son países de ingresos medios altos. El resto de países de América Latina y el Caribe son de ingresos medios bajos: Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Suriname.

Fuente: Banco Mundial. Datos y estadísticas. Clasificación de países.

**FIGURA 4. Ayuda Oficial al Desarrollo per cápita hacia América Latina y el Caribe, según niveles de ingresos, 1998–2004.**



Fuente: Organization for Economic Cooperation and Development. Online CRS database on aid activities and DAC online database on annual aggregates (<http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>).

sona en 2004) ha estado por debajo del promedio recibido por toda la región, así como por debajo de la ayuda recibida por los países de ingresos bajos y medios bajos, como lo muestra la figura 4.

En términos generales, la ayuda representa el principal componente de los flujos de capitales extranjeros para países de ingresos bajos (2,8% de su PNB), mientras que para los países de ingreso medio el flujo de capitales privados es mucho más importante. En este último caso la ayuda representa solo 0,2% del PNB (5).

## Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud

La Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud (AODS) es la parte de la AOD que va dirigida hacia el sector salud, lo cual corresponde a salud básica, atención básica de salud, infraestructura básica de salud, control de enfermedades infecciosas, salud general, servicios médicos, capacitación e investigación, políticas y gestión administrativa de la salud, población, políticas y gestión administrativa de la población, atención y salud reproductiva, planificación familiar, control de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluso VIH/sida, y salud y población (2).

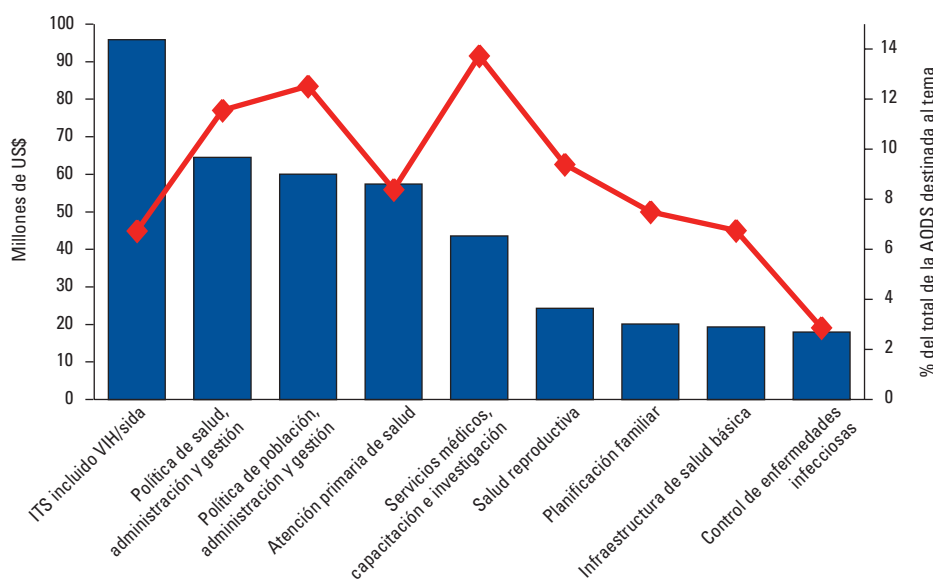
Según recientes datos de la OCDE, el crecimiento promedio de la AODS durante los últimos 15 años (1990–2005) ha sido de 5,4% anual (6). En el período 1996–2004 la proporción de ayuda bilateral y ayuda multilateral se mantuvo constante: dos terceras partes de la ayuda en salud fue bilateral mientras que un tercio fue multilateral. Los compromisos asumidos por los países miembros del CAD para la ayuda bilateral en salud entre 1973 y 2003 fue de US\$ 66.000 millones y los préstamos para salud de los bancos de desarrollo durante el mismo período fueron de US\$ 18.000 millones.

Estados Unidos ha sido el mayor donante bilateral para salud en términos absolutos, mientras que Irlanda ha sido el que más recursos ha dado a salud en términos relativos (35% en el período 2002–2004). La contribución multilateral se ha incrementado desde el año 1999 pero más aún desde 2002, debido a la creación del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM), que ha aportado entre 2002 y 2006 aproximadamente US\$ 3.700 millones.

En el período 2002–2004, el desembolso de la AODS en el mundo ascendió a US\$ 8.580 millones, de los cuales 45% fueron destinados hacia África y 17% a América Latina y el Caribe (US\$ 402,6 millones). Estos recursos fueron otorgados principal-



**FIGURA 5. Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud para América Latina y el Caribe, cantidad y porcentaje por sectores, 2002–2004.**



**Fuente:** Organization for Economic Cooperation and Development. Online CRS database on aid activities and DAC online database on annual aggregates (<http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>).

mente para el control de ITS, entre ellas el VIH/sida, y para la ejecución de políticas de salud y población y atención primaria de salud (7).

Sin embargo, y como lo muestra la figura 5, la ayuda orientada a América Latina y el Caribe para el control de las ITS, incluido el VIH/sida, representó solo 7% de la AODS destinada a este tema en todo el mundo. En cambio los recursos para servicios médicos, capacitación e investigación orientados a América Latina y el Caribe, representan 14% de la AODS destinada a este tema en el mundo. Entre 1990 y 2004, la AOD según sectores muestra una leve tendencia al aumento para el sector de salud y población, pasando de 4% del total a 7% del total en 2004, tal como se desprende del cuadro 1.

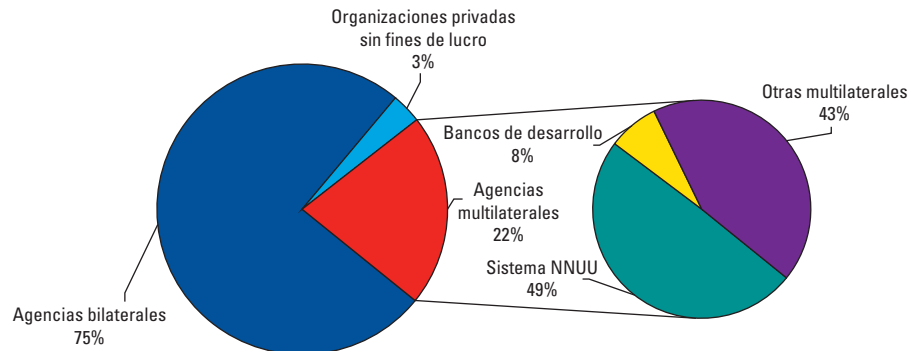
### La AODS en América Latina y el Caribe

En el período 2002–2004, la salud representó 13% del total de la AOD en el mundo (6), mientras que en el período 1996–1998 había representado 8,7%. En 1998, la región de América Latina y el Caribe recibió 11% de toda la AOD, porcentaje que en 2004 descendió a 8,7%. Si bien se comprueba una tendencia creciente de la ayuda destinada para la salud a nivel mundial, la tendencia de la asignada a América Latina y el Caribe es descendiente. En el período 2002–2004, América Latina y el Caribe recibió US\$ 402,6 millones en ayuda destinada a la salud, la que fue canalizada a través de fuentes bilaterales, multilaterales y privadas (7). La proporción de la ayuda en salud para América Latina y el Caribe según las distintas fuentes de cooperación se muestra en la figura 6.

**CUADRO 1. Distribución porcentual de la AOD en América Latina y el Caribe según sectores, 1990–2004.**

Sector	1990–1992	1993–1995	1996–1998	1999–2001	2002–2004
Educación	4	3	6	7	8
Salud y población	4	8	8	6	7
Agua y saneamiento	5	9	9	7	4
Otros sectores sociales	22	23	21	35	38
Infraestructura económica	21	13	14	8	5
Producción	13	11	12	8	10
Multisector	12	14	8	12	11
Otros	19	19	22	17	17
<i>Total</i>	100	100	100	100	100

**Fuente:** Organization for Economic Cooperation and Development. Online CRS database on aid activities and DAC online database on annual aggregates (<http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>).

**FIGURA 6. Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud para América Latina y el Caribe, según fuente de cooperación, 2002–2004.**

Total AODS = US\$ 402,5 millones

**Fuente:** Organization for Economic Cooperation and Development. Online CRS database on aid activities and DAC online database on annual aggregates (<http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>).

Las **agencias bilaterales** aportaron 75% de toda la ayuda destinada a la salud para América Latina y el Caribe en el período 2002–2004, y los cinco países que aportaron más ayuda en salud fueron: Estados Unidos, Japón, España, Francia y Canadá, en ese orden. De estos países, Francia y Canadá fueron los países que destinaron una mayor proporción de su ayuda para salud y orientaron al menos 10% de toda su ayuda para salud hacia América Latina y el Caribe, como lo indica el cuadro 2. El mayor cooperante en términos absolutos hacia América Latina y el Caribe en temas de salud fue Estados Unidos, que destinó más de US\$ 135 millones.

En el período 2002–2004, las **agencias multilaterales** aportaron 22% de toda la ayuda en salud para América Latina y el

Caribe, y los bancos de desarrollo, que otorgan cooperación financiera reembolsable, aportaron en el mismo período 8% de todos los recursos desembolsados por las agencias multilaterales para salud en la región de América Latina y el Caribe. La asistencia del grupo del *Banco Mundial* hacia América Latina y el Caribe alcanzó los US\$ 5.338 millones en el ejercicio del 2004 (8), de los cuales US\$ 5.000 millones correspondieron a préstamos del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) y US\$ 338 millones, a créditos de la Asociación Internacional de Fomento (AIF). Para junio de 2004, la cartera de proyectos bajo ejecución en América Latina y el Caribe alcanzaba la cifra de US\$ 19.300 millones. Durante el ejercicio fiscal 2003, el Banco

**CUADRO 2. La ayuda en salud para América Latina y el Caribe según origen, 2002–2004.**

Donantes	Ayuda en salud (US\$ millones)	Porcentaje del total de la ayuda en salud	Ayuda brindada a todos los sectores (US\$ millones)
Estados Unidos	135,2	33,6	1776,0
Japón	44,0	10,9	944,
FMSTM	37,2	9,3	37,2
España	34,5	8,6	537,4
UNFPA	33,0	8,2	33,0
Francia	24,7	6,1	243,5
Canadá	13,0	3,2	131,1
Holanda	11,4	2,8	265,8
Alemania	10,5	2,6	737,2
Suiza	9,8	2,4	124,7
Otras fuentes	49,3	12,3	624,2
Todos los donantes	402,6	100	5454,1

FMSTM: Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

**Fuente:** Organization for Economic Cooperation and Development. Online CRS database on aid activities and DAC online database on annual aggregates (<http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>).

“En el curso del último decenio, el hecho más importante en el terreno de la salud pública en las Américas ha sido el rápido incremento adquirido por la colaboración internacional en la solución de los problemas sanitarios del Hemisferio, y el constante mejoramiento de la coordinación de actividades de los diversos organismos oficiales participantes en dicha labor.”

Fred Soper, 1958

Mundial canalizó 27% de sus créditos (US\$ 1.570 millones) para dar apoyo a proyectos del sector salud y servicios sociales críticos para los países de América Latina y el Caribe. Los proyectos relacionados con la salud financiados por el Banco Mundial han respaldado las políticas de los países de América Latina y el Caribe para mejorar la salud y la nutrición, así como las políticas en materia de población.

El volumen de préstamos del *Banco Interamericano de Desarrollo* (BID) ascendió a poco más de US\$ 7.000 millones en 2005 (9), cifra que representa un aumento de 17% respecto a 2004. Los desembolsos aumentaron casi 20%, llegando a US\$ 5.338 millones.

El *Banco Centroamericano de Integración Económica* (BCIE) aprobó préstamos durante 2004 y 2005 que alcanzaron la cifra de US\$ 2.446,3 millones y los desembolsos fueron de US\$ 2.432,8 millones (10), lo que representa un cuarto de lo aprobado y desembolsado en toda la historia del Banco, constituyéndose en el principal vehículo de recursos financieros multilaterales para el desarrollo de América Central. Durante 2005 se registraron avances significativos en los tres ejes estratégicos del BCIE: globalización, integración y lucha contra la pobreza (11), el cual aprobó un número importante de créditos en el sector social, incluyendo la salud. Durante los años 2004 y 2005, el BCIE otorgó cooperación financiera no reembolsable por US\$ 13,6 millones para el apoyo a diversos proyectos en los que destaca la rehabilitación, prevención y capacitación para niños quemados de América Central, así como para el fortalecimiento de la integración social.

El monto de operaciones aprobadas en 2005 por la *Corporación Andina de Fomento* (CAF) fue alrededor de US\$ 43.000 millones (12), con desembolsos que superan los US\$ 30.000 millones y una cartera total de préstamos e inversiones de capital de más de US\$ 8.000 millones. Durante sus 35 años de existencia la CAF se ha convertido en la principal fuente de financiamiento multilateral para los países de la Comunidad Andina y en una alternativa importante para las restantes naciones accionistas.

El *Banco de Desarrollo del Caribe* (BDC) aprobó 15 préstamos durante 2005 (13) por US\$ 146 millones y donaciones por US\$ 14 millones para los países miembros de la Comunidad Caribeña. Aproximadamente 12% de todas las operaciones aprobadas por el BDC fueron orientadas hacia salud y el sector de emergencias y mitigación de desastres.

Las instituciones privadas (fundaciones filantrópicas y ONG) aportaron 3% de toda la ayuda en salud para América Latina y el Caribe en el período 2002–2004. De acuerdo con informes independientes de flujos privados de ayuda (10), durante 2005 alrededor de 68.000 fundaciones empresariales, comunitarias o independientes destinaron US\$ 33.600 millones para donaciones en todo el mundo, cifra que supera en 5,5% el volumen movilizado por las mismas fuentes en 2004. América Latina y el Caribe y África son la tercera y cuarta región en recibir fondos de fundaciones filantrópicas, luego de Asia-Pacífico y Europa del Este. En los Estados Unidos, las fundaciones movilizaron US\$ 3.200 millones en 2002, US\$ 3.000 millones en 2003 y US\$ 2.800 millones en 2004.

En 2004, las fundaciones en todo el mundo destinaron aproximadamente US\$ 3.400 millones a proyectos para la salud, lo que significa un incremento anual de 1,3% entre 2001 y 2004. Este incremento se atribuye a la contribución de US\$ 750 millones de la Fundación Bill y Melinda Gates al Fondo de Vacunas de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI, por su sigla en inglés). Durante 2004, la Fundación Bill y Melinda Gates asignó 112 donaciones para salud totalizando US\$ 1.200 millones.

La Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF) es una fundación filantrópica de particular relevancia para la Región de las Américas. PAHEF administra subvenciones destinadas a mejorar la salud y promueve premios internacionales que reconocen la excelencia en áreas como los servicios comunitarios, la información científica en salud, la salud pública veterinaria, la salud interamericana y la bioética.

### Carga Global de Enfermedad y la Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud

La Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud, tiene como objetivo apoyar a los países en vías de desarrollo a lograr sus objetivos sanitarios y contribuir de esta forma con el desarrollo y bienestar de su población. Estos objetivos sanitarios están en función de las prioridades sanitarias de cada país, para lo cual suelen usarse indicadores que muestren la situación de salud y señalen los daños que son responsables del deterioro de la salud de la población.

La utilización de medidas de salud que combinan la duración de la vida ponderada en función del estado de salud se ha extendido ampliamente durante los últimos 30 años. Genéricamente, cuando estas medidas tienen un enfoque poblacional, se denominan medidas sintéticas o medidas resumen de salud de las poblaciones. Una de las mediciones más útil es la Carga Global de Enfermedad, un nuevo indicador para estimar y comparar la magnitud de las enfermedades, lesiones y factores de riesgo en distintas regiones del mundo, mediante la valoración conjunta de sus consecuencias mortales y no mortales, que se denomina Años de Vida Ajustados por Discapacidad. Con base en las prioridades sanitarias de los países es posible analizar la ayuda recibida en salud y su congruencia con esas prioridades.

La OCDE ya señaló la incongruencia entre las prioridades de salud indicadas a través de la carga de enfermedad y la AODS (14). Según el estudio de la Carga Global de Enfermedad (15) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2002 el VIH/sida fue responsable del 2,3% del total de la Carga Global de Enfermedad en América Latina y el Caribe. Sin embargo, 25% de toda la ayuda en salud que recibió América Latina y el Caribe en el período 2002–2004 fue destinado a VIH/sida. De la misma forma, las enfermedades crónicas no transmisibles fueron responsables en el mismo período de 60% del total de la carga de la enfermedad, pero recibieron solamente 36% de la ayuda en salud, como lo muestra la figura 7. Finalmente las lesiones fueron responsables de 16% de la carga de enfermedad, pero recibieron solamente 10% de la ayuda.

En la misma figura 7 se aprecian idénticos análisis para Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua, los cinco primeros países receptores de AODS en la región de América Latina y el Caribe. Estos cinco países han sido elegibles como Países Pobres Muy Endeudados (HIPC, por su sigla en inglés), una iniciativa de alivio de la deuda del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI), que beneficia a muchas naciones en todo el mundo.

### ALIANZAS PÚBLICO-PRIVADAS: NUEVO MODELO DE LA COOPERACIÓN EN SALUD

Mientras que la AOD se canaliza a través de la participación de agencias oficiales de los países contribuyentes y de los países receptores, en los últimos años se han fortalecido también distintas alianzas entre el sector público y privado. Entre 1995 y 2005 se han constituido más de 70 alianzas en salud que han involucrado a múltiples actores de diversa naturaleza y han conseguido importantes logros (16).

*El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria* ha constituido desde su creación en 2002 una de las más importantes fuentes financieras de la ayuda en salud. El Fondo Mundial es una asociación público-privada, cuya junta directiva está formada por representantes de los gobiernos donantes y beneficiarios, de ONG, empresas, fundaciones y de las comunidades afectadas. También participan socios clave del desarrollo internacional, entre ellos la OMS, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Banco Mundial. El Fondo Mundial se creó con el propósito de aumentar radicalmente los recursos para la lucha contra tres de las enfermedades más devastadoras en el mundo y dirigir dichos recursos a las zonas más necesitadas. Como asociación entre los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades afectadas, el Fondo Mundial representa un enfoque innovador de la financiación internacional de la salud.

En las cinco rondas de subvenciones convocadas desde 2002 hasta mediados de 2006, el Fondo Mundial ha aprobado 4.900 millones de dólares, bajo la forma de 350 subsidios en 131 países,

con una mayor proporción destinada a África, como muestra la figura 8.

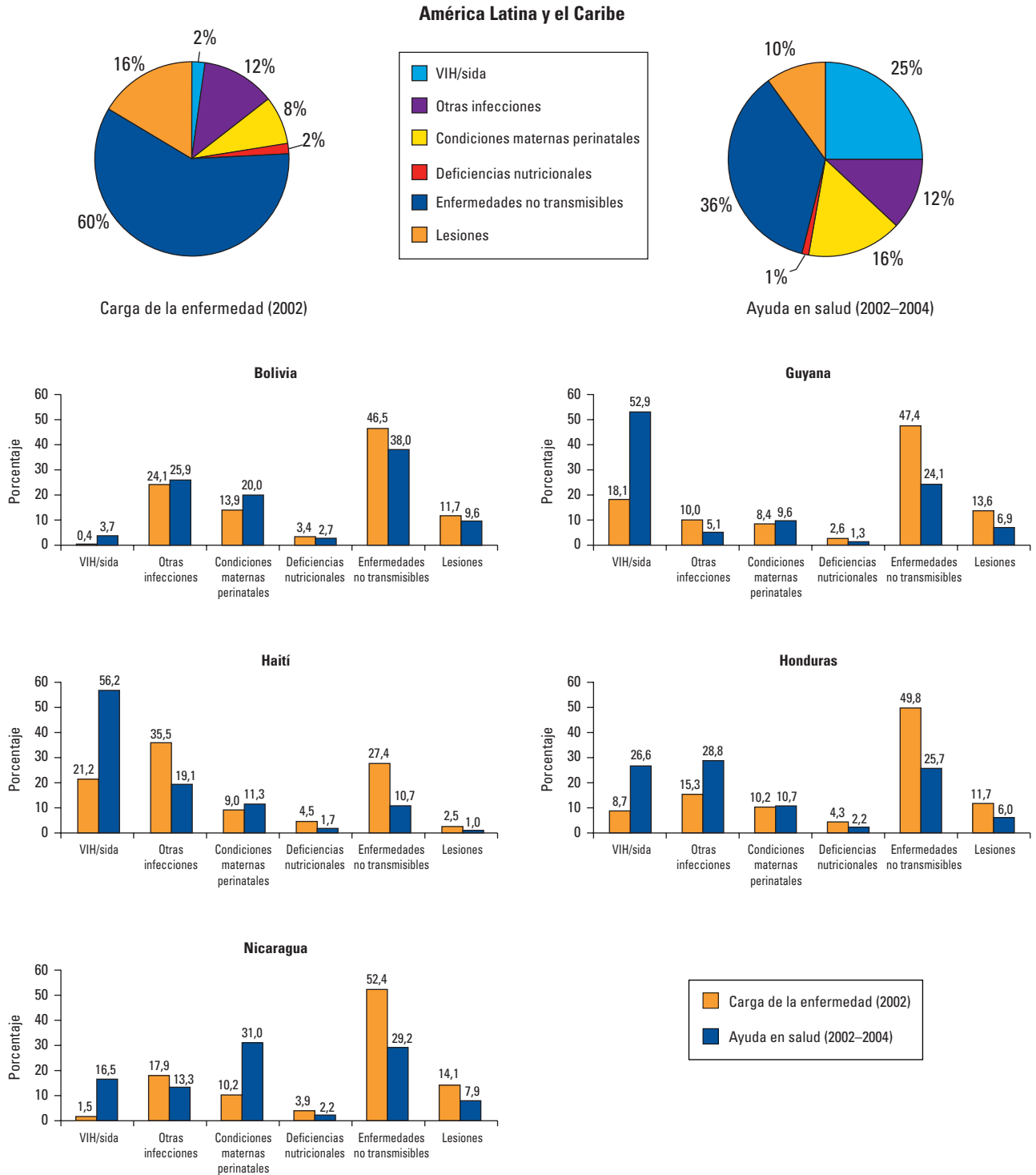
América Latina y el Caribe recibió US\$ 466 millones de todos los recursos aportados por el Fondo Mundial desde su creación, (17). La figura 9 presenta los montos anuales aprobados y entregados para América Latina y el Caribe en todas las rondas de llamados del Fondo Mundial.

El Fondo Mundial es el principal donante para las intervenciones encaminadas a combatir la infección por el VIH/sida en América Latina y el Caribe, con un total de 22 programas que reciben fondos aprobados para un período de 5 años. Esto ha sido importante para el cumplimiento de la meta planteada por los Jefes de Estado en la Cumbre Extraordinaria de las Américas de Monterrey (2004), de que al menos 600.000 personas con VIH/sida en las Américas deberían tener acceso a tratamiento antirretroviral en 2005. A fines de junio de 2005, el número estimado de personas que recibían tratamiento en las Américas era de 622.275. En América Latina y el Caribe se iniciaron 108.415 nuevos tratamientos en el período de 2002 a 2005, y el número de personas bajo tratamiento se incrementó de 196.000 a 304.415. Los resultados de la sexta ronda, dados a conocer en noviembre de 2006, han significado 85 nuevos proyectos en 62 países en todo el mundo, para un total de US\$ 846 millones. Cuatro países de América Latina y el Caribe (Cuba, Guatemala, Paraguay y Perú) recibirán US\$ 48 millones.

*La Alianza Global para Vacunas e Inmunización* fue formada en 2000 para ayudar a los países más pobres a proveer vacunas a todos sus niños. Esta alianza entre el sector privado y público complementa las fortalezas de múltiples socios en inmunización, como distintos gobiernos, la UNICEF, la OMS/OPS, la Fundación Bill y Melinda Gates, el Banco Mundial, los productores de vacunas, las ONG y los centros de investigación. Al año 2005 GAVI (18) ha recaudado casi US\$ 3.300 millones por concepto de financiación tradicional por parte de gobiernos y donantes privados y ya ha recibido más de 50% de esa suma. A finales de 2005 GAVI había logrado la inmunización de millones de niños que previamente no tenían acceso a vacunas: cerca de 13 millones de niños con la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina; 90 millones de niños contra la hepatitis B; aproximadamente 14 millones de niños contra la bacteria *Haemophilus influenzae* tipo B; aproximadamente 14 millones de niños contra la fiebre amarilla. Se estima que a finales de 2005 se habrían evitado más de 1,7 millones de muertes prematuras gracias al apoyo de GAVI. Algunas de estas muertes habrían tenido lugar durante la infancia, mientras que otras (por ejemplo a causa de la hepatitis B) habrían ocurrido en la edad adulta, durante los años de mayor productividad.

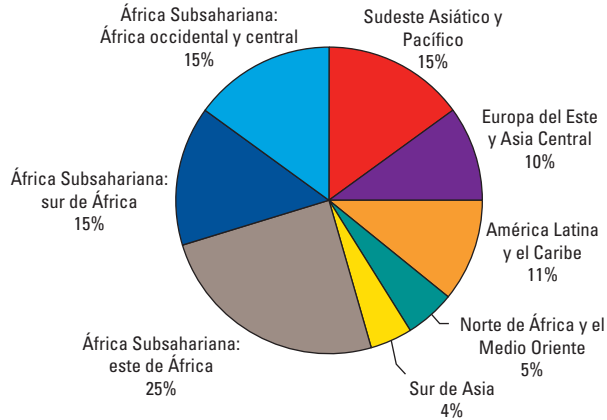
*El Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA)*, por su sigla en inglés) tiene su origen en la decisión tomada en 1987 por la compañía Merck Sharp & Dohme de proveer gratuitamente el medicamento ivermectina a los programas de control de la oncocercosis. El OEPA fue creado en 1991

**FIGURA 7. Carga de enfermedad y Ayuda Oficial al Desarrollo en América Latina y el Caribe y en Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua, 2002–2004.**



Fuente: Organization for Economic Cooperation and Development. Online CRS database on aid activities and DAC online database on annual aggregates (<http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>).

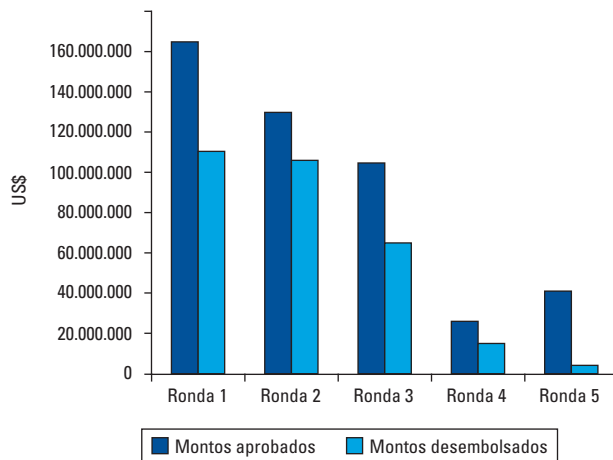
**FIGURA 8. Recursos desembolsados por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria en las cinco primeras rondas, según regiones, 2004–2006.**



**Fuente:** The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Funds committed and disbursed (<http://www.theglobalfund.org>).

como una alianza multinacional de diversas entidades y participan países con oncocercosis endémica, ONG, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), instituciones académicas, agencias de financiamiento y la OPS. El OEPA tiene apoyo de la Fundación Ceguera de los Ríos y del Centro Carter de los Estados Unidos. El OEPA ha generado el apoyo político, económico y técnico necesario para tratar de alcanzar la meta de eliminar de la Región de las Américas toda morbilidad por onco-

**FIGURA 9. Montos aprobados y desembolsados por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria hacia países de América Latina y el Caribe, 2002–2006.**



**Fuente:** The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Funds committed and disbursed (<http://www.theglobalfund.org>).

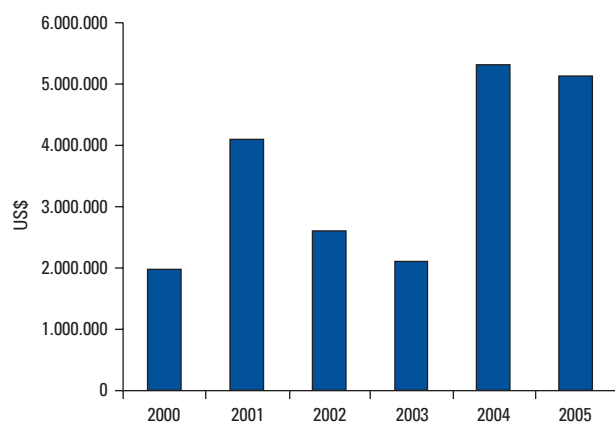
cercosis para 2007 mediante la distribución de ivermectina al público (19). El OEPA tiene como objetivo interrumpir la transmisión de la oncocercosis en seis países donde esta enfermedad es endémica: Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela. Durante 2002, los programas nacionales de esos países proporcionaron 749.182 tratamientos con ivermectina y se lograron coberturas de 65% a 85% en la población afectada.

En el período 2001–2005 los países de las Américas han fortalecido su *cooperación en el área de desastres naturales*, incluso sus Programas Nacionales de Desastres en el sector salud y han establecido mejores relaciones de trabajo con diferentes agencias internacionales como el UNICEF, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) de las Naciones Unidas; con ONG como la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (FICR), el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), y Médicos Sin Fronteras, y con países donantes, en especial con Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido.

Durante el quinquenio 2000–2005, fueron movilizados US\$ 21.195 millones de diversos donantes para atender necesidades de la Región en el control y mitigación de los efectos de emergencias y desastres en las Américas. Este es el resultado de la consolidación de alianzas y asociaciones efectivas con organismos de cooperación bilateral, multilateral e instituciones privadas. El 85% de esta ayuda provino de agencias bilaterales de cooperación, siendo el Reino Unido el país que aportó mayor cantidad de recursos a través de su agencia oficial de cooperación (Departamento para el Desarrollo Internacional) y en segundo lugar el servicio de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO). Los cinco primeros países en recibir esta ayuda en el mismo período fueron Haití, Colombia, El Salvador, Nicaragua y Guatemala. En América Latina y el Caribe el volumen de ayuda para desastres pasó de US\$ 2 millones en 2000 a más de US\$ 5 millones en 2005, como se desprende de la figura 10.

## COOPERACION TÉCNICA ENTRE PAÍSES

Mientras la oferta de cooperación a través de la AOD hacia América Latina y el Caribe tiende a decrecer, los países en desarrollo buscan nuevas formas de cooperación que puedan complementar la AOD, tales como la Cooperación Técnica entre Países (CTP). La CTP es esencialmente un proceso por el cual dos o más países trabajan juntos para lograr el desarrollo de la capacidad individual o colectiva con intercambios cooperativos de conocimientos, habilidades, recursos y tecnologías. Su principal característica es que permite compartir capacidades especializadas y experiencias exitosas en el área de la salud entre los países en una relación más horizontal, solidaria e integral, que la clásica ayuda oficial al desarrollo que tiende a ser unidireccional. La CTP, llamada también Cooperación Horizontal o Cooperación Sur-Sur, nace como una iniciativa para complementar la AOD y para res-

**FIGURA 10. Ayuda para control de emergencias y desastres en América Latina y el Caribe, 2000–2005.**

**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud (OPS), Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en caso de Desastres.

ponder al fenómeno de reducción de la oferta de cooperación por parte de los donantes habituales, quienes debido a las presiones mundiales de los cambios económicos y a los fenómenos políticos imperantes han cambiado sus prioridades de atención tanto en relación a regiones geográficas a cubrir, como a temas a abordar.

A diferencia de la AOD, cuyo movimiento es monitorizado por la OCDE a través de una detallada base de datos, la CTP no tiene una fuente única de datos de información consolidada y estandarizada.

En particular, entre 1998 y 2003, en la OPS se han aprobado 175 proyectos de CTP de los cuales 51 (29%) correspondieron al bienio 1998–1999, 56 (32%) al bienio 2000–2001 y 68 (39%) al bienio 2002–2003 (20). Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nica-

ragua (los países elegibles dentro de la iniciativa HIPC) participan activamente en proyectos de CTP auspiciados por la OPS. En el último bienio, de un total de 44 proyectos aprobados, 18 (41%) correspondían a alguno de estos cinco países.

Durante el período 1998–2003, las subregiones del Área Andina y de Centroamérica, recibieron más de 50% de recursos disponibles para CTP de la OPS, lo cual ha permitido un activo intercambio de experiencias y capacidades entre países de estas subregiones en temas como control de enfermedades y gestión de riesgos, salud ambiental, salud familiar y comunitaria, servicios de salud, acción intersectorial, emergencias y ayuda humanitaria (21).

### ARMONIZACIÓN, ALINEAMIENTO Y COORDINACIÓN DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD

Uno de los más importantes desafíos de la cooperación internacional en salud en la Región de las Américas es la necesidad de su armonización, alineamiento y coordinación.

En febrero de 2003, los principales bancos multilaterales de desarrollo, las organizaciones internacionales y bilaterales, y los representantes de los países beneficiarios se reunieron en Roma, Italia, en ocasión del Primer Foro de Alto Nivel sobre Armonización. En marzo de 2005, la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo, aprobada por los delegados que asistieron al Segundo Foro de Alto Nivel, introdujo un cambio en el programa sobre la eficacia de la ayuda, de modo que el consenso general alcanzado en Roma avanzó hacia compromisos más concretos para aumentar los esfuerzos en materia de armonización, alineación y gestión, y estableció mecanismos para la vigilancia del avance (22).

#### Proyecto CTP ayuda a mejorar las condiciones de salud de residentes del Chaco Sudamericano

El Chaco Sudamericano es una región de clima inhóspito, que se extiende en partes de Argentina, Bolivia y Paraguay. En su territorio se ubican diferentes grupos étnicos originarios, cuyos derechos a la salud y un adecuado estándar de vida han sido largamente olvidados. Los pueblos originarios del Chaco Sudamericano han unido sus esfuerzos para avanzar por los senderos del desarrollo desde la perspectiva de la salud como principal eje integrador.

La Confederación de Pueblos Indígenas del Chaco Sudamericano (COPICHAS), con el acompañamiento de la OPS/OMS, ejecutó entre 2000 y 2003 un proyecto cuyo propósito ha sido desarrollar y fortalecer las capacidades institucionales de dicha organización para la puesta en práctica de estrategias de trabajo conjunto en los territorios chaqueños de Argentina, Bolivia y Paraguay. Los principales componentes abordados fueron: el fortalecimiento de las comunicaciones entre los diferentes pueblos indígenas del Chaco; la capacitación de líderes locales en la gerencia de proyectos sociales; y el fortalecimiento de las capacidades de análisis de situación de salud y condiciones de vida.

Los resultados alcanzados incluyen el proceso de creación de una infraestructura organizacional para continuar un esfuerzo de cooperación más sostenido con COPICHAS y con otras organizaciones indígenas.

La Declaración de Roma (23) expresó el compromiso de sus firmantes para asegurar que los esfuerzos de armonización estén adaptados al contexto de los países receptores y que la asistencia al desarrollo esté alineada con las prioridades del país socio receptor y siga los principios de buenas prácticas acordados por la comunidad internacional en esta reunión.

En 2005, los participantes de este Foro de Alto Nivel se reunieron nuevamente para evaluar los avances en el tema. Además de los representantes de todas las agencias de cooperación bilateral y multilateral que trabajan en la Región de las Américas, participaron representantes de Bolivia, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica y Nicaragua.

Como nuevas modalidades de la cooperación técnica, el alineamiento y la armonización son una clara tendencia de la ayuda; se entiende por armonización los esfuerzos de los donantes por coordinar sus actividades entre ellos; alineamiento es la coordinación de las prioridades del donante con las prioridades del país receptor, anteponiendo las prioridades de este último. El principal objetivo del alineamiento y armonización de la ayuda es incrementar el liderazgo y apropiación de los objetivos de la ayuda por parte de los países receptores, evitando además la duplicación de acciones y de estructuras para la entrega de la ayuda y el monitoreo de la misma. Como es previsible, esto no solo incrementa el costo de transacción de la ayuda, sino que además genera una carga más para el país receptor.

Esta agenda de armonización y alineamiento incluye a todos los tipos y modalidades de ayuda, siendo uno de los objetivos hacer que una mayor proporción de la ayuda sea entregada a través de modalidades que promuevan enfoques programáticos como el apoyo presupuestal y el Enfoque Sectorial Ampliado (SWAP, por su sigla en inglés), en el que todos los fondos significativos hacia un sector apoyan una sola política y programa de gasto, y el gobierno es el único ejecutor y distribuidor de los recursos.

En las Américas, iniciativas como la Estrategia de Reducción de la Pobreza y los SWAP, enmarcadas en este proceso de alineamiento y armonización de la ayuda, comienzan a discutirse con mayor intensidad. Una evaluación realizada en 2001 sobre el apoyo presupuestal como modalidad de desembolso de la ayuda (24), mostró que se constataron resultados claramente positivos en cinco de los de siete países considerados en el estudio (Burkina Faso, Malawi, Mozambique, Nicaragua, Ruanda, Vietnam y Uganda).

En la Región, Bolivia, Brasil, Ecuador, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua y la República Dominicana han desarrollado acciones sobre “armonización y alineamiento de la cooperación” (25), que han sido consideradas dentro del monitoreo del Banco Mundial. En tal sentido es necesario destacar que estos procesos ya se han iniciado en América Latina y el Caribe pero aún en forma limitada en el sector salud.

En esta misma tendencia, el proceso de reforma de las Naciones Unidas es una iniciativa que busca mejorar la efectividad y eficiencia del trabajo de sus diferentes agencias en su trabajo en países en vías de desarrollo. El Grupo de las Naciones Unidas para el

*“Las organizaciones internacionales necesitan aceptar que se requieren cambios fundamentales. La posibilidad de hacer realidad esos cambios está en camino, e incluye la implementación de nuevas iniciativas en la década de los noventa. Estas iniciativas alientan la cooperación subregional entre grupos de países y la relación más estrecha entre las prioridades nacionales y las iniciativas de cooperación técnica. También promueven el reconocimiento del inmenso potencial de los recursos nacionales, apoyan la descentralización y la regionalización de los sistemas nacionales de salud y favorecen la concentración de esfuerzos en las áreas de más crítica necesidad. Además, también estamos impulsando que se reconozca el impacto que las decisiones políticas tienen sobre las actividades relacionadas con la salud, la aplicación de los principios de la ‘salud para todos’ y la estrategia de atención primaria, la integración de la salud a los procesos socioeconómicos y la mejor aplicación de la ciencia y la tecnología para satisfacer las necesidades de los pueblos.”*

Carlyle Guerra de Macedo, 1990

Desarrollo (UNDG) tiene dos herramientas que están siendo usadas para alcanzar sus metas en este proceso de reforma: La Evaluación Común de País (CCA por su sigla en inglés) y el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF por su sigla en inglés). Ambas herramientas buscan mejorar la coordinación del trabajo interagencial en países en vías de desarrollo, lo cual representa una gran oportunidad para promover una acción intersectorial en las Américas.

## PERSPECTIVAS DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN LAS AMÉRICAS

El reto más importante para América Latina y el Caribe en relación a la AOD es, como mínimo, mantener la proporción de esta ayuda destinada a salud para las Américas, considerando la prioridad que tienen otras regiones del mundo en estos momentos.

Por un lado, son cada vez menos los países latinoamericanos y del Caribe elegibles para recibir ayuda de tipo oficial bilateral de países donantes, dada la evolución de indicadores de pobreza y bienestar usados por estos países, lo cual contrasta con las grandes brechas e inequidades que aún persisten en esta región. Por otro lado, existe la urgente necesidad de mejorar la efectividad en el uso de los recursos de la AOD, alineándola a los intereses y prioridades de los países y mejorando la coordinación de las acciones de las diferentes agencias bilaterales y multilaterales que trabajan en salud en los países de América Latina y el Caribe.

Sin duda, uno de los más importantes desafíos que enfrenta la Región es la ejecución de la Agenda de Salud para las Américas 2008–2017, la que ha sido establecida de manera conjunta por los gobiernos de los países de las Américas, para orientar la acción



colectiva de los socios nacionales e internacionales interesados en contribuir a mejorar la salud de los pueblos a lo largo de ese decenio.

La CTP se constituye como una opción frente al escenario probable de reducción de recursos de ayuda financiera para la Región. Los países de las Américas han desarrollado capacidades y habilidades que pueden ser complementarias para el logro de los objetivos sanitarios y de desarrollo de los países de América Latina y el Caribe. No obstante, es preciso enfatizar la visión de largo plazo que es necesario imprimir en estos proyectos. El intercambio que se establece vía CTP debe verse como el primer paso de un proceso de mayor duración y sostenible, lo cual requiere financiamiento y tiempo adicional. Por lo tanto, sería necesario establecer mecanismos que ayuden a los países a definir claramente los resultados esperados de la CTP teniendo en cuenta el impacto de largo plazo, incluyendo metodologías y procedimientos para el monitoreo y evaluación de los mismos.

En particular, las Américas han acumulado importante experiencia en el manejo de desastres, y la cooperación internacional ha sido fundamental para fortalecer los sistemas de mitigación, preparativos y respuesta a desastres. La Región ha sabido compartir esta experiencia y capacidad con otras regiones del mundo, superando las barreras geográficas y gestando un círculo virtuoso de colaboración global en materia de desastres. En desastres naturales como el sismo destructor en Bam, Irán, en 2003, el devastador maremoto del Océano Índico de 2004, y el sismo de gran magnitud que afectó a Pakistán y la India en 2005, hubo una valiosa y solidaria participación de expertos de diferentes países de las Américas, lo que constituye un valioso modelo de cooperación internacional.

## LA SALUD Y LOS PROCESOS DE INTEGRACIÓN EN LAS AMÉRICAS

En el mundo actual conviven dos procesos simultáneos y complementarios: la globalización y la integración regional. Por un lado, la globalización estimula la interdependencia al colocar a los países en una arena única donde es necesario competir por mercados y capitales y, por otro lado, la regionalización busca constituir bloques de integración entre países con historia, cultura y, en algunos casos, fronteras comunes, a fin de tener mejores oportunidades y opciones de desarrollo en este contexto globalizador.

En las Américas, los procesos de integración regional ha tenido básicamente motivaciones políticas y económicas donde los países han tratado de preservar su autonomía e identidad y, a la vez, insertarse en un ambiente globalizado estimulante pero también hostil y competitivo. Estos procesos de integración regional en las Américas han tenido dinámicas propias de desarrollo, con períodos de estancamiento y de desarrollo, donde los temas co-

merciales han recibido atención prioritaria. Sin embargo, todos estos procesos han generado un espacio relevante para el avance de los temas sociales y de aquellos vinculados a la salud.

### La integración en el Cono Sur

Los países del Cono Sur de América del Sur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay) participan en diversos bloques de integración subregional simultáneamente, o por áreas de cooperación, y han desarrollado alianzas subregionales en salud, que coinciden en algunos casos con los sistemas de integración económica.

El Cono Sur es una subregión heterogénea en términos sociales, económicos, demográficos, epidemiológicos, de situación de salud y respuesta del sistema, tanto entre los países como al interior de los mismos. El mayor volumen de población se concentra en Brasil (más de 186 millones de habitantes) y el menor en Uruguay (más de 3 millones de habitantes). La densidad de población es más alta en Brasil (21,8%) y Uruguay (19,6%) y más baja en Paraguay (15,1%) y especialmente en Argentina (13,9%). El análisis de la estructura de la población advierte que la razón de dependencia más alta en el Cono Sur ocurre en Paraguay (70,5%) debido a una mayor población joven, y en Uruguay (60%) como resultado de un aumento progresivo de la población de la tercera edad. Todos los países de la subregión mantienen un patrón poblacional predominantemente urbano, con la única excepción de Paraguay. En términos demográficos, Argentina (26,4%) y Uruguay (24,3%), fueron en 2005 dos de los cuatro países de las Américas (junto a Cuba y Chile) con más bajos porcentajes de menores de 15 años (26).

El Cono Sur acoge una moderada cantidad de población indígena. En Brasil 52,2% de la población indígena habita en áreas urbanas, y en Paraguay solamente 8,4% de la población indígena habita en áreas urbanas. En el Cono Sur existen marcadas diferencias entre los promedios nacionales de ingreso per cápita, así como en la razón de ingreso 20% superior sobre el 20% inferior (26).

El **MERCOSUR** es el principal proceso de integración regional en el que participan como miembros plenos o asociados los países del Cono Sur. Los países también integran la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR); Brasil participa en la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica, y Chile participa en el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue.

El MERCOSUR es la Unión Aduanera (libre comercio intrazona y política comercial común) entre Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. Hasta el momento, los Estados Asociados que se han ido incorporando al MERCOSUR son: Chile (1996); Bolivia (1997); Perú (2003); y Colombia, Ecuador y Venezuela (2004); este último firmó su adhesión plena en 2006.

El MERCOSUR tiene tres órganos decisorios: (i) el Consejo del Mercado Común (CMC); (ii) el Grupo Mercado Común (GMC), y (iii) la Comisión de Comercio del MERCOSUR (CCM) como ór-

gano técnico. A los efectos de la coordinación de las políticas macroeconómicas y sectoriales se han creado 15 Subgrupos de Trabajo (SGT), entre otros el de Medio Ambiente, Agricultura, Asuntos Laborales, Empleo y Seguridad Social y Salud. Además, el MERCOSUR cuenta con otros Órganos Consultivos: la Comisión Parlamentaria Conjunta (CPC), el Foro Consultivo Económico Social (FCES) y la Comisión de Representantes Permanentes del MERCOSUR (CRPM). La Secretaría del MERCOSUR tiene sede permanente en la ciudad de Montevideo, Uruguay.

Las Reuniones de Ministros de Salud del MERCOSUR (RMS) se ocupan de la armonización de las políticas de salud, mientras que el SGT No 11 (Salud) trabaja sobre la armonización normativa. En el proceso de integración del MERCOSUR, los desafíos en salud están vinculados a dar continuidad a los esfuerzos de armonización de la normativa que permita la libre circulación de productos para la salud. Destacan las necesidades de mejorar el desempeño institucional de las autoridades regulatorias y el proceso de armonización de normativas. Dentro de ellas, se identifican los aspectos vinculados a las buenas prácticas de fabricación y control en farmacéutica y farmoquímica, en sangre y hemoderivados, en productos médicos, en productos domisanitarios (productos químicos de uso doméstico), en sistemas de información y análisis de información epidemiológica, evaluación de tecnologías, entre otras. De acuerdo con la agenda del MERCOSUR, el énfasis de la integración subregional y la cooperación se identifican en: acceso a comunicación oportuna; donación y trasplante de órganos, tejidos y células; adopción e implementación del Reglamento Sanitario Internacional; sistema de vigilancia en salud: dengue y otras enfermedades; fortalecimiento de la situación de salud de las poblaciones fronterizas; política integrada para la epidemia de VIH e ITS; salud sexual y reproductiva; política integrada para el control del tabaquismo; vigilancia de desastres naturales y accidentes con productos peligrosos; política de salud ambiental y del trabajador; investigación en salud pública; equidad en el acceso al conocimiento como un bien público regional en salud en el MERCOSUR.

### La integración en el Área Andina

La subregión Andina está constituida por Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Colombia es el país con mayor cantidad de población (41.242.948 habitantes) y Bolivia es el país con menor población (9.182.000 habitantes). La densidad de población más alta es en Ecuador y la más baja es en Bolivia. El análisis de la estructura de la población indica que Bolivia tiene la razón de dependencia más alta de la subregión, a expensas de una mayor población infantil y un aumento progresivo de la población de adultos mayores.

Bolivia y Ecuador mantienen un patrón de población mayormente rural, seguidos de Perú. Debe considerarse precisamente que en estos países existe una importante población indígena, la que comúnmente reside en el área rural dispersa.

*“No debemos olvidar, a causa del aumento del pluralismo en el Estado-nación, que el Estado tiene ciertas responsabilidades que no pueden evitarse ni delegarse. Aunque las fronteras de los Estados-nación se están volviendo cada vez más porosas, lo cual permite la difusión de propagandas que crean ciertos riesgos para la salud, el Estado debe cumplir su deber de contrarrestar esos riesgos. A pesar de que la colaboración en la protección y promoción de la salud en el contexto mundial y regional siempre será importante, el Estado sigue teniendo ciertas responsabilidades básicas. El tipo de gobierno mundial que se arroga las responsabilidades básicas del Estado en lo que concierne a la promoción de la salud y la lucha contra ciertos riesgos para la salud es una transición que es improbable que lleguemos a ver.”*

George A.O. Alleyne, 2002

Las migraciones internacionales constituyen una de las realidades más complejas y desafiantes en los países de la subregión, ya que los patrones de origen y destino cambian constantemente; sin embargo existen flujos interregionales e intrarregionales más o menos caracterizados. En general prima el patrón migratorio laboral, vinculado a las profundas asimetrías económicas entre estos países. Otra causa importante de migración es el desplazamiento de poblaciones debido a la violencia política y conflictos bélicos internos, como es el caso de Colombia. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) estima entre 2 y 3,3 millones el número de personas desplazadas internamente en los países de la subregión Andina, muchos de los cuales buscan refugio en otros países de la subregión.

El proceso de integración en la subregión comenzó en 1969 y culminó con la creación formal de la **Comunidad Andina de Naciones (CAN)** en 1996, cuya Secretaría General tiene sede permanente en Lima, Perú. La CAN está conformada actualmente por Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. Son miembros asociados Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

El proceso de integración político comercial de la CAN tiene su equivalente en el sector salud, con las Reuniones de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA) suscritas al Convenio Hipólito Unanue sobre Cooperación en Salud de los Países del Área Andina. Este Convenio, que fue designado en 2001 con el nombre de Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), tiene como objetivo coordinar y apoyar los esfuerzos que realizan los países miembros, individual o colectivamente, para el mejoramiento de la salud de sus pueblos. Coordina y promueve acciones destinadas a mejorar el nivel de salud de sus países miembros, dando prioridad a los mecanismos de cooperación que impulsan el desarrollo de sistemas y metodologías subregionales. En ese sentido, coordina con otros órganos subregio-

*“Si bien las enfermedades nuevas y reemergentes representan una amenaza, hay también otras preocupaciones. Los desastres naturales, los accidentes químicos y nucleares, el cambio climático y sus consecuencias y el bioterrorismo pueden afectar la seguridad de la salud pública internacional. Sin embargo, las mismas fuerzas de la globalización que permiten que los patógenos se muevan libremente en el mundo, pueden usarse para construir alianzas multinacionales para ayudar a expandir el acceso a las medicinas y las vacunas, a mejorar la infraestructura de la salud pública en los países en desarrollo y a iniciar mejores programas de educación de recursos humanos en salud pública en todo el mundo.”*

Mirta Roses, 2007

nales, regionales e internacionales las acciones que concurren a ese fin. El órgano Directivo del ORAS-CONHU es la REMSAA.

En el marco de la REMSAA han habido avances en materia de acceso a medicamentos, y la Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos desarrolló un plan de trabajo para dar continuidad al proceso de negociación conjunta de medicamentos contra el VIH/sida.

En relación a la salud en las fronteras, el ORAS-CONHU está implementando el Proyecto PAMAFRO (Control de la Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina), con recursos del FMSTM y la cooperación técnica y logística de la OPS/OMS, resultado de una iniciativa de los Ministros de Salud del Área Andina y de los esfuerzos integrados de Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela (27). Su objetivo es reducir la malaria en las zonas de mayor incidencia en la subregión.

La malaria y el dengue continúan siendo importantes problemas de salud pública en todos los países de la subregión Andina, con la excepción de Chile. A la magnitud del problema, en el caso de la malaria se suma la resistencia del *Plasmodium falciparum* a la cloroquina y otras drogas antimaláricas. En el caso del dengue, circulan en la subregión los cuatro serotipos del virus, y en los últimos años se han producido brotes de dengue hemorrágico. Si bien la rabia humana transmitida por los perros está en fase de eliminación, se vienen presentando brotes de rabia silvestre transmitida por vampiros en la región amazónica, que afectan principalmente a las comunidades nativas de la Amazonía. La epidemia de VIH/sida está aún concentrada en grupos de alto riesgo. La prevalencia en adultos de 15 a 49 años de edad es de 0,5%, mientras que en hombres que tienen sexo con hombres esta sobrepasa 10%, aunque existe una amplia variabilidad dependiendo de la ciudad y el grupo de población que se estudie. La principal vía de transmisión es la sexual, aunque en Chile la transmisión parenteral entre usuarios de drogas inyectables es también una importante forma de transmisión. El mayor inter-

cambio comercial y los tratados de libre comercio revelan la necesidad de contar con normas fito y zoonosanitarias en la legislación sobre alimentos, así como de establecer redes de laboratorio para el análisis y certificación de calidad de los alimentos de consumo interno y de exportación.

### La integración en Centroamérica

La subregión centroamericana incluye Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana, y acoge alrededor de 50 millones de habitantes. Desde un enfoque multicultural, Guatemala identifica a 48% de su población como indígena y/u originaria, Belice 19%, Panamá 10%, Nicaragua 8%, Honduras 7%, Costa Rica 2%, y en el caso de El Salvador fue estimada en 11% en 2006 (26). Según un informe del PNUD, en total la población indígena en la región es aproximadamente 6.100.000 personas (12% de la población total de Centroamérica y la República Dominicana) (28). Según la misma fuente, en 2001 se registraba un total de 506.753 inmigrantes en todos los países del Istmo Centroamericano. Cerca de 70% provienen de los propios países de la subregión. De ellos, 59% se encuentran en Costa Rica, 16% en Panamá y el resto en otros países.

Hacia 1990 el total de emigrantes centroamericanos se aproximaba a 1.300.000 personas teniendo como principal país de destino los Estados Unidos de América. En 2000, la cifra se aproximaba a 1.800.000.

En la subregión existen importantes brechas de capacidades y oportunidades entre ricos y pobres. En El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá, el 20% más rico de la población tiene un ingreso entre 20 y 25 veces mayor que el 20% más pobre. En Costa Rica y la República Dominicana el 20% más rico de la población tiene entre 10 y 12 veces un ingreso mayor que el 20% más pobre. Nicaragua es el país menos desigual por condición de ingreso, lo que constituye una potencialidad para revertir los indicadores de salud y desarrollo (26).

Todos los países conforman a su vez el **Sistema de la Integración Centroamericana (SICA)**, del que la República Dominicana es estado asociado y el resto de los países son estados miembros. Los países centroamericanos desde hace más de 40 años han estado inmersos en procesos de integración, y alcanzaron importantes avances en la década de los noventa. El Protocolo de Tegucigalpa en 1991 crea y pone en práctica una nueva estructura institucional, cuya principal instancia es el SICA y establece una plataforma programática básica denominada Alianza para el Desarrollo Sostenible (ALIDES).

La Secretaría General del SICA (SG-SICA) tiene su sede permanente en San Salvador, El Salvador, y algunos órganos pertenecientes al sistema tienen sede en otros países: el Parlamento Centroamericano (PARLACEN) en la Ciudad de Guatemala y la Corte Centroamericana de Justicia en Managua, Nicaragua. El órgano supremo del SICA es la Reunión de Jefes de Estado y de Gobierno

de los países que lo conforman. Otras instancias institucionales son el Consejo de Ministros de Relaciones Exteriores y los Consejos Ministeriales Sectoriales —entre los que se ubica el Consejo de Ministros de Salud (COMISCA). Además el SICA cuenta con instancias intersectoriales, como la Reunión de Ministros de Agricultura, Ambiente y Salud. El SICA cuenta con un Comité Consultivo (CC-SICA) y con una Secretaría de la Integración Social (SISCA) a nivel técnico sectorial. También son parte de su estructura institucional: el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), el Consejo Superior Universitario Centroamericano (CSUCA), el Comité Coordinador Regional de Instituciones de Agua Potable y Saneamiento (CAPRE) y el Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA), entre otros.

Desde 1956 se realizó la Reunión de Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá (REMCAP). A partir de 1985, dichas reuniones pasaron a denominarse RESSCAD, por involucrar otras instituciones participantes del sector salud, como las de seguridad social y de agua y saneamiento. En 2000 se incorporó como miembro con plenos deberes y derechos la República Dominicana, que venía participando como miembro observador desde 1988. Las OPS tiene a su cargo el Secretariado técnico de la RESSCAD, según lo establecido por el artículo 3 del Reglamento de la RESSCAD aprobado en la XVI RESSCAD, celebrada en 2000.

Existen otras instancias de integración relacionadas con la agenda social: el Banco Centroamericano de Integración Económica; el Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP); el Instituto Centroamericano de Investigación y Tecnología Industrial (ICAITI); el Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central (CEPRENAC); la Comisión Regional de Recursos Hidráulicos (CRRH), y la Comisión Centroamericana Permanente para la Erradicación de la Producción, Tráfico, Consumo y Uso Ilícitos de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (CCP).

Además existen las Secretarías *ad hoc* intergubernamentales tales como: el Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social (COCISS); el Consejo de Electrificación de América Central (CEAC); el Consejo del Istmo Centroamericano de Deportes y Recreación (CODICADER); el Consejo Centroamericano de Ministros de Vivienda y Asentamientos Humanos (CCVAH); la Comisión de Ciencia y Tecnología de Centroamérica y Panamá (CTCAP).

### La integración en el Caribe

La subregión del Caribe comprende Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, San Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Trinidad y Tabago; los territorios de ultramar del Reino Unido: Anguila, Bermuda, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Montserrat, y Turcos y Caicos; los departamentos franceses en las Américas: Guayana Francesa, Guadalupe y Martinica y los

territorios autónomos de las Antillas Neerlandesas de Bonaire, Curazao, Saba, San Eustaquio y San Martín.

La subregión se compone de pequeñas islas y estados en tierra firme, con superficies que van desde los 13 km<sup>2</sup> (Saba) a 214.970 km<sup>2</sup> (Guyana). La cantidad de población oscila entre aproximadamente 1.400 habitantes (Saba) a 2.651.000 (Jamaica). Esta subregión multilingüe, multiétnica y multicultural es muy heterogénea en términos de su desarrollo socioeconómico, sus condiciones de salud, necesidades de salud y recursos.

En lo que refiere a la cooperación técnica, la subregión presenta un complejo panorama. Los países son miembros de varios procesos de integración subregional, algunos de los cuales cuentan incluso con la participación de países latinoamericanos, como la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA) y la Asociación de Estados del Caribe (ACS). Además, todos los países independientes mantienen relaciones y acuerdos bilaterales con otros países, algunos con Cuba y otros con instituciones financieras multilaterales, como el Banco Mundial o el FMI. El FMSTM, el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del Sida (PEPFAR), y la Fundación William J. Clinton apoyan proyectos en salud en la subregión. Algunas poderosas ONG, asociaciones profesionales y empresas privadas que operan a nivel subregional y nacional movilizan recursos que muchas veces sobrepasan los del sector público. Las agencias de la ONU y del Sistema Interamericano son también actores de la cooperación en la subregión.

La principal entidad de cooperación subregional es la **Comunidad del Caribe (CARICOM)**, cuyo Secretariado tiene su sede en Georgetown, Guyana. La Oficina de Coordinación de Programas en el Caribe (OCPC) de la OPS/OMS firmó en 1978 un acuerdo con la CARICOM, y también coopera con la Organización de los Estados del Caribe del Este (OECS) y con la ACS. El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), además de ser centros especializados de la OPS/OMS, son parte de las Instituciones Regionales de Salud (RHI) del CARICOM. El Instituto de Salud Ambiental del Caribe (CEHI), el Consejo de Investigación en Salud del Caribe (CHRC) y el Laboratorio Regional del Caribe para el Análisis de Medicamentos (CRDTL), son también instituciones de salud del sistema de la CARICOM.

En 2005, la OPS/OMS desarrolló la Estrategia de Cooperación con el Caribe Oriental (ECCS) 2006–2009, que define cinco direcciones estratégicas: facilitar que los sistemas de salud brinden acceso equitativo y mejoren la calidad de los servicios; fortalecimiento del liderazgo en salud pública; reducción de la mortalidad prevenible, la morbilidad evitable y la discapacidad en áreas prioritarias; reducción de la vulnerabilidad y amenazas por causas económicas y ambientales; y facilitar el óptimo uso de los acuerdos mundiales, regionales y subregionales para el avance del desarrollo nacional en salud (29).

Los principales desafíos en salud de la subregión se reflejan en las prioridades del marco estratégico de la CARICOM para coo-

peración en salud, Cooperación para la Salud en el Caribe (CCH). El CCH identificó las siguientes prioridades para su segunda fase (1999–2003): desarrollo de sistemas de salud, desarrollo de recursos humanos, salud familiar, alimentación y nutrición, enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles, salud mental y salud ambiental. Se reconoció a la promoción de la salud como una estrategia transversal. La Declaración de Nassau de los Jefes de Gobierno del CARICOM (2001) incluyó la ratificación de los compromisos de la segunda fase de la CCH como “el marco de trabajo bajo el cual se deben considerar los planes regionales, subregionales, nacionales e institucionales del sector”. La declaración enfatizó el VIH/sida, las enfermedades crónicas no transmisibles y la salud mental como prioridades para la acción (30). Una posterior evaluación de la segunda fase de la CCH, solicitada por los Jefes de Gobierno, indicó varios avances y algunas debilidades. La tercera fase, cuyo diseño se está culminando actualmente, va a cubrir el período 2007–2015 y va a abordar las conclusiones de la mencionada evaluación.

### La integración en América del Norte

Canadá, Estados Unidos de Norteamérica y México implementaron a partir de enero de 1994 el **Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN)**.

Los países de América de Norte, aunque tienen algunas particularidades semejantes, se diferencian en lo general en términos sociales, económicos, demográficos, epidemiológicos, de situación de salud y respuesta del sistema. Esta área geográfica cuenta con aproximadamente 442 millones de habitantes (49% del total de la población de las Américas) y en los Estados Unidos se concentran poco más de 301 millones de personas. En cada uno de los tres países, gran parte de la población vive en el área urbana; solo el 21% de la población de la región vive en el área rural. México se diferencia de Canadá y Estados Unidos al tener una tasa cruda de natalidad mayor (19,6 por 1.000 habitantes contra 10,1 y 13,9, respectivamente). En promedio, el área presenta una razón de dependencia de 49,9 % siendo la mayor en México con 56% (26).

La subregión de América del Norte está caracterizada por una alta migración y cruces transfronterizos. Tan solo en la frontera de México con Estados Unidos se estima que ocurren aproximadamente 400 millones de cruces transfronterizos al año (31). Por otro lado la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) informó que en 2006, aproximadamente 450.000 personas indocumentadas emigraron de México hacia otros lugares del mundo, la mayoría de ellas hacia Canadá y Estados Unidos (32). De acuerdo con las autoridades migratorias de Estados Unidos, se estima que aproximadamente 11 millones de personas indocumentadas residen en ese país, seis millones provenientes de México (33).

El intercambio comercial entre los tres países miembros del TLCAN se incrementó en los primeros 11 años, pasando de US\$ 297.000 millones en 1993 a US\$ 810.000 millones en 2005. La interdependencia comercial entre los tres países se refleja en el hecho de que Canadá y México se hayan convertido en el primero y segundo, respectivamente, mercados más grandes para Estados Unidos. Por otro lado, en lo que se refiere al intercambio agrícola México ha triplicado sus exportaciones a Estados Unidos pasando de US\$ 3.600 millones en 1993 a US\$ 9.300 millones en 2005 (34).

Simultáneamente a la firma del TLCAN, los países miembros firmaron dos acuerdos colaterales: el Acuerdo de Cooperación Laboral de América del Norte (ACLAN) y el Acuerdo de Cooperación Ambiental de América del Norte (ACAAN). Para la implementación de dichos acuerdos colaterales, los miembros del TLCAN crearon la Comisión para la Cooperación Laboral y la Comisión para la Cooperación Ambiental. Adicionalmente México y Estados Unidos crearon la Comisión de Cooperación Ecológica Fronteriza y el Banco de Desarrollo de América del Norte.

En una de sus más recientes publicaciones, la Comisión para la Cooperación Ambiental analiza los datos disponibles de los Registros de Emisiones y Transferencia de Contaminantes de América del Norte, destacando los informes de las sustancias cancerígenas, los tóxicos del desarrollo y los neurotóxicos. Aunque solo se contó con los datos disponibles para Canadá y Estados Unidos, el informe aborda en particular el impacto de estas sustancias en la salud de la población infantil de América del Norte (35).

El enfoque principal del TLCAN es hacia la integración económica, y algunos aspectos de salud son abordados a través de los acuerdos laborales y de ambiente. La OPS ha prestado cooperación técnica en el área ambiental, a través de la Comisión respectiva, y en la construcción de consenso para el Reglamento Sanitario Internacional, el cual ha sido lanzado en junio de 2007, con una participación destacada de los tres países que conforman el TLC y la asesoría técnica de la OPS/OMS. Adicionalmente, la OPS mantiene una presencia permanente en la frontera mexicano-estadounidense a través de la Oficina de Campo para la Frontera entre México y Estados Unidos de América. Ubicada en El Paso, Texas, la Oficina fue creada en 1942 a solicitud de los Gobiernos de ambos países, y articula e implementa un programa de cooperación técnica de la OPS con los 10 estados fronterizos (Arizona, California, Texas y Nuevo México de Estados Unidos; Baja California, Coahuila, Chihuahua, Nuevo León, Tamaulipas y Sonora de México) y los gobiernos locales, con el acompañamiento de ambos niveles federales. El programa de cooperación se centra en la coordinación de esfuerzos para el abordaje binacional de la compleja problemática de salud de la población fronteriza. El programa fundamentalmente contribuye a mejorar el intercambio de la información en salud, la compilación de datos básicos comparativos entre ciudades hermanas, estados fronterizos y de los dos países, la vigilancia y el control de enfermedades transmisibles

como la tuberculosis y el VIH/sida, y más recientemente en el análisis de la situación y determinación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, en particular la diabetes.

## Referencias

1. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD Journal on Development. Development Co-operation Report 2005. Vol. 7 No. 1. Paris: OECD; 2006.
2. Organization for Economic Cooperation and Development. Online CRS database on aid activities and DAC online database on annual aggregates. Disponible en: <http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>. Acceso el 30 de setiembre de 2006.
3. Organization for Economic Cooperation and Development. Aid flows top 100 billion in 2005. Disponible en: <http://www.oecd.org>. Acceso el 30 de setiembre 2006.
4. Asamblea General de las Naciones Unidas. Vigésimo quinto período de sesiones. Resolución de la Asamblea General 2626 (XXV) del 24 de octubre de 1970. Estrategia Internacional del Desarrollo para el Segundo Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
5. Radelet S. A primer for foreign aid. Working paper No. 92. Washington, DC: Center for Global Development; 2006.
6. Organization for Economic Cooperation and Development. Recent trends in Official Development Assistance to Health. Paris: OECD; 2006. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/1/11/37461859.pdf>. Acceso el 30 de setiembre de 2006.
7. Organization for Economic Cooperation and Development. Aid to health—disbursement—pivot tables. Paris: OECD; 2006. Disponible en: <http://www.oecd.org>.
8. Banco Mundial. Informe Anual 2005. Washington, DC: BM; 2006.
9. Banco Interamericano de Desarrollo. Informe anual 2005. Washington, DC: BID; 2006.
10. Banco Centroamericano de Integración Económica. XLIV Memoria anual de labores 2005. Tegucigalpa: BCIE; 2006.
11. Banco Centroamericano de Integración Económica. Tendencias y perspectivas económicas de Centroamérica. Tegucigalpa: BCIE; 2006.
12. Corporación Andina de Fomento. Informe anual 2005. Caracas: CAF; 2006.
13. Caribbean Development Bank. Annual report 2005. Wildey (Barbados): CDB; 2006.
14. MacKeller L. OECD Development Centre Working paper No. 244. Priorities in global assistance for Health, AIDS and Population (HAP). (DEV/DOC (2005)04). Paris: OECD; 2005.
15. World Health Organization. Health statistics; Burden of disease project [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo>. Acceso el 30 de setiembre de 2006.
16. Bill & Melinda Gates Foundation; McKinsey & Company. Global Health Partnerships: Assessing Country Consequences. Washington, DC: McKinsey & Company; 2005.
17. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Funds committed and disbursed [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.theglobalfund.org>. Acceso el 30 de setiembre de 2006.
18. GAVI Alliance. A brief description of the GAVI Alliance and Fund [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.gavialliance.org>. Acceso el 3 de setiembre de 2006.
19. World Health Organization. Onchocerciasis Elimination Program for the Americas (OEPA) [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.who.int>. Acceso el 30 de setiembre de 2006.
20. Organización Panamericana de la Salud. 47° Consejo Directivo. Evaluación de la ejecución del presupuesto por programas bienal de la Organización Panamericana de la Salud, 2004–2005. (CD47/10). Washington, DC; setiembre 2006.
21. Organización Panamericana de la Salud. 136ª Sesión del Comité Ejecutivo. La cooperación técnica entre países de la región. (CE136/11). Washington, DC; 2005.
22. Organización Panamericana de la Salud. 40ª Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo. Marco de la OPS para la movilización de recursos. (SPP40/4). Washington, DC: OPS; 2006.
23. Banco Mundial. Declaración de Roma sobre armonización. Disponible en: <http://www.worldbank.org/harmonization>. Acceso el 30 de setiembre de 2006.
24. Seco S, Martínez J. An overview of Sector Wide Approaches (SWAPs) in health. Are they appropriate for aid-dependant Latin American countries? London: DFID Health Systems Resource Centre; 2001.
25. Dos Santos J. Harmonization and alignment for achieving greater aid effectiveness. Available information on country level activities [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.aidharmonization.org>. Acceso el 30 de setiembre de 2006.
26. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2006. Washington, DC: OPS; 2006.
27. Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unánue. [Información]. Disponible en: <http://www.orasconhu.org>. Acceso el 23 de agosto de 2006.
28. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Segundo informe sobre desarrollo humano en Centroamérica y Panamá. ASDI; PNUD; 2003.
29. Pan American Health Organization. Eastern Caribbean cooperation strategy. 2006–2009. Office of the Caribbean Program Coordinator; 2005.
30. Caribbean Community Secretariat. Nassau Declaration on Health 2001: the health of the region is the wealth of the region. Nassau: CARICOM; 2001.

31. United States, U.S. Customs and Border Protection. Office of Field Operations Strategic Plan Fiscal Year 2007–2011. Securing America's borders at ports of entry; 2006.
32. International Organization for Migration. Mexico: Facts and Figures. Available at: <http://iom.int/jahia/page484.html>. Acceso el 25 de junio de 2007.
33. Hoefer M, Rytina N, Campbell C. Estimates of the unauthorized immigrant population residing in the United States: January 2005. Population estimates. August 2006. Office of Immigration Statistics. U.S. Department of Homeland Security. Disponible en: [www.uscis.gov/graphics/shared/statistics/publications/ILL\\_PE\\_2005.pdf](http://www.uscis.gov/graphics/shared/statistics/publications/ILL_PE_2005.pdf).
34. United States, Executive Office of the President, Office of the United States Trade Representative. Trade Facts; marzo 2006.
35. Commission for Environmental Cooperation. Toxic Chemicals and Children's Health in North America: A Call for Efforts to Determine the Sources, Levels of Exposure, and Risks that Industrial Chemicals Pose to Children's Health; May 2006. Disponible en: [http://www.cec.org/pubs\\_docs/documents/index.cfm?varlan=english&ID=1965](http://www.cec.org/pubs_docs/documents/index.cfm?varlan=english&ID=1965). Acceso el 17 de julio de 2007.

# Capítulo 6

## PERSPECTIVAS PARA LA SALUD REGIONAL

Los países de las Américas han logrado un importante progreso en la reducción de la mortalidad y la morbilidad en los últimos decenios, aunque todavía persisten las desigualdades entre los países y las inequidades al interior de los mismos. Tanto ese progreso como esas desigualdades ocurren en circunstancias con un patrón de flujo constante. Al mirar hacia el futuro, la continuación de ese progreso y la corrección de esas desigualdades dependerán de innumerables factores y tendencias dinámicos y de la forma en que los aborden las personas, las poblaciones, los gobiernos y la comunidad internacional.

### Tendencias condicionantes del futuro de la salud

La salud en las Américas en los años y decenios venideros se configurará a medida que se desenvuelvan las tendencias actuales. Predominarán tres macrotendencias que guardan relación con el panorama socioeconómico, la situación de salud y la respuesta de los sistemas de salud, lo cual explica la estructura del contenido, a saber, el contexto general, las condiciones de salud y la respuesta sectorial, en los volúmenes de esta publicación que tratan tanto de la Región como de los países.

**Tendencias socioeconómicas.** Como se ha descrito en las páginas precedentes, una gama de tendencias socioeconómicas, a saber, las relacionadas con la economía, la población, la educación, el medio ambiente, el acceso a la salud y la ayuda internacional, inciden en la salud de la población de la Región. Aunque el producto interno bruto per cápita en América Latina y el Caribe aumentó más de 4% en el período 2001 a 2005 y el número de pobres disminuye, 40% de la población (205 millones de personas) sigue viviendo en la pobreza y más de 15% (79 millones), en condiciones de pobreza extrema. El ingreso y su distribución influyen mucho en el estado de salud.



Si bien el crecimiento demográfico de la Región se ha desacelerado, una porción cada vez mayor de esa población es mayor de 60 años. Los sistemas de salud necesitarán tener en cuenta el perfil de salud de la población que envejece y las repercusiones que tendrá esa situación para la naturaleza y la prestación de servicios de salud. Un segundo factor demográfico importante que influye en la salud es la urbanización que, a pesar de permitir que la gente tenga mayor acceso a los servicios sociales, también tiende a promover patrones de comportamiento nocivos para la salud, entre ellos, la nutrición deficiente, el abuso de drogas y alcohol, la enajenación y la violencia.

El progreso alcanzado en materia de educación en las Américas —si bien todavía se ve comprometido por inequidades en lo que respecta a género, grupo étnico y localización geográfica— se ha caracterizado por importantes aumentos en los dos últimos decenios. Cerca de 94% de la población sabe leer y escribir y alrededor de 95% de los niños y las niñas están matriculados en programas de educación primaria.

América Latina y el Caribe han alcanzado altas tasas generales de cobertura de abastecimiento de agua (91%) y saneamiento (77%), aunque las zonas rurales suelen tener menos cobertura. Los principales retos ambientales emanan de la contaminación del aire, el agua y el suelo, los riesgos de la industrialización y el desarrollo sin planificación, así como el impacto destructor de los desastres.

Millones de personas en la Región carecen de cobertura de seguro de enfermedad (218 millones) y de acceso a servicios de salud (más de 100 millones). Esta exclusión de la atención de salud es el resultado de la pobreza, la marginación y varias formas de discriminación y estigmatización que, a su vez, guardan relación con la diferencia de idioma, el empleo informal, el desempleo y subempleo, el aislamiento geográfico, y la falta de educación y de acceso a información.

Una tendencia socioeconómica final guarda relación con la ayuda oficial para el desarrollo. Gran parte de esa ayuda se destina ahora a otras regiones del mundo, lo que da como resultado una menor proporción para las Américas o, en el caso de la asistencia bilateral, se enfoca en determinados países en lugar de concentrarse en el desarrollo general de la Región.

**Tendencias en la situación de salud.** Las enfermedades transmisibles —como la malaria, el dengue, la tuberculosis, la infección por el VIH/sida y la zoonosis— siguen representando grandes amenazas para la salud de la población de América Latina y el Caribe y ciertas enfermedades “desatendidas”—entre ellas la filariasis, la leptospirosis y la enfermedad de Chagas— afligen desproporcionadamente a los pobres de la Región. Sin embargo, con frecuencia cada vez mayor, las principales causas de defunción y enfermedad en todos los países de las Américas son las enfermedades crónicas no transmisibles —particularmente, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes— junto con la violencia, los traumatismos, las enfermedades ocupacionales y la enfermedad mental.

Si bien, en general, los indicadores de salud han mejorado en el pasado reciente, en gran medida como resultado de las intervenciones en atención primaria, persisten las desigualdades en materia de salud. Los grupos indígenas, las mujeres, los pobres y las personas carentes de instrucción, los habitantes de las zonas rurales y los ancianos son menos sanos que otros grupos de la sociedad.

**Tendencias en los sistemas de salud.** Entre las tendencias más predominantes características de los sistemas de salud de la Región están la segmentación de los servicios, la deficiencia de las políticas de financiamiento de la salud, la asignación deficiente de recursos de salud y el hincapié en la atención terciaria e individual a expensas de la atención primaria y pública. Las reformas del sector de salud iniciadas en el decenio de 1990 en realidad debilitaron la posición de los Ministerios de Salud, al deteriorar su capacidad para asumir el liderazgo del sector y realizar sus funciones esenciales de salud pública.

El gasto nacional en salud en América Latina y el Caribe representó menos de 7% del producto interno bruto de la Región (alrededor de US\$ 500 per cápita al año) y comprendió dos rubros principales, a saber, gasto en salud pública (sobre todo en servicios gubernamentales) y gasto privado (incluidos los gastos directos en bienes y servicios).

La fuerza laboral en salud presenta varios problemas: en muchos países, hay demasiado pocos trabajadores disponibles para atender las necesidades de la población (menos de 25 trabajadores de salud por 10.000 habitantes, lo que se considera una cobertura mínima); esos trabajadores de salud tienen una distribución desigual y no han recibido la debida formación ni capacitación para atender las necesidades de salud de la población. Además, la atención de esas necesidades en el futuro exigirá políticas e inversiones de capital focalizadas en ciencia y tecnología aplicadas a la salud.

### Respuesta a las tendencias regionales: La Agenda de Salud para las Américas, 2008–2017

Como ha sucedido muchas veces en más de un siglo, y al encarar hoy las tendencias y los desafíos descritos en los párrafos precedentes, los países de las Américas se han unido una vez más en su compromiso de trabajar juntos por mejorar la salud de la población de toda la Región. Con ese fin, han elaborado colectivamente una Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017 que “considerará las tendencias y los desafíos previstos para el decenio y se centrará en mejoras concretas a la salud de los pueblos de las Américas”. Aprobada por delegaciones de los países de las Américas ante la Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra, mayo de 2007) y lanzada en la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (Ciudad de Panamá, junio de 2007), la Agenda de Salud es un “instrumento político de alto nivel” que establece metas regionales específicas de salud pública en ocho “áreas de acción” principales, cuyo fin conjunto es redu-

## Una tradición de planes regionales de salud

Entre otras funciones importantes, los gobiernos fijan metas para mejorar la salud de sus poblaciones y, dentro del contexto de esas metas, evalúan las condiciones y las brechas de salud. En una determinada coyuntura en la historia de un país, esa evaluación señalará invariablemente el progreso alcanzado y pendiente. Los países de las Américas han trabajado juntos por más de un siglo para enfrentar colectivamente los desafíos nacionales y regionales en materia de salud, y sus esfuerzos se han cristalizado por más de medio siglo en planes regionales de salud. Por definición, esos planes nacionales de salud constituyen proyectos básicos para la acción continental y nacional con objeto de mejorar la salud y el bienestar de los pueblos de las Américas.

En 1961, con la Carta de Punta del Este y, en particular, el **Programa Decenal de Salud Pública** de la Alianza para el Progreso, los países de la Región, en las más altas esferas políticas, concuerdan por primera vez en un programa continental para fomentar la salud. Ese programa fija la meta de "aumentar en un mínimo de cinco años la esperanza de vida al nacer y elevar la capacidad de aprender y producir, mejorando la salud individual y colectiva". Con ese fin, el programa recomienda la preparación de planes nacionales y la formulación de una política general de salud.

En 1972, los Ministros de Salud de las Américas, al reanudar el trabajo donde terminó la Carta de Punta del Este, formulan un nuevo **Plan Decenal de Salud para las Américas** que declara la salud como un derecho universal, reconoce la importancia de la participación social en la adopción de decisiones y fija como nueva meta principal la extensión de los servicios de salud a las poblaciones desatendidas y subatendidas "para posibilitar la cobertura total de la población por el sistema de servicios de salud en todos los países de la Región", presagiando así lo que se convertiría en la aspiración mundial de salud para todos.

Tal como lo habían hecho al principio de los dos decenios precedentes, al comienzo de los años ochenta los países de la Región se dieron a la tarea de evaluar los logros y las deficiencias en la realización de los planes anteriores de salud para las Américas y de preparar un nuevo plan a la luz de la experiencia adquirida hasta entonces. Ya en 1980, la mayoría de los países habían definido o confirmado sus estrategias nacionales para lograr la meta de salud para todos, en consonancia con la Declaración de Alma-Ata hecha en 1978 por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud y adoptada posteriormente por la Asamblea Mundial de la Salud en 1979. Esas estrategias nacionales se convierten en la base para formular las **Estrategias regionales de salud para todos en el año 2000**. En los años noventa, hubo una serie de planes de acción regionales y de orientaciones estratégicas y prioridades programáticas.

En este continuo de planificación regional en salud, la **Agenda de Salud de las Américas, 2008–2017**, es la última de una serie de expresiones de la voluntad colectiva de los países de la Región por conseguir una mejor salud para sus poblaciones.

cir las desigualdades entre los países y las inequidades al interior de los mismos.<sup>1</sup> Esas áreas de acción se resumen a continuación:

**1. Fortalecer la autoridad sanitaria nacional.** Las autoridades sanitarias deben buscar un amplio compromiso con el desarrollo de la salud de la población y la voluntad política de las altas esferas para apoyar ese desarrollo, para lo cual necesitarán asegurar la debida gobernanza, un liderazgo eficaz y una rendición de cuentas transparente. Para el logro de esos fines, las autoridades sanitarias nacionales deberán seguir varias estrategias de importancia crítica, a saber, asumir el papel rector en salud; realizar funciones esenciales de salud pública; conseguir la participación de otros sectores, la sociedad en general y las comunidades, con una clara delineación de las respectivas funciones de las diversas partes; fortalecer los enfoques de atención primaria de salud y abordar los determinantes sociales de la salud; hacer los arreglos para crear marcos jurídicos que permitan la gestión apropiada del sistema de salud; basar la adopción de decisiones en pruebas validadas; establecer sistemas fiables de información para la administración financiera, la preparación de presupues-

tos y la contabilidad; y defender una función central para la salud como parte de la agenda de desarrollo continental.

**2. Abordar los determinantes de la salud.** La educación, el empleo, el ingreso y otros factores sociales tienen un impacto directo en la salud. De ello se desprende que los logros en materia de salud no dependen totalmente de los esfuerzos del sector de salud; más bien, la mejora de la salud de la población exige acción en varios frentes sociales y colaboración entre muchas otras instituciones y sectores, a saber, educación, agricultura, aplicación de la ley, transporte y otros similares. Será importante asegurar que los planes de desarrollo nacional aborden los determinantes de la salud y asignen recursos para superar los problemas de exclusión social, exposición a riesgos y violencia, urbanización no planeada y los efectos del cambio climático. Los países querrán mantener y ampliar las campañas de promoción de la salud, enfocándose particularmente en las madres, los niños y las familias, por medio de nutrición apropiada, lactancia materna, vacunación y prevención y control de las enfermedades respiratorias e infecciosas.

**3. Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad.** En la actualidad, la incertidumbre del mer-

<sup>1</sup>La versión completa de la Agenda de Salud está disponible en [http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda\\_de\\_Salud.pdf](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf).

cado de trabajo en los países de la Región compromete el ingreso de la familia y, por extensión, la seguridad social y el acceso a la atención de salud. Para las familias carentes de protección, el gasto en servicios de salud puede ser catastrófico. Los gobiernos deben respaldar las políticas públicas que protejan a todos sus ciudadanos; que aseguren el acceso de la población a los servicios de atención de salud, los medicamentos y las tecnologías necesarios; que lleven a prestar servicios integrales, eficaces y eficientes mediante remisión directa y cruzada, prácticas basadas en pruebas científicas y modelos de atención de la familia y la comunidad centrados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; y que regulen la atención de salud en el sector privado para que contribuya a lograr las metas nacionales de salud pública.

**4. Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades en salud al interior de los mismos.** Aunque los indicadores regionales muestran que se han logrado importantes adelantos en la salud de la población en decenios recientes, persisten grandes desigualdades entre los países y profundas inequidades al interior de los mismos. Las personas privadas sistemáticamente de los beneficios de la inclusión social —los pobres, las personas con un grado mínimo o nulo de educación, los habitantes de las zonas rurales, los pueblos indígenas y otros grupos étnicos, las mujeres y los ancianos, entre otros— sufren los peores niveles de salud o están expuestos a los mayores riesgos para la salud o tienen menos acceso a los servicios de salud. Los gobiernos necesitan proporcionar intervenciones en materia de salud que respondan a las necesidades especiales de cada grupo: servicios de salud culturalmente aceptables para los grupos indígenas, que respeten sus derechos como ciudadanos; servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres, desde la concepción hasta la atención del recién nacido; atención integrada de los adolescentes y adultos jóvenes que aborde sus necesidades de desarrollo, salud mental y tendencias hacia patrones de comportamiento arriesgados; mantenimiento de la calidad de vida de los ancianos y su participación en su propio cuidado; y garantía de paridad en las políticas y programas de salud para hombres y mujeres. La asistencia para el desarrollo internacional debe concentrarse en actividades de financiamiento que contribuyan a reducir las inequidades en salud.

**5. Reducir los riesgos y la carga de enfermedad.** En cada país de las Américas, está cambiando el perfil epidemiológico— se proyecta una intensificación de los cambios en los años venideros— y el sector de salud necesita adaptar sus políticas y programas de conformidad con ello. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles siguen siendo importantes y se deben hacer esfuerzos intensivos para controlar y eliminar las enfermedades “desatendidas” que tienden a afligir en forma desproporcionada a los pobres. Al mismo tiempo, los países necesitarán abordar las principales causas de enfermedad y muerte: las enfermedades no transmisibles—la diabetes, las enfermedades

cerebrovasculares y cardiovasculares, el cáncer, etc.—y las causas externas, como las lesiones por tráfico, los homicidios y otras formas de violencia. Con ese fin, las personas, los sectores de salud y educación, los medios de comunicación y la sociedad en general deben promover activamente modos de vida y patrones de comportamiento saludables, entre los cuales los principales son la disponibilidad de alimentos más sanos, mejores hábitos de alimentación, una mayor actividad física y el abandono del hábito de fumar.

**6. Fortalecer la gestión y el desarrollo de los trabajadores de salud.** Los países de la Región, incluso los más desarrollados, así como las zonas al interior de todos ellos, experimentan escasez crítica de médicos y personal de enfermería. Para atender las necesidades crecientes y cambiantes de trabajadores de salud, los gobiernos deben basar sus políticas y planes sobre la fuerza laboral en salud en pruebas referentes a esas necesidades; buscar la distribución equitativa de trabajadores de salud para asegurar la disponibilidad de sus servicios a los más necesitados; promover condiciones de trabajo que permitan poner freno a la emigración de trabajadores de salud; mejorar la gestión del personal de salud, y vincular la capacitación de los trabajadores de salud a las necesidades de los servicios de ese sector.

**7. Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología.** La investigación permite que los países entiendan mejor la relación existente entre los determinantes de la salud y sus consecuencias y seleccionen intervenciones apropiadas y eficaces. El diseño de políticas de salud y la realización de programas de salud deben basarse en las pruebas de la investigación más actualizada. Los países deben alentar la investigación sobre la naturaleza y el alcance de los determinantes sociales de la salud, fortalecer la investigación sobre medicinas tradicionales y complementarias, vigilar la observancia de los principios de bioética y asegurar la aplicación equitativa de los adelantos científicos y tecnológicos.

**8. Fortalecer la seguridad sanitaria.** La seguridad individual y colectiva en todas las Américas se ve amenazada cuando atacan las pandemias y los desastres naturales y aquellos causados por el hombre. Los desplazamientos migratorios y las prácticas poco seguras observadas en el comercio de alimentos pueden acelerar la transmisión de enfermedades. Los gobiernos deben prepararse para atender emergencias sanitarias y brotes de enfermedad y estar listos para proporcionar socorro cuando ocurran. Para prevenir y controlar la propagación de la enfermedad dentro y más allá de sus fronteras, los países deben asegurar el cumplimiento con la última versión del Reglamento Sanitario Internacional. Los esfuerzos conjuntos entre los sectores de salud y de agricultura deben concentrarse en prevenir y controlar las zoonosis, incluidos los preparativos para hacer frente a una posible pandemia de influenza aviar. Además, los países deben colaborar con

las organizaciones internacionales para responder con rapidez y eficacia a circunstancias que amenacen la seguridad sanitaria.

### Perspectivas referentes a la acción en salud

En su presentación de la Agenda de Salud a la comunidad internacional, los Ministros y Secretarios de Salud de los países de las Américas instaron encarecidamente “a todos los gobiernos, a la sociedad civil y a la comunidad internacional que contribuye con la cooperación técnica y el financiamiento para el desarrollo, a considerar esta Agenda como una guía e inspiración para la formulación de políticas públicas y la ejecución de acciones para la salud, en pro del bienestar de la población de las Américas”. Para apoyar esa declaración, la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud invitó a un selecto grupo de expertos internacionales en salud pública a que ofrecieran su orientación con respecto al futuro de la salud en las Américas y a la ejecución de la Agenda de Salud. En particular, se preguntó a los expertos: “¿Qué orientación daría usted a las autoridades normativas y decisorias sobre la ejecución de la Agenda de Salud para las Américas y qué perspectivas de cambio les recomendaría que tuvieran en cuenta?” A continuación se presentan las respuestas a esta doble pregunta dadas por 10 distinguidos líderes con profunda experiencia en el campo de la salud internacional: George A.O. Alleyne, Stephen Blount y Jay McAuliffe, Paolo Buss, Nils Kastberg, Gustavo Kourí, Sylvie Stachenko, Muthu Subramanian, Ricardo Uauy, y Marijke Velzeboer-Salcedo. Estas respuestas mencionan una amplia gama de temas, desde las prioridades epidemiológicas y las consideraciones relacionadas con grupos de población y grupos de edad, hasta los desafíos para el sector de salud y la fuerza de trabajo sanitaria. Hay tres temas recurrentes, a saber, la necesidad de corregir las inequidades en salud, la importancia de la colaboración intersectorial y la cooperación internacional, y la función de la información, los conocimientos, la ciencia y la tecnología para afianzar la salud, que subrayan la riqueza de estas perspectivas sobre el futuro de la salud en las Américas; esos temas se destacan en todo este capítulo (“Temas recurrentes”).

### Comentarios del Dr. George A.O. Alleyne

Al proporcionar orientación a las autoridades normativas y decisorias sobre la ejecución de la Agenda de Salud para las Américas y las perspectivas de cambio que deben tener en cuenta, asumiré que esas personas representan el mismo “tipo” de persona, de manera que no haré ninguna distinción entre ellas en mi respuesta y me referiré a ellas, en general, como “autoridades normativas”; además, asumiré que estas son autoridades normativas en el sector de salud. Mi respuesta comprende seis “orientaciones” principales.

**Apreciar la naturaleza de la política pública y la función de las autoridades normativas.** El proceso de cambio en mate-

ria de política necesita abordarse con una clara comprensión del proceso político. Como señala Michael Reich en “The Politics of Reforming Health Policies” ([La política de la reforma de las políticas de salud]):

La primera aptitud consiste en evaluar las intenciones y acciones políticas de los interesados directos. Los interesados directos incluyen personas, grupos y organizaciones que tienen un interés en una política y la posibilidad de influir en las decisiones relacionadas con ella. . . . En general, se necesitan estrategias políticas para abordar cuatro factores que determinan la factibilidad política de un cambio de políticas. Los cuatro factores son: actores, poder, posición y percepción.

Con demasiada frecuencia, las autoridades normativas en salud son ingenuas al creer que, porque su causa es noble, sus propuestas se aceptarán instantáneamente. Así, la primera orientación de importancia crítica para las autoridades normativas, en particular para las nuevas, es tener conciencia de la manera en que se forma la política pública y de los diferentes interesados directos participantes. A toda costa, deben abstenerse de reemplazar al personal técnico a menudo muy competente que tienen a su disposición. Uno de los graves problemas enfrentados en el sector de salud es el del antiguo profesional de salud que se ha convertido en autoridad normativa en el sector público sin apreciar que su función ha cambiado. El reconocimiento de la diferencia básica entre la política pública en general y la política pública saludable es imprescindible. Está bien poder dirigir la política en un campo estrecho de salud pero —como la salud está determinada por muchos factores fuera del sector de salud tradicional— es importante tener claro que la política pública saludable, que reviste importancia crítica para lograr gran parte de la Agenda de Salud, exige un conjunto específico de instrumentos, además de comprensión. La autoridad normativa tiene que entender que una política pública saludable comprende insumos técnicos, éticos y políticos y que todos esos insumos deben manejarse. La tendencia en el sector de salud es concentrarse exclusivamente en los aspectos técnicos y dejar de lado los demás. Ninguna agenda de salud, por loable que sea, e independientemente de su solidez técnica o deseabilidad social, tiene ninguna posibilidad de éxito sin una clara apreciación de la naturaleza de la política pública y de la función de las autoridades normativas, factores que, por desgracia, las organizaciones de salud que elaboran esas agendas tienden a dejar de recalcar lo suficiente.

**Adquirir los instrumentos para exponer un argumento en pro de la salud frente a otros sectores.** La Agenda de Salud habla definitivamente de las inequidades en salud, los determinantes de la salud y la necesidad de que la autoridad normativa exponga el hecho de que esas inequidades y determinantes merecen atención. Sin embargo, la tarea primordial y de mayor importancia es poder articular claramente el valor de la salud ante los

demás sectores y, por ende, ante la sociedad en general. La Agenda de Salud aborda la salud casi exclusivamente en lo que respecta al bien que representa la salud, lo que, indudablemente, es verdad. Sin embargo, si las autoridades normativas sanitarias van a exponer un argumento en pro de la asignación apropiada a la salud, tienen que hacerlo no solamente sobre la base de la importancia intrínseca de la salud, sino sobre la importancia de la contribución de la salud de la población a todos los demás aspectos del desarrollo nacional. Ya está abundantemente claro que hasta ahora hemos subestimado el valor de la salud para el bienestar económico. Si bien el hecho de preconizar la necesidad de ampliar la protección social y la responsabilidad gubernamental por ella es correcto desde el punto de vista ético, de igual o mayor importancia es el argumento de que proveer protección social ayuda a las personas y a las familias a evitar que caigan en la trampa de la pobreza o que escapen de esta última, puntos que revisten importancia crítica tanto económica como política. Hay pruebas más que anecdóticas que sirven para atestiguar la deficiencia de las exposiciones sobre el sector de salud en los foros donde se adoptan las decisiones referentes a la asignación de recursos. Esta falta de persuasividad de parte del sector de salud da como resultado directo la asignación permanentemente baja de recursos a la salud en las Américas. Por lo tanto, la autoridad normativa debe tener los instrumentos necesarios para exponer un argumento a favor del valor decisivo de la salud y, a menos que ese argumento sea convincente, la Agenda de Salud no tendrá recursos adecuados y, por lo tanto, no cumplirá sus expectativas. Ahora tenemos los instrumentos que nos permiten exponer un argumento a favor de la función de la salud en el desarrollo humano, y las organizaciones que impulsan la Agenda de Salud tienen la responsabilidad de dotar a la autoridad normativa de esos instrumentos.

La autoridad normativa puede demostrar el beneficio que reportarán las intervenciones apropiadas en salud, al comparar intervenciones que tengan el mismo denominador; por ejemplo, el abandono del hábito de fumar se podría evaluar en lo que respecta al costo por año de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD) evitado o por otra medida de salud, de la misma forma que podría evaluarse la cirugía de revascularización coronaria, puesto que ambas emplearían el mismo denominador. Con el fin de comparar las intervenciones en salud con las realizadas en otros sectores, sin embargo, las autoridades normativas deben poder presentar datos que muestren el costo-beneficio relativo de la salud y de la actividad o del programa no relacionado con ella. Por ejemplo, ¿cómo podría una autoridad normativa en salud exponer un argumento para apoyar el control de las enfermedades no transmisibles ante argumentos competitivos para construir nuevos caminos?

Al hacer un vago llamamiento a la colaboración intersectorial que, en realidad, se necesita para abordar muchos de los componentes de la Agenda de Salud, la autoridad normativa a menudo está en la situación de mendicante en lugar de socio en igualdad de condiciones que busca el aporte de otros sectores a una polí-

tica pública saludable. Las enfermedades no transmisibles, destacadas en la Agenda de Salud, representan un excelente ejemplo de la necesidad de política pública saludable y de colaboración intersectorial. Los instrumentos para la prevención y el control primarios de muchas, si no de la mayoría, de estas enfermedades está fuera del sector de salud tradicional; por ejemplo, la aplicación de impuestos al tabaco, por lo general, no está en las manos de la autoridad normativa de salud y las soluciones a toda una gama de problemas de salud exigen modificaciones de las políticas sobre comercio y agricultura. La participación intersectorial en la promoción de la salud solo se puede lograr si se expone el argumento de que la salud tiene un valor que va más allá de lo intrínseco o constitutivo.

**Recalcar la información como recurso clave.** Es de importancia crítica prestar atención muy cuidadosa al acopio de datos apropiados y, a partir de ellos, a la generación de información. La necesidad de datos e información confrontará a la autoridad normativa a cada paso y, en realidad, el argumento a favor de la salud de la forma esbozada anteriormente solo puede exponerse a partir de datos fidedignos regularmente acopiados: el valor de los datos aumenta cuando se acopian en forma regular con cierta periodicidad establecida. Ahora existen pruebas del costo-eficacia de la información como intervención para asegurar los buenos resultados en salud. Todo llamamiento serio a acabar con las inequidades debe basarse primero en una demostración de las desigualdades y la autoridad normativa debe entender la diferencia entre estos dos conceptos. La Agenda de Salud recalca los determinantes de la salud y las inequidades en salud y pide a los gobiernos que los aborden. Con todo, cualquier programa satisfactorio para abordar la inequidad depende de una determinación previa de las desigualdades, su génesis y sus factores contribuyentes o de riesgo modificables. Un llamamiento a acabar con la desigualdad queda vacío sin la capacidad de acopiar los datos pertinentes y de vigilar los resultados de cualesquiera intervenciones que se apliquen a los factores de riesgo modificables. La autoridad normativa debe orientarse para entender la diferencia entre la equidad vertical y horizontal —es decir, tratar a todos por igual o concentrarse en los más necesitados— puesto que los enfoques correctivos son muy diferentes. En todo caso, cada enfoque depende de la existencia de un buen sistema de información para saber lo que “le sobreviene a la gente” y poder abordar ese conocimiento en consecuencia.

**Establecer prioridades.** Si se aborda cada problema al mismo tiempo y con el mismo grado de urgencia o prioridad, el resultado será el caos. Pronto será obvio para la autoridad normativa que el cambio ocurre solamente en respuesta a intervenciones específicas, de manera que debe quedar claro quién es responsable de introducir y vigilar esas intervenciones. Las intervenciones disponibles dentro del sector de salud para abordar los determinantes de la salud, disminuir las inequidades en salud y reducir el riesgo

y la carga de la enfermedad son de dos tipos —las que abordan problemas específicos y las que fortalecen el sistema de salud— y los enfoques para ambos tipos tienen su lugar dentro de la Agenda de Salud. Sin embargo, la autoridad normativa no debe dejarse llevar a una discusión inútil sobre la importancia relativa de abordar intervenciones específicas para determinadas enfermedades comparada con la de aplicar medidas para fortalecer el sistema de salud. El modelo de funciones esenciales de salud pública muestra claramente la necesidad de un doble enfoque.

Hoy en día se dispone de excelentes instrumentos para determinar las prioridades que deben abordarse en la prevención y el control de la enfermedad y la gobernanza del sistema de salud y, con ese fin, el análisis de costo-eficacia puede revestir importancia crítica. Como consecuencia, por ejemplo, la autoridad normativa podrá determinar los costos de oportunidad de dejar de utilizar una intervención eficaz en función de los costos para abordar un problema de enfermedad que afecte gravemente a la población. Además, será posible determinar qué intervenciones o programas son de tan bajo costo-eficacia que su uso y continuidad se debería examinar y justificar seriamente. Con todo, cabe recalcar que el análisis de costo-eficacia, a pesar de ser un instrumento esencial para la autoridad normativa, será apenas uno de los factores que deben tenerse en cuenta al escoger entre prioridades. Por desgracia, la autoridad normativa tendrá que enfrentar la realidad de que para algunas condiciones de salud de la población, como los problemas de salud mental, en la actualidad existen pocas intervenciones eficaces en función de los costos disponibles en el plano personal y que prácticamente no existen en el ámbito de la población.

**Ser realistas y evitar la fantasía.** La autoridad normativa a menudo deberá confrontar esquemas sumamente atractivos diseñados por personas muy bien intencionadas pero que no aprecian la naturaleza de las fuerzas sociales emergentes, como la globalización y la creciente desigualdad de poder y de los mercados. El campo de los recursos humanos y la fuerza laboral sanitaria es uno de ellos. En este campo tan crítico, es preciso tener una gran dosis de realismo en cuanto a varios asuntos, entre ellos, la migración. Ha llegado el momento de que la comunidad sanitaria se dé cuenta de que es imposible impedir que las personas se desplacen libremente; del mismo modo, es irreal pensar que los países desarrollados desistirán de importar trabajadores de salud adiestrados o que este tráfico se puede regular en el ámbito internacional. Más realista sería un enfoque que aborde los factores sobre los cuales tiene algún control la autoridad normativa. De manera similar, se necesita una buena dosis de realismo al confrontar las aspiraciones loables pero a menudo irreales que tienden a caracterizar las agendas de salud en general.

**Ser paciente.** En lo que se refiere a las perspectivas de cambio que deben tener en cuenta las autoridades normativas, les insto encarecidamente a tener paciencia, ya que los cambios que afec-

tarán la ejecución de la Agenda de Salud pueden ser incrementales y evolutivos más que repentinos. Con seguridad, un cambio importante radicará en el poder y la influencia crecientes de los actores del sector no gubernamental dentro y fuera del Estado; las autoridades normativas del campo de la salud pública tendrán que buscar activamente un *modus vivendi* con los demás actores estatales del ámbito no gubernamental. Ni el gobierno ni el sector público pueden realizar todas las actividades necesarias para la Agenda de Salud. La autoridad normativa del sector de salud necesitará bastante paciencia y aptitud de negociación para tratar con estos nuevos actores. Por último, la autoridad normativa también necesitará paciencia al interactuar con la arquitectura internacional cambiante dado el creciente número de organismos interesados en salud. La solución local está en que la autoridad normativa tenga la paciencia y el valor de insistir en la primacía del plan local y convenza a los demás de que cumplan con el mismo. La función directiva de la autoridad normativa en salud no se restringirá a ningún organismo determinado, más bien se ampliará a todos los actores en el campo de la salud en el ámbito nacional.

Para terminar, quisiera apenas agregar a esta serie de orientaciones la expresión de mis más fervientes esperanzas de que la Agenda de Salud tenga éxito, como se comprobará por la mejora mensurable de la salud de los pueblos de las Américas.

**Dr. George Alleyne**

**Director Emérito, Oficina Sanitaria Panamericana**

**Enviado especial de las Naciones Unidas**

**sobre el VIH/SIDA en el Caribe**

**Rector, Universidad de las Indias Occidentales**

**Presidente, Comisión sobre Salud y Desarrollo en el Caribe**

### **Comentarios de los Dres. Stephen Blount y Jay McAuliffe\***

Un desafío fundamental para las autoridades normativas y decisorias nacionales en el campo de la salud encargadas de poner en práctica la Agenda de Salud para las Américas, 2008–2017, es transformar eficazmente las “áreas de acción” propuestas en acción real. Como punto de partida, cada país necesitará establecer su propio plan de implementación. También necesitará aplicar regularmente un instrumento de vigilancia objetivo, de uso fácil y transparente para cada área de acción, enfoque que documentará el *statu quo* al comienzo y el grado de progreso logrado anteriormente. Convendría emplear el mismo instrumento para motivar a las instituciones apropiadas a que tomaran las medidas continuas necesarias.

\* Los autores agradecen el aporte hecho a este texto por varios colegas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos.

**TEMA RECURRENTE**

**Corregir las inequidades en salud y en el derecho a la salud**

Debemos enfocarnos en la cuestión esencial que constituye el sustrato de los problemas más inquietantes que enfrentan nuestros países: la imposibilidad que tiene casi la mitad de los habitantes de América Latina y el Caribe de usufruir de los beneficios del desarrollo humano y, por ende, su relegación a un grado de inequidad inaceptable.

—Paolo Buss

... Para todo lo relativo al desarrollo de la salud pública existe una condición conceptual que se basa en el acceso a la salud de toda la población, independientemente de su nivel económico, vínculo laboral, raza, ubicación en el territorio nacional u otros factores afines.

—Gustavo Kouri

Las autoridades normativas deberán asegurar que se preste la debida atención al logro de mayor equidad en salud en esos grupos de la población [afrodescendientes y poblaciones indígenas] para que sea comparable con la predominante en el resto de la población ... debemos recalcar la "cobertura" para indicar la necesidad de que los servicios de salud vayan más allá del "acceso" y generen demanda para asegurar la cobertura.

—Nils Arne Kastberg

La autoridad normativa debe orientarse para entender la diferencia entre la equidad vertical y horizontal —es decir, tratar a todos por igual o concentrarse en los más necesitados— puesto que los enfoques correctivos son muy diferentes. En todo caso, cada enfoque depende de la existencia de un buen sistema de información para saber lo que "le sobreviene a la gente" y poder abordar ese conocimiento en consecuencia.

—George Alleyne

Esa mayor desigualdad seguramente se producirá, a menos que se reexamine el marco regulador vigente para tener en cuenta la situación de los países con graves limitaciones de recursos, que desde ahora les impedirán acceder a los nuevos instrumentos diagnósticos y terapéuticos que traerá el futuro.

—Ricardo Uauy

La ejecución de la Agenda debe enfocarse en dos objetivos: (1) mejorar la salud y el bienestar de la gente; y (2) reducir las inequidades evitables en salud y en atención de salud al abordar los determinantes básicos y los requisitos en materia de salud.

—Muthu Subramanian

En lo que respecta a los esfuerzos para disminuir las inequidades en salud entre los países y al interior de los mismos, el UNIFEM concuerda enfáticamente con la distinción de la salud sexual y reproductiva hecha en la Agenda como cuestión prioritaria en las Américas.

—Marijke Velzeboer-Salcedo

**Asuntos transversales.** Los Ministerios de Salud deben buscar *compromiso y asociaciones* con otras organizaciones relacionadas con la salud en campos de interés parcialmente coincidente. Si bien los Ministerios de Salud están en las mejores condiciones de ejercer liderazgo en el sector de salud, es poco probable que posean todos los recursos necesarios para poder responder a cabalidad a todas las áreas de acción. Otros organismos públicos, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales y empresas en el sector privado pueden ayudar a los Ministerios de Salud en esos campos. Sin embargo, se requiere el compromiso del Ministerio de Salud para apoyar esas asociaciones, plena comprensión por la institución asociada de los resulta-

dos deseados y un compromiso para lograrlos, así como un conjunto de términos de colaboración acordados y bien establecidos.

**Abordar los determinantes de la salud.** Si bien el sector de salud tiene una capacidad limitada para abordar muchos determinantes de la salud, como la pobreza y la educación, los determinantes ambientales tienen un enorme efecto en la salud en muchos países en desarrollo y presentan oportunidades de modificación. Se debe instar a colaborar con otros sectores —abastecimiento de agua y saneamiento, educación, agricultura y reglamentación ambiental, para citar solo algunos— como medio de lograr *ambientes saludables*.

**Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología.**

Para entender a cabalidad los problemas de salud que más necesitan abordarse y los métodos más eficaces para hacerlo, es preciso establecer una cultura institucional dentro del sector de salud pública que valore la información de alta calidad, exija esa clase de información y desarrolle la capacidad para generarla, es decir, la búsqueda de *la epidemiología y la investigación aplicadas*. Las autoridades normativas deben tener personal que pueda examinar las publicaciones de salud y traducir los resultados de las investigaciones más recientes en una guía apropiada para uso de las autoridades decisorias nacionales en la orientación de planes de programas y la ejecución de actividades de salud. El establecimiento de programas de capacitación epidemiológica sobre el terreno ha sido una estrategia exitosa para que los Ministerios de Salud puedan ampliar su capacidad de acopiar datos de alta calidad y transformarlos en información y conocimientos aplicados a las necesidades existentes en los programas. Estos programas han realizado investigaciones rápidas sobre brotes de enfermedad, que se necesitan para entender esas crisis y para definir las medidas más eficaces para controlarlas. Si bien la recopilación de estadísticas vitales y de datos de vigilancia ha sido por largo tiempo una función habitual de los Ministerios de Salud, la incorporación de la investigación operativa a su ejercicio es limitada y necesita ampliarse. Al embarcarse el sector de salud pública con mayor frecuencia en iniciativas para abordar las enfermedades no transmisibles, será importante establecer una base de pruebas fundada en sólidas investigaciones para el éxito de nuevas estrategias que busquen influir en los patrones de comportamiento relacionados con la salud de importancia crítica para los adelantos necesarios en ese campo. La investigación debe usarse para orientar la formulación de comunicaciones de salud y la comercialización de la misma y para evaluar los resultados logrados.

La planificación para la evaluación y el uso ampliado de *tecnologías* nuevas y eficaces en el sector de salud pública es crítica; entre los ejemplos cabe citar nuevas vacunas, estuches de diagnóstico rápido, sistemas de información geográfica e instrumentos de tecnología de información. Las autoridades decisorias del sector de salud pública deben mantenerse al corriente del desarrollo de nueva tecnología y ser innovadoras en la búsqueda de oportunidades para aplicarlas con miras a abordar con más eficacia los problemas de salud prioritarios.

**Fortalecer la seguridad sanitaria.** Para abordar las amenazas para la salud pública y las emergencias en ese campo, es crítico disponer de capacidad institucional para ejecutar con eficacia intervenciones en *comunicación de riesgos y movilización social*. Los principios para esas intervenciones y los métodos para realizarlas deben incorporarse a los planes de seguridad de la salud pública. Ya sea en respuesta a crisis resultantes de la influenza pandémica, brotes graves de etiología desconocida o desastres naturales, los países necesitan tener una capacidad esta-

blecida para realizar funciones de comunicación de riesgos y movilización social cuando llegue el momento.

En épocas de crisis, las *redes regionales* pueden atender importantes necesidades, y su desarrollo debería promoverse. La red de programas de capacitación en epidemiología sobre el terreno en América Central es un buen ejemplo: ha asistido a determinados países en su respuesta a desastres naturales de gran magnitud (por ejemplo, el reciente terremoto ocurrido en El Salvador), exposiciones tóxicas (por ejemplo, la experiencia en Panamá con medicamentos contaminados con dietilenglicol, DEG) y la necesidad de fortalecer la capacidad para responder a una pandemia de influenza.

**Reducir los riesgos y la carga de enfermedad.** La Agenda de Salud para las Américas reconoce debidamente la necesidad de ampliar los esfuerzos para concentrarse en las *enfermedades no transmisibles*. Es indispensable promover patrones de comportamiento y modos de vida saludables que contribuyan a la prevención de las enfermedades no transmisibles; el público debe avanzar de su actual etapa de concientización sobre las enfermedades no transmisibles a la etapa de acción que modifica los patrones de comportamiento. Los países deben fortalecer la investigación operativa y las directrices para la práctica de la comunicación para la salud y la comercialización de esta última que ayuden a identificar las necesidades y preferencias del público en materia de información, productos y recursos que apoyen la adopción de patrones de comportamiento más saludables. Es preciso adoptar un sistema de vigilancia regular de la prevalencia de los principales patrones de comportamiento arriesgado para evaluar la eficacia de las actividades de prevención.

Las autoridades normativas y decisorias necesitan hacer más hincapié en las *lesiones* como problema de salud pública y ampliar el enfoque sobre este concepto más allá de los “accidentes de tráfico”. Las estimaciones de la OMS para 2002 en América Latina y el Caribe muestran que las tasas de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) por lesiones representan típicamente de 10 a 20% del total de las tasas de AVAD. Se han formulado recomendaciones para los sistemas de vigilancia que proporcionarán datos descriptivos básicos sobre las lesiones y pueden llevar a descubrir oportunidades para intervenciones eficaces. La colaboración con otros sectores —como los de transporte y justicia— mejorará el acopio de datos y la formulación de intervenciones.

Se debe tener cuidado de velar por que no disminuya el compromiso existente para combatir las *enfermedades transmisibles*. En el caso de las enfermedades desatendidas como la oncocercosis y la filariasis linfática, que tienen programas de eliminación establecidos, es preciso reafirmar los compromisos de los países y consolidar sus esfuerzos para lograr este objetivo. Se deben divulgar ampliamente las estrategias exitosas, como la distribución en gran escala de ivermectina donada para el tratamiento de la fi-



lariasis linfática. Las enfermedades desatendidas que, por lo general, afectan a los segmentos más vulnerables o marginados de la población, merecen atención prioritaria para lograr mejor equidad en salud.

El éxito de los programas de *inmunización* en las Américas —la erradicación de la viruela y la poliomielitis, la eliminación del sarampión, las actividades en curso para la eliminación de la rubéola— sienta la base para la introducción de nuevas vacunas y la evolución de los programas de inmunización del niño a la familia. Las actividades de vacunación complementarias, como la Semana de Vacunación de la OPS en las Américas, deben apoyarse para reducir las inequidades y asegurar la protección para quienes carecen de acceso inmediato a la atención de salud. Cuando sea factible, se debe considerar la posibilidad de integrar otros servicios durante las campañas de inmunización.

**Fortalecer la gestión y el desarrollo de los trabajadores de salud.** Es preciso ampliar las aptitudes y los conocimientos de la *fuerza de trabajo* en salud pública y atención de salud para que la educación y la capacitación sean accesibles en medios donde haya limitaciones de recursos y de tiempo. Las nuevas formas de proporcionar información y capacitación basada en aptitudes a los trabajadores de salud en su lugar de residencia y de trabajo les permitirá permanecer en las comunidades donde más se les necesita. La expectativa de tecnologías ampliadas de información y comunicación, junto con otras innovaciones, desempeñará una función importante en el ofrecimiento de oportunidades de educación y capacitación en los campos de la salud individual y pública a una población más amplia.

La *capacitación en salud pública* debe estar en el centro de los esfuerzos hechos por mejorar la gestión de los sistemas de salud pública —particularmente en los nuevos campos programáticos— y las amenazas emergentes. Un objetivo prioritario para esa capacitación debe ser el apoyo prestado a los trabajadores dedicados a elaborar la base científica para nuevas intervenciones, que tienen la responsabilidad de administrar esos programas.

**Stephen B. Blount, M.D., M.P.H.**  
**Director, Oficina de Coordinación de la Salud Mundial**  
 y  
**Jay McAuliffe, M.D., M.P.H.**  
**Jefe Interino, Sección de Coordinación**  
**Geográfica y Programática**  
**División de Coordinación de Preparativos y Programas**  
**Mundiales (propuesta)**  
**Oficina de Coordinación de la Salud Mundial**  
**de los**  
**Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades**  
**Departamento de Salud y Servicios Humanos**  
**Estados Unidos de América**  
**Atlanta, Georgia**

### Comentarios del Dr. Paolo Buss

Cualquier visión del futuro de la salud en las Américas no debe concentrarse exclusivamente en la búsqueda de perfeccionamiento de los sistemas de salud y la mejora de la calidad de los servicios de atención de salud. En el mejor de los casos, ese enfoque perpetuaría la situación regional de salud en su forma actual o tal vez en algún sistema que apenas sería un poco mejor. Debemos enfocarnos en la cuestión esencial que constituye el sustrato de los problemas más inquietantes que enfrentan nuestros países: la imposibilidad que tiene casi la mitad de los habitantes de América Latina y el Caribe de usufruir de los beneficios del desarrollo humano y, por ende, su relegación a un grado de inequidad inaceptable.

En América Latina y el Caribe, el progreso hacia la reducción de la pobreza ha procedido a un ritmo relativamente lento, en que ha transcurrido cerca de 60% del período propuesto (1990–2015) y, a duras penas, se ha logrado más de 30% de la reducción prevista. En el país de la Región que conozco mejor, el Brasil, el progreso ha sido mucho mayor, con el logro de casi 80% de la meta, gracias a eficaces proyectos sociales y a la expansión de la cobertura de los servicios de salud. Con todo, ese progreso se ha visto comprometido por la persistencia en el país de grandes desigualdades de ingreso, que debilitan los lazos de integración social y reducen los niveles de capital social y de participación política.

En ese contexto, y teniendo en cuenta los Objetivos de Desarrollo del Milenio, vale la pena señalar que, aunque tres de los ocho objetivos se relacionan con la salud, el primero de ellos es erradicar la extrema pobreza y el hambre, sin el cual es dudoso que se pueda progresar hacia el logro de los demás. Al reflexionar sobre esa asociación, la Organización Mundial de la Salud señaló recientemente el hecho de que los países más pobres del mundo tendrán dificultad en lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de que, en muchos de ellos, se observará un estancamiento del progreso, medido por los respectivos indicadores.

En decenios recientes, el enfoque en mejorar las condiciones de salud se ha centrado en la reforma del sistema de salud, con miras a enfrentar la deuda social y a buscar la posibilidad de ajustar los costos crecientes a las limitaciones impuestas por los sectores económicos. No obstante, es obvio que este enfoque exclusivamente sectorial no parece ser suficiente para alcanzar la universalidad, accesibilidad e inclusividad en salud a las que tiene derecho toda la población.

La crisis en el sector de salud no es necesariamente un reflejo de su fracaso irremediable o de su deterioro irreversible. Más bien, el problema radica en la dificultad para superar el *statu quo*, con dirigentes que se limitan a su perspectiva convencional y se resisten a la emergencia evolutiva de un nuevo espacio potencial. Al mismo tiempo, la globalización tiene importantes efectos desfavorables que restringen la libre determinación de políticas de los Estados-Naciones, lo cual lleva a una forma de colonialismo que subordina el desarrollo de nuestros países a la influencia de orientaciones y políticas foráneas.

Mientras tanto, desde un punto de vista más positivo, la incorporación progresiva del concepto de los determinantes sociales de la salud y el correspondiente aumento de las actividades de promoción de la salud darán más oportunidades para mejorar la calidad de vida de muchos grupos de la población en la Región. Entre los factores que más influyen en su salud está una amplia gama de condiciones sociales y económicas: pobreza, injusticia, falta de educación, falta de protección social, nutrición deficiente, exclusión y discriminación sociales, discriminación por razones de género, vivienda inadecuada, deterioro urbano, falta de agua potable, violencia y falta o deficiencia de los servicios de atención de salud. La reorientación política de la mayoría de los gobiernos de América del Sur debe ser más sensible a estos factores y podría llevar a introducir cambios favorables en esos campos.

En ese contexto, merecen mencionarse dos importantes iniciativas que podrían atenuar las condiciones desfavorables señaladas. Ambas se basan en una renovación del concepto de la salud como bien público —el objetivo de las políticas públicas elaboradas con la participación concertada de diferentes segmentos de la población— en contraste con el concepto de la salud como bien privado, producido en la forma de atención médica individual y gobernada por las reglas del mercado, un concepto que orientó a muchas reformas de salud realizadas en la Región, particularmente en los años noventa. La primera de esas iniciativas es la participación social que, a medida que se ha propagado por la Región, ha reforzado el valor del empoderamiento de la sociedad en su conjunto. La segunda iniciativa se concentra en el desarrollo de la coordinación intersectorial eficaz, como estrategia gubernamental para una acción más cohesiva y fuerte basada en un diálogo franco entre los sectores social y económico. Ambas iniciativas podrían contribuir a superar las restricciones sociales en América Latina y el Caribe, al abrir un nuevo enfoque hacia la gobernanza donde toda la sociedad, no apenas los poderes políticos que puedan existir, promueva el logro colectivo de soluciones en la búsqueda de objetivos comunes compartidos.

Permítame referirme de nuevo a las experiencias de mi país al citar ejemplos de intervenciones realizadas con éxito, aunque estoy seguro de que existen ejemplos similares, con resultados igualmente fructíferos, en otros países de América Latina y el Caribe. En el Brasil, la participación social ha logrado grandes progresos, gracias a una amplia red de Consejos Municipales de Salud que se han integrado en un esquema tripartito junto con las jurisdicciones estatales y nacionales. También ha sido eficaz el programa de salud de la familia, que hoy en día cubre a 60% de la población y que se destina a alcanzar a la mitad de la población restante a finales del presente decenio, y el programa de control de la infección por el VIH/sida, que ha recalado la prevención de la enfermedad, la producción y distribución gratuita de medicamentos disponibles a todos los pacientes y una vigilancia epidemiológica integral, enfoque adoptado en varios otros países. Por último, los programas de inmunización y de lactancia materna se han ampliado con excelentes resultados, lo mismo que

los bancos de leche humana, estrategia muy utilizada en todo el país.

En el ámbito internacional, en las cumbres regionales de integración, los países de América Latina y el Caribe pueden oponer resistencia a la gobernanza general y lograr, en un contexto de solidaridad regional, condiciones que apoyen las políticas locales; unir fuerzas para acabar con el proteccionismo de los países más poderosos; y cooperar entre ellos para lograr una mayor autosuficiencia para confrontar las exigencias del desarrollo humano en general y de la salud en particular. La convergencia de los intereses de la política exterior con los de la salud puede favorecer enormemente su desarrollo, como se ve en el ejemplo del Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica; la ejecución del Reglamento Sanitario Internacional; la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud; la probable adopción de la resolución de la OMS sobre los Derechos de Propiedad Intelectual; y el desarrollo de la ciencia y la tecnología en el campo de la salud.

En forma similar, en el plano internacional, la reciente promoción del Decenio de los recursos humanos en salud ha servido de catalizador importante para la ejecución, en las esferas internacional y nacional, de una serie de medidas destinadas a equilibrar el problema de la falta y la distribución deficiente de profesionales de salud, y a reorientar la preparación de esos profesionales para atender las necesidades reales de la población. Los frutos de esa iniciativa ya han comenzado a tener efecto en los programas que introducen nuevos contenidos teóricos en la formación académica, diversifican los campos de práctica de los estudiantes y promueven nuevas orientaciones pedagógicas. Sin duda alguna, estas experiencias, influirán en las acciones de salud en nuestra Región y alrededor del mundo. En ese aspecto también, es digno de mención el programa apoyado por el Banco Interamericano de Desarrollo para formar a una masa crítica de auxiliares de enfermería, una metodología de capacitación en gran escala que ha llevado a agregar 350.000 trabajadores al sistema de salud y que se piensa aplicar para la formación de técnicos de nivel intermedio.

A medida que estas iniciativas procedan a un ritmo acelerado, seguiremos viviendo con varios problemas, puesto que la Región todavía pasa por un período de transición epidemiológica caracterizado por la coexistencia de los problemas del subdesarrollo con los del mundo desarrollado.

De todo esto se desprende que seguiremos dependiendo de las grandes compañías farmacéuticas para la adquisición de una amplia variedad de medicamentos y suministros porque no contamos con el debido desarrollo en investigación y tecnología que nos permitiría alcanzar cierta independencia, en la producción no solo de los medicamentos existentes sino también de algunos nuevos para poder acompañar con autonomía los avances de la ciencia. La escasa importancia que asignan los países a la coordinación intersectorial significa que en la mayoría de ellos el sector de salud no puede influir en el desarrollo tecnológico.

Seguiremos enfrentando crecientes problemas resultantes del calentamiento de la Tierra, particularmente en el Caribe y Amé-

rica Central, aunque los efectos de este fenómeno se propagan a otras zonas. No obstante, es poco lo que podemos hacer fuera de reconocer que la causa del calentamiento de la Tierra emana de la degradación ambiental no en nuestros países sino en el mundo desarrollado. No menos importante es la creciente amenaza de la violencia urbana en América Latina y el Caribe causada predominantemente por el narcotráfico y los accidentes, problemas que han alcanzado proporciones alarmantes en algunos países.

Mientras tanto, seguiremos firmes en nuestro compromiso de eliminar las influencias desfavorables para la salud de nuestras poblaciones y combatir la pobreza, la exclusión social, la violencia y la degradación ambiental. Asimismo seguiremos empeñados en un esfuerzo conjugado multisectorial y una mayor participación social, con la esperanza de lograr un futuro mejor para América Latina y el Caribe, con más salud y mejor calidad de vida.

**Dr. Paolo Buss**  
**Presidente**  
**Fundación Oswaldo Cruz**  
**Río de Janeiro, Brasil**

### Comentarios del Dr. Nils Arne Kastberg

El UNICEF está satisfecho con esta Agenda de Salud para las Américas, con su alineación con los objetivos de la Declaración del Milenio y con su sólido enfoque en los valores referentes a los derechos humanos, la universalidad, el acceso y la inclusión; en la solidaridad panamericana; en la equidad en salud; y en la participación. El UNICEF acoge con particular satisfacción las importantes referencias a los niños y adolescentes en la Agenda. Consideramos que el trabajo de los Ministerios de Salud y de la Organización Panamericana de la Salud es de fundamental importancia para el bienestar de los niños y sus madres en la Región. Dentro de esta perspectiva general favorable, quisiéramos ofrecer la siguiente orientación complementaria a la proporcionada en la Estrategia de Salud a las autoridades normativas y decisorias que tendrán a cargo la ejecución de esta Agenda.

**Hacer de los Objetivos de Desarrollo del Milenio una realidad en el nivel local para abordar las disparidades en materia de salud.** La Agenda de Salud subraya la importancia de la alineación con la Declaración del Milenio y recalca las desigualdades que deben abordarse. Por lo tanto, será importante establecer puntos de referencia y vigilar el progreso alcanzado hacia el logro de los ODM, no apenas como promedios nacionales sino como expresiones de la realidad en el nivel local. La importancia de formular medidas que desagreguen datos con el fin de que los servicios de salud pública puedan vigilar el progreso y los resultados de los ODM en el nivel local está bien ilustrada por el ejemplo dado en la Agenda, a efectos de que 40% de los municipios de América Latina y del Caribe no alcanzan la meta de inmunización que consiste en vacunar regularmente a 95% de los niños

menores de 1 año de edad. La desagregación de datos podría ayudar a los Ministerios de Salud a abogar más enérgicamente por la disponibilidad de recursos para fortalecer los servicios de salud en las regiones donde los resultados de salud sean más débiles.

**Proporcionar el “contexto de la gente”.** Las autoridades normativas y decisorias del sector de salud deberán prestar particular atención al “contexto de la gente” para poder fortalecer el empeño puesto en la prevención de las tendencias poco saludables. Entre otras consideraciones fundamentales de la geografía humana cabe citar las siguientes: el número de embarazos y de niños nacidos, el alto número de embarazos de adolescentes, el número y porcentaje de niños que sufren de desnutrición crónica y así sucesivamente.

**Abordar la violencia.** Será importante dar especial consideración a la participación de la salud en la detección temprana de la violencia intrafamiliar y al drama que enfrentan los servicios de salud en su interacción con otros servicios del Estado que tienen la responsabilidad de proteger a las mujeres y a los niños, pero que no la cumplen. El vínculo entre la violencia, el abuso sexual y el incesto se comprueba por la asombrosa cifra que indica que actualmente 20% de los embarazos —casi todos indeseados— ocurren en adolescentes. Ha sido decisivo el aporte de la OPS y la OMS al Estudio de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños presentado a la Asamblea General el 11 de octubre de 2006. En ese estudio se estima que en América Latina y el Caribe mueren cada año 80.000 personas menores de 18 años como resultado de la violencia intrafamiliar. Es de importancia crítica seguir prestando atención a la notificación de esos casos, a las medidas de seguimiento que necesitan tomar los servicios distintos de los de salud, y a la traumática situación que representa para el personal de salud tener que presenciar eso día tras día, a menudo sin asistencia de otros servicios sectoriales. Con frecuencia cada vez mayor en ciertos medios urbanos de la Región, la principal causa de hospitalización de adolescentes son las lesiones causadas por la violencia. Las autoridades normativas y decisorias deben asegurarse de que la violencia de esta naturaleza, observada durante el trabajo cotidiano de los servicios de salud, se capte y vigile sistemáticamente y que se tomen las medidas de seguimiento necesarias.

**Tendencias en las respuestas del sistema de salud: movilización para la promoción de la salud.** Las autoridades normativas se beneficiarían del conocimiento de los ejemplos de los países de la Región donde la promoción de la salud ha tenido éxito. La oficina del UNICEF en el Brasil considera que los 27.000 equipos de promoción de la salud en ese país cubren a unos 70 millones de personas: un excelente ejemplo de movilización en pro de la salud. La Campaña de Vacunación de las Américas promovida por la OPS y apoyada por el UNICEF es otro ejemplo de movilización para la prevención de las enfermedades que ha

cubierto a un sinnúmero de personas hasta ahora desatendidas. Se podría conseguir la participación de los jóvenes en las actividades de promoción de la salud, como otra estrategia para transmitir mensajes que recalquen más los servicios preventivos en lugar de los curativos.

**Los afrodescendientes y las poblaciones indígenas en América Latina.** En relación con el promedio de la población, los afrodescendientes en América Latina, que representan unos 150 millones de personas, enfrentan diferencias en los indicadores de salud que son similares a las observadas en las poblaciones indígenas, cuyo número asciende a cerca de 40 a 50 millones de personas. Las autoridades normativas deberán asegurar que se preste la debida atención al logro de mayor equidad en salud en esos grupos de la población para que sea comparable con la predominante en el resto de la población.

**La desnutrición crónica y la madre joven.** La desnutrición crónica no es parte de los 48 indicadores de los ODM en el ODM 1b, Hambre. Por medio del trabajo interinstitucional de las Naciones Unidas y del informe conjunto presentado por las Naciones Unidas a las Américas en 2005 sobre los ODM, coordinado por la CEPAL, el Equipo de Directores Regionales de las Naciones Unidas en América Latina y el Caribe llegó a la conclusión de que el indicador de desnutrición crónica era el más pertinente para que nuestra Región midiera el progreso con respecto al ODM 1b. Por lo tanto, al ejecutar la Estrategia de Salud para las Américas, el UNICEF recomendaría que se prestara particular atención a este asunto. Consideramos que el mayor enfoque en la madre adolescente—particularmente durante los nueve meses anteriores al nacimiento y los 9 a 36 meses posteriores al mismo—reviste importancia crítica para varias medidas importantes de promoción de la salud, detección temprana y prevención de problemas de salud. Conviene que las autoridades normativas aborden este asunto, apoyen los programas nacionales en marcha que se concentren en la erradicación de la desnutrición crónica y busquen una acción nacional intersectorial, incluso acceso a agua potable y saneamiento en las zonas rurales, ya que en muchos países una gran parte de la población rural todavía carece de acceso a esos servicios. Al llegar el año 2017, la desnutrición crónica deberá haberse erradicado de las Américas.

**Sugerencias específicas.** En lo que respecta a la infección por el VIH/sida es importante recalcar la feminización de la pandemia en muchos países, la transmisión a las mujeres jóvenes, la necesidad de lograr acceso y cobertura universales en la Región, incluso por medio de la solidaridad panamericana, y la necesidad de reducir la transmisión de la madre al niño a un valor tan cercano a cero como sea posible. Con respecto a la participación de la comunidad en los servicios de salud, como ya lo ha indicado tan apropiadamente la Directora de la OPS en muchas ocasiones, debemos recalcar la “cobertura” para indicar la necesidad de que

los servicios de salud vayan más allá del “acceso” y generen demanda para asegurar la cobertura. El tema de la solidaridad panamericana sugiere que, además de la colaboración en el logro de objetivos comunes, es importante que los países reconozcan la cuestión del acceso a la salud más allá de las fronteras, la dotación de personal de salud más allá de las fronteras y el aumento de la colaboración de sur a sur más allá de las Américas.

De nuevo, el UNICEF desea felicitar a la OPS por proponer esta Agenda y seguirá siendo un socio muy cercano en la movilización de la sociedad para lograr un mejor estado de salud en las Américas.

**Dr. Nils Arne Kastberg**  
**Director Regional**

**Oficina Regional para América Latina y el Caribe**  
**Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia**

### Comentarios del Dr. Gustavo Kourí

La Agenda de Salud para las Américas, 2008–2017, establece un sentido de movimiento hacia adelante para la salud en todo el Continente. Al contemplar el futuro de la salud en la Región, es útil considerar el ejemplo de Cuba, donde para todo lo relativo al desarrollo de la salud pública existe una condición conceptual que se basa en el acceso a la salud de toda la población, independientemente de su nivel económico, vínculo laboral, raza, ubicación en el territorio nacional u otros factores afines. De hecho, un sistema de salud pública debe ser accesible, universal y gratuito y constituir una fuerza para la solidaridad. La voluntad política, sin la cual no se puede lograr nada, es decisiva para alcanzar estas condiciones.

Al mismo tiempo, en el sistema de salud pública deben existir servicios de excelencia que permitan hacer los estudios necesarios de alto nivel y costo a los pacientes. Habitualmente, la calidad de los servicios de salud pública es muy baja y solo en los servicios privados se pueden hacer determinados estudios.

La salud pública se basa en un principio preventivo y no curativo. El sector privado exige muchos pacientes para hacer negocio; por tanto, es curativo y si no tiene pacientes, colapsa. Como puede comprobarse a partir de la Agenda de Salud para las Américas, el problema es complejo. Las modificaciones del sector de salud han sido un fracaso en las Américas y los pocos sistemas públicos que existían se han privatizado.

Cuba tiene un sistema único en las Américas y posiblemente en el mundo. Además de tener los indicadores de salud de un país desarrollado, presta ayuda solidaria a más de 70 países, donde más de 30.000 de sus trabajadores de salud ayudan a los grupos de la población más necesitada. El principio básico del sistema de salud de Cuba es no dar lo que le sobra sino compartir lo que tiene.

Además, puesto que muchos países están elaborando planes de salud integrales que incluyen aspectos de desarrollo del capital humano para la salud, Cuba, en demostración de su solidari-

dad con otros países, ha establecido la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), que prepara a miles de estudiantes de América Latina, otros continentes y aun los Estados Unidos de América. Según líneas similares de solidaridad, el país trabaja con otros para enfrentar epidemias, como ha sucedido en los casos de colaboración más reciente, sobre todo en el control de la malaria en Gambia y Jamaica.

En su compromiso con el desarrollo científico y tecnológico, Cuba ha producido varias vacunas, tales como la vacuna contra la meningitis B, que es la primera en el mundo contra este grupo de meningococos; la vacuna contra la hepatitis B, que ha tenido un gran efecto en la salud pública nacional; la vacuna DPT, que actualmente no es de interés comercial; la primera vacuna sintética elaborada en el mundo contra *Haemophilus influenzae* b; y otras vacunas usadas en el sistema de salud nacional y que han determinado que las enfermedades inmunoprevenibles tengan poco efecto en la morbilidad y mortalidad en el país, donde la población está inmunizada contra 13 enfermedades. Hasta se ha preparado una vacuna contra el cólera, una enfermedad que no existe en Cuba, pero que representa una amenaza para la salud pública en otros países, donde se ha facilitado esa vacuna.

Cuba ha hecho importantes aportes a la comprensión científica de la poliomielitis, el dengue, la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y otras enfermedades transmisibles.

En resumen, estos adelantos se han logrado porque la salud se considera un derecho humano, una responsabilidad total y absoluta del Estado, y no se contempla como un negocio. Además, la salud debe ir acompañada del desarrollo de la ciencia y de la educación universal y gratuita, pues la salud y la educación van juntas.

**Dr. Gustavo Kourí**  
**Instituto “Pedro Kourí”**  
**La Habana, Cuba**

### Comentarios de la Dra. Sylvie Stachenko

Dado lo que sabe sobre los determinantes básicos de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, y dada la clara relación existente entre la salud y el desarrollo económico y humano, las siguientes son tres orientaciones de alto nivel para la Agenda de Salud de las Américas, 2008–2017:

1. La inversión en salud en el ámbito de la población implica el compromiso de los sectores de salud, los sectores externos a éste y las entidades públicas y privadas en relaciones de colaboración.
2. La salud de las poblaciones y el sistema de salud son bienes nacionales que sirven y apuntalan a otros sectores; la inversión en salud en el nivel de la población y entre las personas puede dar rendimientos de la inversión que contribuyen al logro de las metas de política económica dentro de

los países y en el ámbito subregional en las Américas, particularmente cuando las inversiones se concentran en poblaciones que experimentan relativa inequidad en su estado de salud.

3. El trato con la industria mundial, cuyos productos y prácticas pueden comprometer la salud de la población, exige instrumentos mundiales de protección de la salud.

Hay pruebas fehacientes de que las inversiones estratégicas y coordinadas por varios sectores externos al de la salud, que obran dentro de sus campos tradicionales, permiten alcanzar las metas de salud y, al mismo tiempo, las respectivas metas de los sectores externos al de la salud, lo que se traduce en protección y mejora de la salud de las poblaciones.

En cuanto a propuestas de cambio, los enfoques gubernamentales que abarcan la totalidad del gobierno con los correspondientes mecanismos de gobernanza de nivel ejecutivo, que también abarcan la totalidad del gobierno, para coordinar la acción referente a los factores básicos de la salud son los medios que convierten a la salud de las poblaciones y al desarrollo humano en una responsabilidad de varios sectores públicos. Las autoridades normativas y decisorias en el sector de salud necesitan buscar oportunidades para hacer participar a sus homólogos nacionales en otros sectores públicos, en primer lugar, con el fin de concientizar a los sectores externos al de la salud de la responsabilidad de prevenir la enfermedad y promover la salud y, en segundo lugar, de inculcarles esa responsabilidad.

Dentro de los mecanismos de coordinación que abarcan la totalidad del gobierno, es preciso elevar la función de los profesionales de salud pública como administradores transectoriales de las necesidades de salud de la población, con un aumento correspondiente del gasto público para los componentes de población y salud pública de los sistemas de salud, y una comprensión de que las propuestas de política de los sectores externos al de la salud se deben evaluar en cuanto a su efecto potencial en el estado de salud y en los determinantes básicos de las enfermedades y las disparidades en materia de salud.

Dada la naturaleza mundial de ciertas industrias cuyos productos y prácticas se sabe que contribuyen a la enfermedad o que son causa de ella, y dado que los países de las Américas tienen a la mano capacidades y formas de apoyo notablemente distintas, si existen, para ejercer influencia en estas industrias mundiales de las que puede depender su población, se necesitan iniciativas e instrumentos transnacionales y subregionales para cambiar las prácticas de la industria para el beneficio simultáneo de las poblaciones de varios países.

Las autoridades normativas y decisorias en el campo de la salud pública necesitan unirse a sus homólogos en otros países con el fin de emplear su voz colectiva para llamar la atención hacia sus problemas comunes y aprovechar un grado de apoyo más amplio del público en general y de los organismos nacionales e internacionales, las organizaciones no gubernamentales y

los sectores solidarios externos al de la salud con miras a crear la masa crítica de presión pública y política para que determinadas industrias mundiales cambien sus prácticas y productos, a tal punto que las poblaciones estén protegidas y, donde sea posible, se alcancen simultáneamente las metas empresariales, con lo que se crean situaciones de mutuo beneficio.

**Dra. Sylvie Stachenko**  
**Jefe Adjunta de Salud Pública y**  
**Directora, Centro Colaborador de la OMS en**  
**Políticas sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles**  
**Organismo de Salud Pública del Canadá**  
**Ottawa, Ontario**

### Comentarios del Dr. Muthu Subramanian

En los tres últimos decenios, desde que se lanzó en 1977 la Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000, la Región de las Américas ha logrado un progreso importante hacia la mejora de la salud de la población en todos los países del Continente. Con la atención primaria de salud (APS) como fundamento, se han reducido las desigualdades en el nivel de salud entre los países y al interior de los mismos y ha aumentado el acceso a todos los elementos de la APS, aunque el ritmo de ese progreso no ha sido uniforme entre los países ni entre los grupos de población dentro de ellos. El enfoque histórico en la mortalidad para reflejar el estado de salud y los logros en materia de política sanitaria han llevado a la asignación de poca prioridad a las enfermedades que no son potencialmente mortales. Como consecuencia de ello, los adelantos logrados en la esperanza de vida han ido acompañados, en gran medida, de una mayor incidencia de enfermedad y discapacidad; es decir, que la esperanza de vida en la Región ha aumentado mucho más rápido que la “esperanza de vida sana”, concepto que se entiende como el número de años que se puede esperar que viva una persona con buena salud. En términos generales, los principios básicos de la Estrategia Mundial y del enfoque en la atención primaria de salud han comprobado su pertinencia y validez en la mejora de la salud de la población y la reducción de las disparidades en los niveles de salud, aunque su efecto real no ha alcanzado su potencial. La experiencia colectiva obtenida con la ejecución de la estrategia y la aplicación del enfoque de la APS para lograr mejor salud para todos ha contribuido a los aspectos conceptuales y operativos del ejercicio de la salud pública en los niveles nacional, regional y mundial. Han surgido preocupaciones por las crecientes disparidades —fuentes comunes de tensión y disturbios sociales— en el estado de salud y el acceso a la atención de salud dentro de los países y con la brecha entre los valores de la esperanza de vida y de la esperanza de vida sana. En ese contexto, la ejecución eficaz de la Agenda de Salud para las Américas, 2008–2017, debe asegurar que el aumento del período de vida de las personas vaya acompañado de años adicionales sin sufrimiento, dolor y discapaci-

dad, con lo que se hace que la vida prolongada sea un premio y no un castigo.

**Orientación para la ejecución de la Agenda.** Para lograr los resultados de salud establecidos en la Agenda de Salud, la orientación de las autoridades normativas y decisorias debe dejar de acentuar la atención de salud: el enfoque debe centrarse en dar a todos los pueblos de la Región un sentido favorable de salud y permitirles que hagan pleno uso de sus capacidades físicas, mentales y emocionales y, a partir de esa base, escoger prioridades y asignar recursos. Este cambio de enfoque será fuente de inspiración para que las personas piensen con nuevas ideas, emprendan nuevas iniciativas y trabajen juntas de formas innovadoras. Exigirá una compensación de factores entre el aumento de la esperanza de vida —por medio de estrategias de reducción de la mortalidad— y el aumento de los años de vida sana, no solamente con mayores posibilidades de supervivencia sino también con la prevención de la morbilidad prematura y la discapacidad evitables con formas de vida sana y la eliminación o reducción de los riesgos prevenibles para la salud entre las personas y en el medio ambiente.

La ejecución de la Agenda debe enfocarse en dos objetivos:

1. Mejorar la salud y el bienestar de la gente y
2. Reducir las inequidades evitables en salud y en atención de salud al abordar los determinantes básicos y los requisitos en materia de salud.

Además, para lograr y mantener un estado de salud favorable para todos los pueblos de la Región, se necesitará una acción sostenida para lo siguiente:

- Agregar años a la vida aumentando la esperanza de vida y reduciendo la muerte prematura.
- Agregar vida a los años aumentando los años vividos sin enfermedad, reduciendo en gran parte o a un mínimo los efectos adversos de la enfermedad y la discapacidad y mejorando la calidad de vida por medio de modos de vida saludables así como de medios físicos y sociales saludables.
- Agregar salud a la vida mediante la reducción de la enfermedad y la discapacidad.

En la ejecución del enfoque de la Agenda en los modos de vida, el medio ambiente y la atención de salud por las autoridades normativas y decisorias, ellas deberán asegurar la participación de todos los niveles de la sociedad y la extensión a todos los socios y sectores que puedan influir en la salud.

**Cambio de escenarios y desafíos resultantes.** El desarrollo de la salud prospera en un ambiente que reconoce los innumerables beneficios de salud que reporta el progreso socioeconómico y es conducente y receptivo a que la acción en salud actual o fu-

**TEMA RECURRENTE****Promover la colaboración intersectorial y la cooperación internacional en salud**

Las autoridades normativas y decisorias en el campo de la salud pública necesitan unirse a sus homólogos en otros países con el fin de emplear su voz colectiva para llamar la atención hacia sus problemas comunes y aprovechar un grado de apoyo más amplio del público en general y de los organismos nacionales e internacionales, las organizaciones no gubernamentales y los sectores solidarios externos al de la salud con miras a crear la masa crítica de presión pública y política para que determinadas industrias mundiales cambien sus prácticas y productos, a tal punto que las poblaciones estén protegidas y, donde sea posible, se alcancen simultáneamente las metas empresariales, con lo que se crean situaciones de mutuo beneficio.

—*Sylvie Stachenko*

Con seguridad, un cambio importante radicará en el poder y la influencia crecientes de los actores no gubernamentales dentro y fuera del Estado; las autoridades normativas del campo de la salud pública tendrán que buscar activamente un *modus vivendi* con los demás actores estatales del ámbito no gubernamental. Ni el gobierno ni el sector público pueden realizar todas las actividades necesarias para la Agenda de Salud. La autoridad normativa del sector de salud necesitará bastante paciencia y aptitud de negociación para tratar con esos nuevos actores. . . . La participación intersectorial en la promoción de la salud solo se puede lograr si se expone el argumento de que la salud tiene un valor que va más allá de lo intrínseco o constitutivo.

—*George Alleyne*

Es obvio que... [un] enfoque exclusivamente sectorial no parece ser suficiente para alcanzar la universalidad, accesibilidad e inclusión en salud a las que tiene derecho toda la población. . . . La convergencia de la política exterior con la salud puede favorecer enormemente su desarrollo. . . . Asimismo, seguiremos empeñados en un esfuerzo conjugado multisectorial y una mayor participación social, con la esperanza de lograr un futuro mejor para América Latina y el Caribe, con más salud y mejor calidad de vida.

—*Paolo Buss*

Si bien los Ministerios de Salud están en las mejores condiciones de ejercer liderazgo en el sector de salud, es poco probable que posean todos los recursos necesarios para poder responder a cabalidad a todas las áreas de acción. Otros organismos públicos, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales y empresas en el sector privado pueden ayudar a los Ministerios de Salud en esos campos. . . . En épocas de crisis, las redes regionales pueden atender importantes necesidades, y su desarrollo debería promoverse.

—*Stephen Blount y Jay McAuliffe*

El tema de la solidaridad panamericana sugiere que, además de la colaboración en el logro de objetivos comunes, es importante que los países reconozcan la cuestión del acceso a la salud más allá de las fronteras, la dotación de personal de salud más allá de las fronteras y el aumento de la colaboración de sur a sur más allá de las Américas.

—*Nils Arne Kastberg*

El desarrollo de la salud prospera en un ambiente que reconoce los innumerables beneficios de salud que reporta el progreso socioeconómico y es conducente y receptivo a que la acción en salud actual o futura sea parte integral de las funciones y actividades de los sectores social y económico. . . . Los ejecutores de la Agenda de Salud deben abordar la necesidad de intensificar la identificación con los desafíos para la salud y el medio ambiente y asegurar la concientización con respecto a esos desafíos por parte de los profesionales en ejercicio de disciplinas generalmente menos informadas sobre las cuestiones de salud, como los arquitectos, constructores y urbanizadores.

—*Muthu Subramanian*

Todos los interesados directos en la salud del Continente deben aprovechar la voluntad política en pro de la salud expresada en repetidas ocasiones en innumerables cumbres presidenciales. . . . Es probable que la colectividad formada por los miembros de la OPS pueda contribuir mejor al formar asociaciones estratégicas con otras organizaciones regionales o internacionales que funcionan en las Américas.

—*Ricardo Uauy*

Las autoridades decisorias [deberían] tomar conciencia del importante trabajo realizado entre varios sectores, instituciones y los organismos de las Naciones Unidas, como la colaboración interinstitucional particularmente exitosa de la OPS con el UNIFEM en los niveles regional, subregional y de país.

—*Marijke Velzeboer-Salcedo*

tura sea parte integral de las funciones y actividades de los sectores social y económico. A diferencia de los decenios de 1980 y 1990 caracterizados por perturbaciones políticas y económicas, el siglo XXI ha comenzado con un ambiente favorable para el desarrollo de la salud en la Región, como se describe sinópticamente en los párrafos siguientes.

**Ambiente de los sistemas de salud.** La regionalización de la paz está cobrando impulso: no ha habido grandes guerras ni conflictos entre los países en la Región en este decenio pasado. Ha comenzado a surgir un nuevo panorama político, más caracterizado por la *democracia*, particularmente en América Latina: el año 2006 demostró ser un año de grandes transformaciones políticas con el surgimiento de dirigentes democráticamente elegidos en varios países latinoamericanos. Se presta mayor atención a reforzar la integración regional y a consolidar las instituciones democráticas. Se recalca cada vez más el gasto social y el logro de justicia social, lo que debe mejorar la participación popular en el desarrollo, particularmente en actividades destinadas a mejorar la salud y el bienestar.

La comunidad mundial reconoce con frecuencia cada vez mayor que la acción nacional para mejorar la salud de la población tiene beneficios mundiales. La Iniciativa sobre Salud Mundial y Política Exterior lanzada en 2006 se destina a ampliar el alcance de la *política exterior* para incluir a la salud; también se ha esbozado un conjunto de acciones para elevar la prioridad de la salud en la política exterior en la Agenda para la Acción (Declaración Ministerial de Oslo). Estas iniciativas son un buen augurio para una ejecución sin contratiempos de la Agenda de Salud para las Américas.

En América Latina y el Caribe, el *crecimiento económico* ha sido sólido en los últimos años y se puede esperar que continúe, aunque tal vez a un ritmo más lento. La demanda nacional se ha convertido en un gran impulsor de ese desarrollo y las economías de los países parecen estar menos restringidas por los caprichos de la demanda externa. Las brechas en las tasas de crecimiento entre los países se han reducido últimamente, lo cual ha dado como resultado un crecimiento de base amplia en toda la Región. Un mayor crecimiento económico va acompañado de menor *desempleo*, que ha alcanzado su mínimo nivel desde mediados del decenio de 1990. Al mismo tiempo, el mal estado de salud de las personas empleadas se reconoce cada vez más como un importante factor contribuyente a una productividad laboral subóptima. Con la reducción de la inflación, el *salario real* también ha venido aumentando.

En lo que respecta al *alfabetismo*, más de 90% de los adultos mayores de 15 años de edad en América Latina y el Caribe saben leer y escribir y la brecha entre los géneros se ha reducido; más de 96% de los adultos jóvenes (de 15 a 24 años) saben leer y escribir. Estos jóvenes alfabetizados hacen ahora la transición hacia la edad adulta en un mundo de cambios rápidos con tecnología emergente en los campos de información y comunicación que reforma su vida y su comportamiento. Un punto de enfoque priori-

tario para los ejecutores de la Agenda debe estar en permitir que estos jóvenes observen un comportamiento sano y asegurarse de que lo hagan y lo mantengan con el tiempo.

La *matrícula* escolar preprimaria se ha convertido en la norma en las Américas. Con el fin de no separar el “cuidado” de la “educación”, se han hecho intensos esfuerzos, como el de la Atención y Educación en la Primera Infancia (AEPI) para ampliar y mejorar la base de la primera infancia, incluso la buena salud, la higiene, la nutrición y un ambiente sano y acogedor que apoye el bienestar cognoscitivo y socioemocional de los niños. Una gran dificultad para la Agenda de Salud será aprovechar esa sinergia entre la educación y la salud para realizar acciones de salud que permitan que los niños y los jóvenes sigan en un continuo armonioso de salud a medida que se desarrollen y prosperen como adultos sanos.

La *salud del medio ambiente* —centrada en la disponibilidad de alimentos más sanos, agua limpia y un medio ambiente sano— demostró ser un enorme factor contribuyente al mejoramiento de la salud en el siglo XX. En fecha más reciente, la salud ha mejorado también a través de iniciativas que se concentran en la salud ambiental de los niños y en “los ambientes construidos” —ambientes artificiales que proporcionan un lugar para la actividad humana, que va desde medios cívicos en gran escala hasta lugares personales— enfocadas no tanto en viviendas urbanas sino en comunidades fragmentadas y de crecimiento desordenado que fomentan la dependencia del automóvil, la inactividad, la obesidad, la soledad, el consumo de recursos y de combustibles fósiles y, por supuesto, la contaminación ambiental. Los ejecutores de la Agenda de Salud deben abordar la necesidad de intensificar la identificación con los desafíos para la salud y el medio ambiente y asegurar la concientización con respecto a esos desafíos por parte de los profesionales en ejercicio de disciplinas generalmente menos informadas sobre las cuestiones de salud, como los arquitectos, constructores y urbanizadores; además, con el envejecimiento de la población, muchos de cuyos miembros vivirán hasta pasados los 80 y los 90 años, esos profesionales deben tener conciencia de las necesidades en materia de diseño de viviendas que tienen los ancianos. Además, más allá de las preocupaciones tradicionales por el agua limpia, se debe dirigir la atención hacia el control de los “contaminantes emergentes”, como los residuos de productos farmacéuticos y de higiene personal que llegan a los ríos provenientes de las plantas de tratamiento de aguas negras y por lixiviación proveniente de sistemas sépticos al agua subterránea, y que posiblemente causan daño a los seres humanos.

El cuadro del progreso alcanzado hasta 2006 en cuanto al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio muestra que las Américas han cumplido, o están próximas a cumplir, las metas fijadas para 2015 con respecto a la mayoría de los ODM, con excepción de las referentes al desempleo de los jóvenes y a la deforestación; sin embargo, existen disparidades en los niveles de logro dentro de la Región. La pobreza persistente parece haberse fragmentado y tanto el número como el porcentaje de la población total de pobres se han reducido apreciablemente en las Amé-



ricas. La Organización Panamericana de la Salud ha designado a cinco países de la Región para recibir apoyo urgente e intensificado, debido a la naturaleza intolerable de su situación de salud, nivel de pobreza y endeudamiento. En 2006, el Banco Interamericano de Desarrollo accedió a proporcionar recursos complementarios para cumplir con los ODM, de conformidad con un conjunto de medidas de alivio de la deuda. La Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD) ha destacado una iniciativa de “capacidad productiva” que escoge a la salud como un elemento crucial de la estrategia de reducción de la pobreza en los países menos desarrollados, como Haití.

Las autoridades normativas y decisorias encargadas de ejecutar la Agenda de Salud para las Américas en el decenio venidero deben aprovechar la ventaja estratégica que ofrecen muchos de estos sucesos favorables.

**Sistemas de atención de salud.** Los cambios en la *población* de las Américas tendrán importantes repercusiones para la planificación y capacitación de recursos humanos para la salud. Por una parte, la población anciana de América del Norte aumentará y, en los alrededores del año 2015, será mayor que la población infantil; sin embargo, la población laboral seguirá creciendo. Por otra parte, en América Latina y el Caribe la población infantil se ha reducido y se espera que disminuya por debajo del nivel de la población anciana en los alrededores del año 2040, fecha aproximada en la cual la población en edad de trabajar dejará de crecer. Esa transformación en el perfil de la población exigirá un equilibrio de los recursos humanos para la salud con el fin de abordar la carga cambiante de la atención de salud en que disminuirán las necesidades de cuidado infantil y aumentarán las de cuidado geriátrico; la salud de los adultos trabajadores también exigirá mayor atención para asegurar que su productividad no se vea comprometida.

La Región está sumamente *urbanizada*, en particular en América Latina y el Caribe, donde en 2005 cerca de 77% de la población vivía en las ciudades; la proporción urbana tiene probabilidades de pasar de 80% en 2015 y de 85% en 2030. Al organizar la prestación de servicios de atención primaria de salud, los encargados de ejecutar la Agenda de Salud necesitarán conocer el desafío de la urbanización creciente y de una reducción correspondiente en el crecimiento de la población rural.

**El sector de atención de salud.** A pesar de la gran promesa del movimiento de APS, dos restricciones importantes han inhibido su eficacia para mejorar la salud de la población, a saber:

1. Se ha prestado mayor atención al *financiamiento* de los servicios de salud para lograr un mayor acceso que a la *asignación de recursos* para mejorar los resultados de salud. Todos los países de la Región han logrado la meta de asignación de un mínimo de 5% del PIB a la salud, pero una proporción suficiente de ese aumento no se ha destinado a

acelerar el acceso a la atención primaria de salud y a los servicios orientados hacia mejores resultados de salud.

2. No se ha hecho suficiente hincapié en la reorientación y capacitación de los *recursos humanos para la salud*, la conexión de las prácticas clínicas y de salud pública ni el adiestramiento de los profesionales de salud para funcionar con eficacia bajo el nuevo paradigma de la salud dentro de un concepto positivo, definido en la Constitución de la OMS como no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades y perfeccionado aún más por la meta de salud para todos, que consiste en asegurar que todos los ciudadanos del mundo puedan llevar una vida social y económicamente productiva. El nuevo paradigma implica no solamente el logro de aumentos en la esperanza de vida sin discapacidad sino también la creación de medios físicos, culturales y políticos que permitan que las personas *ya* afectadas por alguna discapacidad (quienes nacieron con ella) que restrinja su capacidad funcional participen en la sociedad y contribuyan a ella, para que así valga la pena vivir. El nuevo paradigma ofrece un contraste con la forma antigua, fragmentada y localista de encarar los problemas de salud de la población con un enfoque audaz que aborda la interconectividad de los factores innatos —genes, edad y sexo— y otras influencias del ambiente social, económico y físico, así como de los patrones de comportamiento y los modos de vida individuales y colectivos. Por lo tanto, los principios rectores en que se basa la integridad de la salud de la población encabezarán las nuevas formas de abordar los problemas de salud actuales, emergentes y futuros de la población y transformarán la manera de pensar y de trabajar de la comunidad de atención de salud.

**Prestación de servicios de atención de salud.** La Región enfrenta notables desafíos debido a los cambios epidemiológicos y demográficos; asimismo, se necesitan reformas radicales en el sistema vigente de prestación de servicios de salud. Tampoco puede el sistema aislarse de los sucesos mundiales, ya sea en los campos de la economía y del comercio o los relacionados con emergencias en materia de salud. Sin embargo, la capacidad de hacer frente a esos desafíos depende de lo que suceda en los niveles local y nacional. La diferencia que representa la prestación de atención de salud en los años venideros debe emanar principalmente de un mayor hincapié en la posibilidad de vivir una vida larga y sana, no apenas en la supervivencia.

Los ocho elementos del conjunto de medidas de atención primaria señalados en la Declaración de Alma-Ata se deben reconsiderar y examinar para reflejar la actual situación de salud. Bajo cada uno de esos elementos, es preciso desconstruir las intervenciones médicas y, en particular de salud pública, basadas en pruebas científicas para luego reconstruirlas alrededor de un marco integrado de prestación de servicios de atención primaria de salud con el fin de mejorar la salud de la población, de manera

individual y colectiva. Ese conjunto revisado de medidas de atención primaria de salud debe recibir máxima prioridad y apoyo apropiado en el sistema de salud que, en sí, puede necesitar fortalecimiento para asegurar una mejora de la salud, acceso justo, prestación eficaz de atención de salud apropiada, eficiencia y sensibilidad a las necesidades individuales y comunitarias y, sobre todo, debe enfocarse de tal forma que permita lograr un mejor estado de salud. Los conceptos de complejidad, eficiencia y profesionalismo deben dar paso a la pertinencia, eficacia y aceptabilidad. Hay que aprovechar el conocimiento y la experiencia adquiridos en los tres últimos decenios en la Región y en los países en la aplicación del concepto de la APS al desarrollo de los sistemas de salud y de los recientes adelantos en los campos científicos, tecnológicos, biológicos y conductuales pertinentes para el mejoramiento de la salud.

**Generación y uso compartido de los conocimientos.** Los decenios venideros presenciarán por lo menos tres revoluciones: una revolución biológica y tecnológica, una revolución conductual y una revolución en la prestación de servicios de atención de salud. Las condiciones para generar información relacionada con estas revoluciones y para compartir el conocimiento científico, en sí, están cambiando, como consecuencia de la mayor intensidad de la comunicación, la creciente intercomunicación de las disciplinas y la interacción más estrecha de la ciencia con la tecnología. Surgen importantes repercusiones económicas y sociales y consecuencias éticas de la interconexión más estrecha de los descubrimientos científicos (como la mutación genética y la clonación y sus respectivas aplicaciones), los conocimientos tecnológicos y la explotación comercial, así como entre la información *per se* y las tecnologías de comunicación que la divulgan. La gente tiene “derecho al bienestar” mediante el ejercicio de su “derecho” al conocimiento y a la investigación científicos, a la información sobre experiencias en su aplicación, y a los resultados que emanan de ellos. El desafío está en facultar a las personas y las comunidades dándoles la capacidad de comprender la información científica y su pertinencia para abordar sus problemas de salud, de manera que puedan participar de una forma significativa en la mejora de su propia salud.

Se han hecho importantes contribuciones a la prolongación de la vida y al mejoramiento de su calidad en la Región en los últimos decenios. Con todo, es posible mejorar aún más la salud de la población, y todavía hay muchos desafíos. Una mejor comprensión de los procesos de enfermedad y de los determinantes de la salud individual y comunitaria, así como increíbles avances en los campos médico, biológico, tecnológico y otros afines, ofrecen posibilidades para dar un salto gigantesco en materia de salud de la población. Sin embargo, aun con todos sus éxitos y aspiraciones, las Américas no se verán libres de los estragos de la enfermedad y del sufrimiento hasta que toda su población esté protegida y hasta que se promueva la salud de toda la población. La Agenda de Salud para las Américas, 2008–2017, aborda las

preocupaciones de la Región y, si se ejecuta con sensatez, ofrece la promesa de mejor salud para todos los pueblos del Continente en los años venideros. ¿Estamos listos?

**Dr. Muthu Subramanian**  
Ex Director, Organización Mundial de la Salud  
Princeton, New Jersey

### Comentarios del Dr. Ricardo Uauy

La Agenda de Salud para las Américas, 2008–2017, establece ocho áreas de acción, cada una de las cuales es muy importante desde el punto de vista estratégico, por derecho propio, y puede ser un importante contribuyente al resultado final deseado de la Agenda, es decir, a mejorar la salud de las poblaciones de las Américas. Por lo tanto, sería inútil tratar de determinar cuál de esas áreas es más importante o de sugerir que se han dejado de lado otros campos, que pueden ser igualmente importantes. Los párrafos siguientes son apenas un intento por contribuir al proceso de establecimiento de la Agenda que han emprendido colectivamente los países de la Región.

La Organización Panamericana de la Salud —cuyos miembros comprenden todos los gobiernos de la Región— obviamente está en una situación que le permite influir en los resultados de salud de las poblaciones en el decenio venidero. Esta influencia es particularmente pertinente para los países que se encuentran en peores condiciones: en su caso, las medidas de la OPS son claves para su salud futura; además, la OPS tiene la oportunidad de aprovechar los recursos humanos y materiales existentes a favor de los países que están en peores condiciones dentro de la Región. Aun los países que están en mejores condiciones podrían beneficiarse de una Organización previsiva que dirija a la Región proporcionando rectoría técnica con una perspectiva común.

Todos los interesados directos en la salud de la población del Continente deben aprovechar la voluntad política en pro de la salud expresada en repetidas ocasiones en innumerables cumbres presidenciales (de Jefes de Estado de las Américas, de los países iberoamericanos, hispanoamericanos y sudamericanos, del MERCOSUR, de los países andinos y otras reuniones similares). Como ejemplo reciente de las oportunidades existentes, se podría hacer uso beneficioso del llamamiento del Presidente del Brasil hacia un programa de “hambre cero”, no solamente para el Brasil sino para todos los países de la Región, con lo que se hace eco de la voluntad a menudo expresada por los gobiernos de la Región de terminar con el hambre y la malnutrición. ¿Qué podría ser más energizante y galvanizante que un llamamiento a erradicar el hambre y la malnutrición en todas sus formas, comprometiéndose con ello a prevenir la muerte de 40.000 niños menores de 5 años que hoy en día sufren de malnutrición grave y mueren de infecciones prevenibles? El logro de esta meta no es un sueño imposible: la Región de las Américas tiene los recursos y los profesionales idóneos para alcanzarla. Surgen otras metas alcanzables

en el campo de las enfermedades inmunoprevenibles: así como los gobiernos miembros de la OPS tuvieron sus mejores momentos en el pasado no muy distante en la erradicación de la viruela y la poliomielitis, así también ahora se vislumbra para ellos la posibilidad de reducir—si no de eliminar por completo—el sarampión, el tétanos y la difteria.

La Agenda de Salud proporciona un marco conceptual que integra estas ocho áreas de acción desde una perspectiva regional en términos generales. Juntos, los países, por medio de los Cuerpos Directivos de la OPS, deben presentar claramente la forma en que esta perspectiva puede orientar mejor las acciones y políticas de cada gobierno. Cabe señalar que las opciones de política y la voluntad en el contexto político, al final del día, determinan lo que se hace en realidad. Habiendo dicho eso, el mandato definitivo de la Organización es servir a la población de las Américas y no a gobiernos particulares. El hecho indisputable es que, en el decenio que cubre la Agenda, la mayoría de los países experimentarán cambios de gobierno y aun de los marcos rectores tanto políticos como normativos que orientarán sus acciones. Para asegurar la eficacia de la cooperación técnica de la OPS a largo plazo, la Organización debe tener un marco de política que vaya más allá de un contexto político específico. La OPS deberá seguir fomentando la participación de grupos técnicos y comunitarios que sean parte del liderazgo nacional de cada país con el fin de poder apoyar a los gobiernos miembros en el diseño, la ejecución y la evaluación de las medidas propuestas por la Agenda. Conviene que las autoridades normativas consideren la asignación a cada “área de acción”, de una meta o un conjunto de metas claramente enunciadas y de los indicadores correspondientes, para que dentro de 10 años sea posible evaluar el efecto de la Agenda.

Cada una de las ocho áreas podría ser un pilar para la cooperación técnica de la Organización en el decenio venidero. Si bien cada área tiene su propio mérito relativo, será importante considerar dónde están las mayores fortalezas de la comunidad de la OPS y qué valor potencial puede agregar a cada una de estas áreas. En varias de ellas, es probable que la colectividad formada por los miembros de la OPS pueda contribuir mejor al formar asociaciones estratégicas con otras organizaciones regionales o internacionales que funcionan en las Américas. Para ir más allá de las nobles metas, las buenas intenciones y, francamente, las ilusiones de la Agenda, las autoridades normativas nacionales e internacionales en el campo de la salud deberán confrontar los desafíos venideros mediante la asignación de importancia y sustancia a las acciones esbozadas en la Agenda.

La Agenda se ha presentado bien en lo que respecta a los antecedentes técnicos y ha tratado de cubrir de la forma más amplia posible cada una de las ocho áreas. Eso es obviamente una fortaleza desde el punto de vista del análisis. Sin embargo, al mismo tiempo, debe entenderse a cabalidad que para provocar los cambios necesarios en la actual situación de salud regional, las autoridades normativas deben asegurarse de tomar medidas eficaces.

El concepto de alineación de la Agenda de Salud con los ODM es muy bueno; no obstante, los ODM son obviamente insuficientes para mejorar de una manera integral la situación de salud en muchos de los países de la Región. La OPS proporciona un excelente foro para la discusión regional necesaria para adaptar los ODM a la realidad regional. Esa discusión entre los gobiernos miembros de la OPS podría servir para definir la forma en que cada uno contribuirá a mejorar la salud y el bienestar no solamente en un país sino en todos los que carecen de los recursos humanos y materiales necesarios para abordar sus problemas solos.

¿Qué orientación daría uno a las autoridades normativas y decisorias sobre la ejecución de la Agenda de Salud en el decenio venidero (2008–2017)? Como se indicó en los párrafos precedentes, las opciones en materia de política deberán ser ambiciosas y realistas. La necesidad de medidas críticas debe surgir de la población propiamente dicha. La única solución sostenible para los problemas de salud permanentes en la Región, que representan la causa colectiva más pesada de morbilidad y mortalidad en el Continente, es la que empieza con las exigencias de mejor salud y bienestar hechas por la comunidad por medio de los canales democráticos de participación política. A su vez, las comunidades, por conducto de sus respectivos gobiernos, podrían acercarse a la OPS siempre y cuando se necesite la cooperación de la Organización. Por su parte, la OPS debe promover el derecho a la salud y un acceso más equitativo a los servicios; debe proporcionar el apoyo técnico necesario para la promoción de la causa de la salud, y el diseño, la ejecución y la evaluación de programas; y debe trabajar con los gobiernos para mejorar la salud de una manera eficaz y eficiente. Lo que es más importante, la OPS debe asumir responsabilidad ante sí misma y ante otros por su observancia de la visión y la misión declaradas que justifican su propia existencia.

¿Qué perspectivas de cambio se deben tener en cuenta al mirar hacia el futuro de la salud? La Agenda de Salud refleja razonablemente bien las tendencias regionales previstas, pero no recalca lo suficiente la reducción de la fecundidad y el notable aumento de la proporción de personas de edad que ocurre en la mayoría de la Región. La necesidad de mantener a las personas sanas y en buen estado físico por más tiempo que hasta ahora, será una condición indispensable en los años venideros. Los países industrializados se han enriquecido antes de envejecer; por contraste, la mayoría de los países de las Américas se están envejeciendo antes de acumular el patrimonio necesario para cuidar debidamente a las personas con limitaciones impuestas por la edad.

Por último, al considerar la necesidad de contribuir al cierre de las disparidades en materia de salud se debe tener en cuenta que la ciencia y la tecnología, de la forma en que se promueven actualmente, son fuerzas que muy probablemente aumentarán en lugar de disminuir la desigualdad entre los países. Esa mayor desigualdad seguramente se producirá, a menos que se reexamine el marco regulador vigente para tener en cuenta la situación de los países con graves limitaciones de recursos, que desde ahora

**TEMA RECURRENTE****Afianzar la salud en la información, los conocimientos, la ciencia y la tecnología**

La necesidad de datos e información confrontará a la autoridad normativa a cada paso y, en realidad, el argumento a favor de la salud de la forma esbozada anteriormente solo puede exponerse a partir de datos fidedignos regularmente acopiados: el valor de los datos aumenta cuando se acopian en forma regular con cierta periodicidad establecida.

—George Alleyne

Para entender a cabalidad los problemas de salud que más necesitan abordarse y los métodos más eficaces para hacerlo, es preciso establecer una cultura institucional dentro del sector de salud pública que valore la información de alta calidad, exija esa clase de información y desarrolle la capacidad para generarla, es decir, la búsqueda de la epidemiología y la investigación aplicadas.

—Stephen Blount y Jay McAuliffe

. . . la salud debe ir acompañada del desarrollo de la ciencia y de la educación universal y gratuita, pues la salud y la educación van juntas. . . . En el sistema de salud pública deben existir servicios de excelencia que permitan hacer los estudios necesarios de alto nivel y costo a los pacientes. Habitualmente, la calidad de los servicios de salud pública es muy baja y solo en los servicios privados se pueden hacer determinados estudios.

—Gustavo Kouri

La gente tiene "derecho al bienestar" mediante el ejercicio de su "derecho" al conocimiento y a la investigación científicos, a la información sobre las experiencias en su aplicación y a los resultados que emanan de ellos. El desafío está en facultar a las personas y las comunidades dándoles la capacidad de comprender la información científica y su pertinencia para abordar sus problemas de salud, de manera que puedan participar de una forma significativa en la mejora de su propia salud.

—Muthu Subramanian

La desagregación de datos podría ayudar a los Ministerios de Salud a abogar más enérgicamente por la disponibilidad de recursos para fortalecer los servicios de salud en las regiones donde los resultados de salud sean más débiles.

—Nils Arne Kastberg

La planificación para la evaluación y el uso ampliado de tecnologías nuevas y eficaces en el sector de salud pública es crítica; entre los ejemplos cabe citar nuevas vacunas, estuches de diagnóstico rápido, sistemas de información geográfica e instrumentos de tecnología de información. Las autoridades decisorias del sector de salud pública deben mantenerse al corriente del desarrollo de nueva tecnología y ser innovadoras en la búsqueda de oportunidades para aplicarlas con miras a abordar con más eficacia los problemas de salud prioritarios. . . . El éxito de los programas de inmunización en las Américas —la erradicación de la viruela y la poliomielitis, la eliminación del sarampión, las actividades en curso para la eliminación de la rubéola— sienta la base para la introducción de nuevas vacunas y la evolución de los programas de inmunización del niño a la familia.

—Stephen Blount y Jay McAuliffe

Surgen otras metas alcanzables en el campo de las enfermedades inmunoprevenibles: así como los gobiernos miembros de la OPS tuvieron sus mejores momentos en el pasado no muy distante en la erradicación de la viruela y la poliomielitis, así también ahora se vislumbra para ellos la posibilidad de reducir—si no de eliminar por completo—el sarampión, el tétanos y la difteria.

—Ricardo Uauy

les impedirán acceder a los nuevos instrumentos diagnósticos y terapéuticos que traerá el futuro.

**Ricardo Uauy, M.D., Ph.D.**  
**Profesor de Nutrición de Salud Pública**  
**Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos,**  
**Universidad de Chile, Santiago, Chile**  
**Facultad de Higiene y Medicina Tropical de Londres,**  
**Londres, Reino Unido**  
**Presidente, Unión Internacional de Ciencias de la Nutrición**

**Comentarios de la Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo**

El Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) felicita a los países de las Américas por haber elaborado la Agenda de Salud regional y señalado explícitamente la equidad entre los sexos como uno de sus principios rectores. Un tema general de nuestra orientación para consideración por parte de las autoridades normativas y decisorias al ejecutar la Agenda sería que la equidad entre los sexos es un aspecto central de todas sus áreas de acción, de conformidad con el espíritu de los Objetivos de Desarrollo del Milenio:

En la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se reconoce que la potenciación de la capacidad de acción de la mujer y la igualdad entre hombres y mujeres son requisitos previos del desarrollo; **el logro de todos los objetivos relacionados con la salud depende de la adopción de medidas a este respecto** [énfasis agregado]. La salud de las mujeres se ve perjudicada por la prevalencia entre ellas de la pobreza, la falta de empleo, la violencia y las violaciones, así como por el control limitado de su vida sexual y reproductiva, y su falta de influencia en la adopción de decisiones. Es fundamental ampliar el acceso a la atención de salud sexual y reproductiva. Quienes trabajan con los gobiernos y las autoridades de salud pública deben promover activamente la consideración de las cuestiones relativas a la paridad entre los sexos en la formulación y aplicación de las políticas y los programas sanitarios. En las actividades de seguimiento y evaluación deben utilizarse sistemáticamente datos desglosados por sexo.

En ese contexto y en relación con el análisis de las tendencias de salud en las Américas que se hace en la Agenda, la exclusión de la mujer es un asunto importante. Cabe señalar como ejemplos de su exclusión social, que una elevada proporción de mujeres todavía no recibe atención por personas adiestradas en el momento del parto ni tienen acceso a tecnología anticonceptiva—factores que guardan relación directa con las elevadas tasas de mortalidad materna y fecundidad de las adolescentes.

Una de las principales áreas de acción establecidas en la Agenda de Salud es el fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional. Al usar el término “participación”, el UNIFEM considera importante subrayar que se debe extender a la adopción de decisiones, ya que el concepto de participación social a menudo se ha promovido como un concepto decisivo pragmático con el fin de aprobar maquinalmente o de ejecutar las decisiones tomadas por otros. La participación se debe comprender como un ejercicio de los derechos civiles que influye en los procesos que afectan al bien común. En ese sentido, se debe destacar particularmente a las mujeres, puesto que son y siempre han sido participantes activas con más frecuencia en la ejecución de programas comunitarios, en particular en el sector de salud, aunque se les sigue excluyendo de las fases de formulación, diseño y asignación de recursos de esos programas.

El UNIFEM considera que el empoderamiento de las mujeres es una estrategia clave para abordar los determinantes de la salud, una de las ocho áreas de acción de la Agenda. Según se aclaró en la Declaración del Milenio, el tercer ODM, “promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer”, representa no solamente un fin en sí mismo, sino también una condición indispensable para lograr los otros siete ODM. En ese contexto, elogiamos la referencia específica al género hecha en la Agenda, en la sección titulada “Abordar los determinantes de la salud”, como determinante estructural de la inequidad en salud y sugerimos que las autoridades normativas y decisorias tomen conciencia del importante trabajo realizado en los diferentes sectores, insti-

tuciones y organismos de las Naciones Unidas, como la colaboración interinstitucional particularmente exitosa entre la OPS y el UNIFEM en el ámbito regional, subregional y de país.

La ejecución del área de acción titulada “Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología” exigirá que la información para entender y vigilar la dinámica de la salud se desglose habitualmente por sexo, edad, condición socioeconómica y otras variables socioeconómicas, con el fin de identificar las necesidades específicas de cada grupo, evaluar las desigualdades, planear las respuestas y vigilar los cambios. Con ese objetivo y puesto que la disponibilidad de información sensible al género es indispensable para observar el progreso en materia de igualdad entre los sexos, el UNIFEM y la OPS colaboran en la producción y divulgación de indicadores básicos de género relacionados con la salud y sus determinantes.

Otra área de acción se concentra en el fortalecimiento de la solidaridad y la seguridad sanitaria. Para efectos de la ejecución de la Agenda, en cualquier esfuerzo por abordar la violencia es preciso tener en cuenta la clase de violencia más frecuente, es decir, la basada en el género. Es indispensable de que las autoridades normativas y decisorias entiendan que la violencia basada en el género es no solamente un problema de salud pública sino una cuestión de derechos humanos, que afecta a una de cada tres mujeres en la Región.

En lo que respecta a los esfuerzos para disminuir las inequidades en salud entre los países y al interior de los mismos, el UNIFEM concuerda decididamente con la distinción de salud sexual y reproductiva hecha en la Agenda como asunto prioritario en las Américas. Sin embargo, instaríamos encarecidamente a las autoridades normativas a que no limitaran el alcance de este asunto a la esfera materna. La salud sexual también debe recalcarse, en particular dentro del contexto del poder que tiene una persona para adoptar decisiones libres, fundamentadas, responsables y seguras, lo que a su vez, contribuirá a reducir el número de embarazos indeseados, disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil, reducir la violencia basada en el género y las complicaciones de salud afines, y detener la propagación de la infección por el VIH/sida.

En realidad, el aumento de la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad exigirá un diálogo eficaz entre los interesados directos pertinentes. Por causa de su función en el establecimiento de las prioridades de salud, esos interesados directos deben incluir, en términos generales, a la sociedad civil, particularmente los grupos femeninos. Al aplicar el concepto de financiamiento colectivo, además de la consideración de los subsidios entre generaciones y grupos de ingresos, también son importantes los subsidios comunes a ambos sexos. A falta de esos subsidios, las mujeres acarrean una carga más pesada del gasto en atención de salud que los hombres por causa de la mayor necesidad que tienen ellas de obtener servicios de atención de salud durante toda su vida, una mayor necesidad que se deriva sobre todo, pero no exclusivamente, de su función reproductiva. Además, por causa de la centralidad cultural de su función como dis-

pensadoras de cuidado y amas de casa y de su predominio en el sector informal de la economía, las mujeres se ven privadas con más frecuencia de la protección social que viene con el empleo de dedicación exclusiva.

En el contexto de los trabajadores de salud, otra área de acción establecida en la Agenda, es conveniente que las autoridades normativas tengan presente el asunto del cuidado no remunerado que se ofrece en la casa. Las mujeres siguen acarreado la principal responsabilidad de dispensar cuidado en la casa y ese cuidado, según las estadísticas internacionales, representa más de 80% de toda la atención de salud. Puesto que este trabajo no remunerado tiende a dejarse de reconocer o valorar, las mujeres están en desventaja en lo que respecta a tiempo disponible y a la protección social relacionada con el trabajo remunerado. El sistema de atención de salud no puede seguir dependiendo tanto como en el pasado de este trabajo no remunerado: por una parte, la demanda de servicios aumentará debido al envejecimiento de la población y a la intensificación de las enfermedades crónicas; por otra parte, el tiempo disponible para la dispensación de cuidado no remunerado disminuye y continuará disminuyendo a medida que las mujeres entren en número cada vez mayor a la fuerza laboral. En las políticas de recursos humanos se deberán tener en cuenta estas tendencias, particularmente al adoptar decisiones sobre la reducción o expansión de los servicios públicos. Estos asuntos revisten particular interés para el UNIFEM por causa de su efecto en la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer. Hemos estado colaborando con la OPS y la CEPAL para concientizar al público y a los gobiernos en ese sentido y, juntos, estamos encabezando la incorporación de la atención de servicios de salud no remunerada en el sistema de cuentas nacionales, con particular referencia a las cuentas satélite.

Expresamos nuestros agradecimientos a la Organización Panamericana de la Salud por la oportunidad de ofrecer una orientación a las autoridades normativas y decisorias de los niveles local, nacional e internacional, que tendrán el desafío de materializar la Agenda de Salud para las Américas en el decenio venidero. Puesto que todos somos partes interesadas en la búsqueda de los fines de la Agenda, en el UNIFEM le deseamos de corazón toda clase de éxitos.

**Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo**  
**Jefe, Sección de América Latina y el Caribe**  
**Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer**

### **El compromiso regional continuo: Planificación para el futuro de la salud en las Américas**

La inclusión en esta edición de *La salud en las Américas* de perspectivas referentes al futuro de la salud y al compromiso colectivo de los países para enfrentar sus desafíos por medio de una agenda colectiva da continuidad a una tradición de larga data. Desde el comienzo, en esta publicación en serie se ha recalcado la

importancia de las políticas y los planes regionales de salud para alcanzar las metas de salud en todo el Continente. Desde la primera edición publicada en 1954, cada Director de la Oficina Sanitaria Panamericana ha empleado la publicación para vincular a los países, a su Organización regional y a la Secretaría que sirve a esa Organización al desafío de abordar el futuro de la salud en las Américas por medio de compromisos colectivos expresados en los planes regionales:

La edición de 1954 comienza con las palabras de **Fred Lowe Soper** (Director de 1946 a 1958):

Para la planificación de los programas sanitarios de las Américas, es esencial el conocimiento y la medición de los problemas. Si se han de alcanzar progresos en las actividades sanitarias es preciso disponer de información fundamental en relación a las poblaciones servidas, a las condiciones sanitarias de los países y a las necesidades y recursos médicos de que se disponga. Este principio ha sido reconocido en las disposiciones del Código Sanitario Panamericano y de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana [sic] que estipulan el intercambio de información relativa a la prevención de las enfermedades y a la preservación de la salud en el Hemisferio Occidental. El progreso futuro depende en gran parte de la justipreciación de los problemas, mediante la aportación de datos exactos que permitan la planificación coordinada en materia sanitaria.

Al lanzar la edición de 1966, **Abraham Horwitz** (Director de 1958 a 1975) señala que:

Los Gobiernos han convenido en cumplir en la década iniciada en 1962 una serie de objetivos para prevenir las enfermedades, tratar y rehabilitar oportunamente a los enfermos y fomentar el bienestar. Han reconocido a la planificación como el instrumento que permite establecer prioridades de los problemas e invertir de acuerdo con ellas en forma de beneficiar al mayor número de personas.

**Héctor R. Acuña** (Director de 1975 a 1983) sitúa la edición de 1978 en el punto intermedio del Plan Decenal de Salud para las Américas:

Pareció particularmente apropiado concentrar el análisis, en la medida de lo posible, en los progresos alcanzados en la consecución de las metas establecidas en el Plan. Asimismo, se llama la atención sobre los campos que, para alcanzar esas metas, exigirán un mayor esfuerzo por parte de los países.

**Carlyle Guerra de Macedo** (Director de 1983 a 1995) presenta la edición de 1986 como una obra que documenta:

los adelantos alcanzados por los Países Miembros de la Organización Panamericana de la Salud en el empeño por lograr la

meta común de salud para todos en el año 2000 . . . y [presentar] una evaluación general de la situación relativa al logro de la meta de salud para todos al final del presente siglo.

En su introducción de la edición de 2002, **George A.O. Alleyne** (Director de 1995 a 2003) crea el marco para las páginas que siguieron:

En términos generales, la situación de salud de la Región puede considerarse como un reflejo de la repercusión de los drásticos cambios demográficos y de los nuevos perfiles epidemiológicos. Refleja también la eficacia de las políticas sanitarias. . . .

Por su parte, la actual Directora de la Organización Panamericana de la Salud, **Mirta Roses Periago** (2003– ), aspira a que esta edición de 2007:

sirva como un recordatorio de que cada número y cada estadística representan la vida de una niña, un niño, una mujer o un hombre en algún rincón de la Región [y expresa la esperanza de que] la próxima edición de 2012 pueda reflejar los progresos y avances significativos de los países con su esfuerzo constante, colectivo y solidario para lograr una mejor salud y una vida más larga, plena y fructífera de todos los habitantes de nuestra Región pero, de manera especial, de aquellos grupos humanos más postergados y excluidos.

# SIGLAS

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AIDIS	Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AIF	Asociación Internacional de Fomento (Banco Mundial)
ALAESP	Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
APPC	Análisis de riesgos y puntos críticos de control
ASDI	Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional
AVAD	Años de vida ajustados en función de la discapacidad
BCIE	Banco Centroamericano de Integración Económica
BDC	Banco de Desarrollo del Caribe
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIREME	Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (OPS)
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial)
BPM	buenas prácticas de manufactura
BVS	Biblioteca virtual en salud
CAD	Comité de Asistencia para el Desarrollo (OCDE)
CAF	Corporación Andina de Fomento
CAN	Comunidad Andina de Naciones
CAREC	Centro de Epidemiología del Caribe (OPS)
CARICOM	Comunidad del Caribe
CCA	Evaluación Común de País (ONU)
CDB	Banco de Desarrollo del Caribe
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EUA)
CEHI	Instituto de Salud Ambiental del Caribe
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CEPAL)
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe (ONU)
CEPIS	Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (OPS)
CERSSO	Centro Regional de Seguridad y Salud Ocupacional
CFNI	Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (OPS)
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja
CIDA	Organismo Canadiense para el Desarrollo Internacional
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CILA	Comisión Internacional de Límites y Aguas
CIOMS	Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco (OMS)
COHRED	Consejo en Investigación en Salud para el Desarrollo
COLABIOCLI	Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica
COPICHAS	Confederación de Pueblos Indígenas del Chaco Sudamericano
CPC	Coordinación de Programas en el Caribe (OPS)
CRICS	Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud
CTP	Cooperación técnica entre países
CHRC	Consejo de Investigación de Salud del Caribe
DANIDA	Agencia Danesa para el Desarrollo Internacional
DOTS	Tratamiento breve bajo observación directa



EPA	Agencia para la Protección del Medio Ambiente (EUA)
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FICR	Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja
FIOCRUZ	Fundación Oswaldo Cruz del Brasil
FMAM	Fondo para el Medio Ambiente Mundial
FMI	Fondo Monetario Internacional
FMSTM	Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
GAVI	Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización
GTZ	Organismo Alemán para la Cooperación Técnica
HINARI	InterRed-Salud Iniciativa de Acceso a la Investigación
HRP	Hacer Retroceder el Paludismo
IAM	Iniciativa Amazónica contra la Malaria
ICOH	Comisión Internacional para la Salud Laboral
IDH	Índice de desarrollo humano
IMC	Índice de masa corporal
INB	Ingreso nacional bruto
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (OPS)
IPA	Índice parasitario anual
IPC	Índice de precios al consumidor
IPCC	Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático
IREPS	Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud
IRET	Instituto Regional de Estudios en Sustancias Tóxicas
ISCA	Iniciativa de Salud Centroamericana
JICA	Organismo Japonés de Cooperación Internacional
LAMM	Iniciativa para la Reducción de la Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe
LILACS	Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (OPS)
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OCHA	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (ONU)
ODM	Objetivos de desarrollo del milenio
OEА	Organización de los Estados Americanos
OEСO	Organización de Estados del Caribe Oriental
OEPA	Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas
OIE	Organización Mundial de Sanidad Animal
OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONU	Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS-CONHU	Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue
OREALC	Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe (UNESCO)
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
OTCA	Organización del Tratado de Cooperación Amazónica
PAHEF	Fundación Panamericana de la Salud y Educación
PAI	Programa Ampliado de Inmunización

PANAFTOSA	Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (OPS)
PANCAP	Asociación Pancaribeña contra el VIH/SIDA
PCM	Programa Conjunto de Monitoreo (OMS/UNICEF)
PEA	Población económicamente activa
PHAC	Agencia Canadiense de Salud Pública
PHEFA	Plan Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa
PIB	Producto interno bruto
PLAGSALUD	Aspectos Ocupacionales y Ambientales de la Exposición a Plaguicidas en el Istmo Centroamericano
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNB	Producto nacional bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
PPA	Paridad del poder adquisitivo-
PPME	Iniciativa para los Países Pobres Muy Endeudados (Banco Mundial-FMI)
RAVREDA	Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a las Drogas Antimaláricas
RECACER	Red Centroamericana de Prevención y Control de la Enfermedades Emergentes y Reemergentes
Red PARF	Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica
RELAB	Red Latinoamericana de Biología
RELAC	Red de Laboratorios de Ambiente y Salud de América Latina y el Caribe
REMSAA	Reuniones de Ministros de Salud del Área Andina
REPAMAR	Red Panamericana de Manejo Ambiental de Residuos
REPIDISCA	Red Panamericana de Información en Salud Ambiental
RESSCAD	Reunión del Sector Salud de Centroamérica y la República Dominicana
RICTSAL	Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología en Salud
RICYT	Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología
RIMSA	Reunión Interamericana a Nivel Interministerial en Salud y Agricultura
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SARS	Síndrome Respiratorio agudo severo
SciELO	Biblioteca Científica Electrónica en Línea (OPS)
ScienTI	Red Internacional de Fuentes de Información y Conocimiento para la Gestión de Ciencia, Tecnología e Innovación
SICA	Sistema de la Integración Centroamericana
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIREVA	Sistema Regional de Vacunas (OPS)
SVA	Semana de vacunación en las Américas
TLCAN	Tratado de Libre Comercio de América del Norte
UIPES	Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud
UNASUR	Unión de Naciones Suramericanas
UNDAF	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNDG	Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNGASS	Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
UNSCEAR	Comité Científico de las Naciones Unidas para el Estudio de los Efectos de la Radiación Atómica
VEMI	Visión y Estrategia Mundial de Inmunización
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VIVSALUD	Red Interamericana de Vivienda Saludable