

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN LA REGIÓN

Tendencias Económicas y Sociales

15. En el último decenio, la Región de las Américas ha experimentado una serie de cambios económicos, sociales y demográficos con potencial impacto en la salud.

16. Después de años de estancamiento retornó el crecimiento económico en la Región; en 2007, cerca de una tercera parte de los países lograron una tasa de crecimiento superior al 6%. El ingreso nacional bruto (INB) per cápita¹ en la Región (datos de 2004) se encuentra entre los mayores del mundo. Mientras que el ingreso medio en los países de América Latina y el Caribe (ALC) es de \$7.811, en algunas de sus subregiones —principalmente en el Caribe latino, el Área Andina y Centroamérica— los valores son 20%, 40% y 65% menores, respectivamente. Los países más ricos tienen un ingreso nacional bruto per cápita 23 veces más alto que los países pobres. Las crisis económicas tuvieron graves repercusiones en 2002, especialmente en Argentina, Uruguay y Venezuela, situación que se revirtió en la mayoría de los países hacia 2005. A pesar del crecimiento económico, ha aumentado la desigualdad en la distribución de los ingresos. La distribución de los ingresos en la Región (medida por el coeficiente de Gini) es una de las más desiguales en el mundo y no mejoró entre 1990 (coeficiente de Gini de 0,383) y 2000 (coeficiente de Gini de 0,403). Las desigualdades acentúan la pobreza, y se manifiestan en algunos segmentos de la población como los hogares encabezados por mujeres, ciertos grupos étnicos o las poblaciones rurales. Se calcula que 41% de la población de ALC es pobre y 17% vive en la indigencia.

17. El crecimiento económico generó mejoras en las condiciones del mercado laboral, lo que contribuyó a mitigar la difícil situación social de ALC. A pesar de esta mejora, el desempleo urbano se mantuvo en casi 10% entre 2001 y 2004.² Asimismo, en 2004 variaba entre los países desde un mínimo de 2,0% hasta un máximo de 18,4%. Aunque ha aumentado el número de mujeres que trabajan, ellas tienen peores condiciones de empleo y menos oportunidades para progresar que los hombres. A pesar de la legislación nacional e internacional vigente, el trabajo de los niños sigue siendo motivo de preocupación, en particular debido a sus condiciones inseguras y peligrosas.

18. Los desastres naturales y los provocados por el hombre han tenido efectos devastadores en la economía de los países. En 2005, los huracanes ocasionaron pérdidas por un valor de más de \$205.000 millones y hubo 7 millones de damnificados.³ Se calcula que los daños para las economías de los países pequeños de Centroamérica y el Caribe ascendieron a más de \$2.220 millones, lo que indica su vulnerabilidad y la necesidad de contar con planes y medidas de prevención y de mitigación.

19. Se ha desacelerado el crecimiento de la población, aunque varía de 0,4% en el Caribe de habla inglesa a 2,1% en Centroamérica. El desarrollo socioeconómico desigual hace que la población se traslade a las zonas urbanas en busca de trabajo y una vida mejor. La proporción urbana de la población en América Latina y el Caribe pasó de 65% a 78% entre 1980 y 2005, con una tasa menor en Centroamérica (53,2%), así como en el Caribe de habla hispana y Haití (59,7%). La urbanización plantea retos para la salud en cuanto a la disponibilidad de recursos y

¹ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2006. Washington DC: OPS, 2006.

² Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Panorama Social de América Latina 2005. Anexo Estadístico*. CEPAL: Santiago, 2006.

³ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe. CEPAL: Santiago de Chile, 2005.

servicios básicos de agua limpia, manejo de desechos y residuos, transporte y prevención de la violencia. Las zonas rurales, por otra parte, padecen problemas constantes de pobreza, recursos limitados y falta de acceso a los servicios de salud. Otros factores, como el crecimiento no planificado de las ciudades, el desarrollo industrial no controlado, el rápido aumento del parque vehicular y la emigración del campo a las zonas urbanas, repercuten negativamente en el medio ambiente, la salud y la calidad de vida de la población, lo cual contribuye a la marginación. Ésta se caracteriza por vivienda precaria, pobreza, contaminación ambiental y niveles altos de enfermedad y violencia. El problema de la vivienda precaria en las zonas urbanas de ALC aumentó en 14% entre 1990 y 2001 y afecta a 127 millones de personas. En respuesta a esta tendencia, se han emprendido iniciativas para abordar los factores determinantes de la salud mediante la formulación de políticas públicas sostenibles y favorables para la salud, la creación de espacios saludables, la formación de alianzas entre los sectores público y privado, la consolidación de las redes de apoyo, la movilización de los medios de comunicación y la motivación de los gobiernos locales a fin de que tomen medidas para la promoción y el desarrollo de la salud.

Tendencias en los Problemas de Salud y los Factores de Riesgo

20. Gracias a las mejoras en las condiciones de vida, entre ellas la educación y el acceso al agua, al saneamiento y a los servicios de atención primaria de salud materno-infantil, la esperanza de vida media en los países de la Región aumentó a 74,6 años en 2005. Otros cambios importantes están relacionados con el deterioro y la contaminación del medio ambiente, nuevos estilos de vida y de comportamiento, una mayor difusión de la información, y el debilitamiento de las estructuras sociales y de apoyo en la población. Estos contribuyen a causar obesidad, hipertensión arterial, aumento de los traumatismos (incluidos los ocasionados por tránsito en las vías públicas) y la violencia, problemas relacionados con el tabaquismo, el alcoholismo, el consumo de drogas y la exposición a diversas sustancias químicas.

21. El perfil de la Región está cambiando, ya que las enfermedades crónicas están reemplazando a las enfermedades transmisibles como causas principales de morbilidad y mortalidad, fenómeno que puede atribuirse a los adelantos tecnológicos y al envejecimiento de la población. Las enfermedades transmisibles siguen siendo una causa importante de mortalidad, con 58 defunciones por 100.000 habitantes en 2000-2004,⁴ y representan una carga muy grande en los países más pobres: por ejemplo, en Haití la incidencia de la tuberculosis es siete veces mayor que en la Región en conjunto. A esto se suman otros problemas, como la coinfección por el bacilo de la tuberculosis y el VIH, y la resistencia múltiple y extrema a los medicamentos antituberculosos. En 2006, 50% de los casos de dengue se produjeron en el Brasil,⁵ mientras que la malaria era endémica en 21 países. Las enfermedades desatendidas⁶ causan anemia, desnutrición, deterioro de la memoria y del coeficiente intelectual, estigma y discriminación, discapacidad permanente y muerte prematura. Varias de estas enfermedades coexisten, con lo cual multiplican sus efectos en la salud y las condiciones socioeconómicas de las personas y poblaciones. La amenaza de enfermedades que pueden llegar a ser epidémicas y pandémicas, como la influenza pandémica, constituye un reto adicional ya que es complicado mantener el compromiso de los gobiernos para abordar un problema que todavía no se ha manifestado.

22. La rabia humana transmitida por los perros disminuyó en 95% en los últimos 25 años, gracias a la ejecución de programas de control; sin embargo, se han implantado pocas medidas de control para otras zoonosis. La erradicación de la fiebre aftosa es importante para la seguridad alimentaria y el desarrollo socioeconómico, y la Región avanza hacia esa meta. Los

⁴ Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos. Organización Panamericana de la Salud—Organización Mundial de la Salud. 2006.

⁵ Número de casos notificados de dengue y dengue hemorrágico, Región de las Américas (por país y subregión), 2006.

⁶ Programa Regional de Enfermedades Parasitarias y Desatendidas, OPS.

viajes y el comercio permiten la propagación de los agentes infecciosos más allá de sus focos naturales. La falta de inocuidad de los alimentos es otro problema tanto de salud pública como económico. Para aumentar la inocuidad de los alimentos se están modernizando los servicios de inspección, fortaleciendo los servicios de referencia y apoyando la armonización de la legislación y el *Codex Alimentarius*.

23. Las enfermedades crónicas son causas importantes de muerte y discapacidad en la Región; a ellas se atribuyen más de 60% de las defunciones y la mayoría de los costos sanitarios. Sus causas son la hipertensión arterial, la obesidad, la hiperglicemia y la hiperlipidemia, afecciones ocasionadas a su vez por factores sociales, condiciones y estilo de vida. Se prevé un aumento del doble o mayor de las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes en América Latina y el Caribe; también está aumentando la mortalidad por cáncer del pulmón, de mama y de la próstata. Las enfermedades crónicas afectan de distinta manera a los hombres y a las mujeres; los grupos raciales o étnicos minoritarios y los pobres suelen verse afectados con mayor frecuencia. Los costos anuales de las enfermedades crónicas son enormes; para la diabetes, se estima que los costos ascendieron a \$65.000 millones en América Latina y el Caribe en 2000.

24. La población de la Región está envejeciendo y los adultos mayores exigen nuevos servicios. Al mismo tiempo, se observa una mayor dependencia económica de los adultos mayores en la población activa. En 2006, más de 50 millones de personas de ALC tenían 60 años o más de edad. Eso significa que este grupo aumentó su tamaño 2,5 veces más rápido que la población en general. Los estudios revelan que más de 50% de las personas de este grupo etario dicen que tienen mala salud, 20% señalan que tienen limitaciones para realizar actividades de la vida cotidiana y 60% sufren una enfermedad crónica. Su acceso a los servicios de salud también es limitado y más de 30% indicaron que sus necesidades de salud no son atendidas. No obstante, son pocos los países de ALC que tienen metas de promoción de la salud para los adultos mayores. Los cambios en la orientación del financiamiento pueden tener grandes repercusiones, ya que existen acciones de promoción, prevención y tratamiento de las enfermedades que son costo-eficaces.

25. La prevalencia del consumo de tabaco en las Américas varía entre los países, pero la exposición al humo de tabaco ajeno no sólo es universal sino también elevada en la mayoría de los países, lo cual implica una gran carga de mortalidad y morbilidad para la Región. El Convenio Marco de Control del Tabaco (CMCT), cuya finalidad es dar a los países un instrumento para hacer frente a los problemas que no se podrían resolver únicamente por medio de la legislación nacional, ha sido ratificado por 60% de los Estados Miembros. En los últimos años se ha avanzado mucho y con relativa rapidez, especialmente en países como Brasil y Uruguay y a nivel subnacional en Estados Unidos, Canadá y Argentina. El futuro presenta dos desafíos claros para la Región: la ratificación del CMCT por los Estados Miembros que todavía no lo han hecho y la aplicación de las medidas contenidas en el Convenio, en particular la inclusión de advertencias sanitarias enérgicas en los envases de tabaco dentro de los tres años siguientes a la entrada en vigor del Convenio en el país, la formulación de políticas relativas a ambientes libres de humo de tabaco y la prohibición completa de la publicidad, la promoción y el patrocinio de productos de tabaco.

26. En ALC se necesitan medidas integrales e integradas para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud para el 2015, en particular con respecto a los grupos vulnerables. En los lugares donde no llegan los gobiernos ni los sistemas sociales de protección, las familias y las comunidades suelen desempeñar funciones sanitarias estratégicas y son una fuente de apoyo y protección de la salud y el bienestar de los ciudadanos. Es necesario potenciar, apoyar y fortalecer esos mecanismos locales.

27. En ALC, la nutrición deficiente, causa subyacente de 42% a 57% de las defunciones de menores de 5 años, empeora el efecto de las enfermedades. El retraso del crecimiento y la anemia, los problemas más prevalentes que influyen en el crecimiento y la nutrición, afectan, respectivamente, a 25% de los lactantes y a 70% de los niños pequeños. Al mismo tiempo, el sobrepeso y la obesidad en la población general afectan a aproximadamente 140 millones de personas. Aproximadamente 53 millones de personas en la Región tienen acceso limitado a suficientes alimentos para satisfacer sus necesidades energéticas. La nutrición materna, la lactancia materna, las costumbres relativas a la alimentación complementaria y las enfermedades infecciosas también son fundamentales para la salud y la nutrición de los lactantes y los niños pequeños. La accesibilidad y el consumo reducidos de alimentos ricos en micronutrientes son la causa de la alta prevalencia de anemia en las mujeres y los niños. En las zonas rurales y en las zonas urbanas pobres es común que las personas con sobrepeso y obesidad, que a menudo sufren carencias específicas (por ejemplo, de vitamina A, hierro, calcio, folato y cinc), tengan hijos con talla baja y anémicos. Es cada vez más común el régimen alimentario con un consumo excesivo de alimentos de alto contenido calórico, generalmente acompañado de un consumo escaso de micronutrientes y una tendencia a consumir menos frutas, hortalizas y granos integrales. El consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcar y sal también está aumentando debido al precio más bajo de los alimentos procesados, las nuevas estrategias de mercado y el paso del régimen alimentario tradicional al consumo de alimentos procesados.

28. En 2005 murieron 450.000 menores de 5 años en ALC. Una tercera parte de los países tenían tasas de mortalidad de 30 o más por 1.000 nacidos vivos. En estos países se produjeron 60% de las defunciones, en tanto que las enfermedades perinatales e infecciosas ocasionaron, respectivamente, más de 60% y 25% de dichas defunciones. La mitad de la reducción de la mortalidad entre 1990 y 2000 se atribuye a la vacunación infantil; por lo tanto, el uso de vacunas nuevas puede ampliar dichos beneficios, pero para ello es preciso mantener la cobertura de vacunación. El riesgo de mortalidad materna a lo largo de toda la vida es de 1 en 160, lo que equivale a 22.000 defunciones anuales, de las cuales entre 10% y 50% corresponden a mujeres jóvenes. Se calcula que a las mujeres jóvenes menores de 20 años corresponden 18 de cada 100 nacimientos en la Región y que 34% de ellos no fueron planificados. Las tasas de fecundidad entre las adolescentes exceden de 100 por 1.000 nacidos vivos en Honduras, Nicaragua, Guatemala, El Salvador y la República Dominicana. La mayor parte de la mortalidad materna se debe a causas evitables, pero en algunos países los servicios obstétricos y neonatales esenciales son de mala calidad, no se han implantado o están subutilizados debido a las barreras de acceso o a la falta de personal capacitado. Son notables las disparidades entre las zonas urbanas y las rurales: en las zonas rurales menos mujeres asisten a cuatro o más consultas prenatales, y una gran proporción de ellas no tienen acceso a la asistencia de personal capacitado en el parto.

29. La epidemia de infección por el VIH/SIDA sigue siendo una grave amenaza para la salud pública en las Américas. Según los cálculos más recientes, los casos de infección por el VIH aumentaron lentamente de 2004 a 2006. A fines de 2006 había alrededor de 3.350.000 personas infectadas por el VIH en las Américas, de las cuales 51% estaban en América Latina, 42% en Estados Unidos y Canadá y 7% en el Caribe. El Caribe ocupa el segundo lugar entre las zonas geográficas del mundo más afectadas, con una prevalencia de la infección por el VIH de 1,2% en los adultos; el SIDA es la principal causa de muerte en los adultos jóvenes y se calcula que 1,6% de las mujeres y 0,7% de los hombres de 15 a 24 años están infectados por el VIH. Las epidemias actuales en Estados Unidos y Canadá, y en América Latina se concentran en los grupos más vulnerables (por ejemplo, hombres que tienen relaciones homosexuales, profesionales del sexo, consumidores de drogas inyectables, minorías étnicas y los migrantes), calculándose que la prevalencia en los adultos es de 0,8% y 0,5%, respectivamente. En 2006 se produjeron en América Latina y el Caribe 167.000 infecciones nuevas por el VIH y 84.000 personas murieron de SIDA. Alrededor de 80% de la transmisión del VIH al parecer se produce por medio de relaciones sexuales sin tomar precauciones. Las mujeres están contrayendo la

infección en medida creciente, aunque una proporción importante de las infecciones todavía corresponde a los hombres. El enfoque de género es un factor determinante de la vulnerabilidad, la exposición a riesgos y la posibilidad de acudir a servicios de salud. Las personas vulnerables y afectadas se enfrentan con el rechazo, el estigma y la discriminación. La propagación de las infecciones de transmisión sexual (ITS) aumenta el riesgo de transmisión del VIH. Se calcula que cada año se producen 50 millones de casos nuevos de ITS en la Región, pero es difícil determinar la verdadera magnitud de la epidemia debido a las deficiencias de los sistemas de vigilancia. Además, en ALC, cada año se diagnostica sífilis en 330.000 embarazadas, que no reciben un tratamiento adecuado. Como consecuencia, anualmente nacen 110.000 lactantes con sífilis congénita.

30. Los trastornos mentales constituyen una carga considerable para los países de las Américas. Se calcula que en 2002 ocasionaron el 25% del total de años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad debido a todas las enfermedades, siendo el principal trastorno mental la depresión unipolar. Sólo una minoría de las personas enfermas recibe tratamiento, a pesar de la magnitud del problema. En 80% de los países la mayoría de las camas se encuentran en hospitales psiquiátricos —no en los generales— y 25% de los países todavía no cuentan con servicios comunitarios. No obstante, la salud mental figura en los programas de salud de los países, hay experiencias locales y nacionales exitosas, surgen asociaciones de usuarios y familiares y aumenta la defensa de la causa. Hay intervenciones costo-eficaces que permiten responder de forma adecuada con recursos limitados.

31. Las colisiones en las vías de tránsito ocasionan más de 130.000 defunciones y más de 1.200.000 traumatismos por año en la Región. Sus principales causas son conducir bajo los efectos del alcohol, el exceso de velocidad, el mantenimiento inadecuado de las carreteras y de los vehículos, y la poca utilización del cinturón de seguridad y de los cascos. En muchos países, el uso creciente de motocicletas, no sólo para el transporte particular sino también para transportar y repartir mercancías, está contribuyendo a un aumento de la mortalidad y los traumatismos. Países como Chile, Costa Rica, Colombia y Cuba ha adoptado políticas que han llevado a una disminución de la mortalidad por colisiones en las vías de tránsito.

32. La violencia sigue afectando gravemente a las poblaciones de algunos países de la Región, a pesar del interés de los gobiernos y la sociedad en hacerle frente. Se han promulgado leyes, pero no siempre se cumplen; además, es muy difícil cuantificar y evaluar el efecto de las leyes. Los homicidios aumentaron en varios países, siendo los hombres menores de 35 años los más afectados; sin embargo, en Colombia los homicidios disminuyeron en 40% entre 2001 y 2006. El porcentaje de mujeres que en algún momento de su vida son víctimas de actos de violencia perpetrados por su pareja en todos los países se encuentra entre 10% y 60%. La violencia juvenil causada por las pandillas se extendió en la Región, y afecta en especial a El Salvador, Honduras, Guatemala, Jamaica, Brasil, Colombia, México y Estados Unidos. La violencia urbana es endémica en América Latina y el Caribe y afecta a diversos sectores. La inseguridad tiene graves repercusiones en la salud. La incorporación de la seguridad humana en la planificación y ejecución de proyectos ha tenido un efecto positivo en las intervenciones orientadas a la prevención de la violencia, la seguridad vial y la promoción de la salud. Hay que aumentar la seguridad humana como parte de las políticas públicas para reducir la violencia y la delincuencia, y mejorar la seguridad vial y la salud humana.

33. La exposición a sustancias químicas tóxicas representa un grave problema de salud pública en la Región. Su utilización en diversas fases de los procesos productivos, tanto industriales como agropecuarios, expone a riesgos no sólo a los trabajadores, sino a toda la población, y en especial a los grupos vulnerables: niños, embarazadas, adultos mayores y las personas con pocos conocimientos y acceso limitado a la información sobre la toxicidad de

ciertos productos. El volumen de estas sustancias ha aumentado y la exposición per cápita a algunas de ellas, como los plaguicidas, es el triple del promedio mundial calculado por la OMS. Aunque la calidad de la vigilancia está mejorando, la notificación de la morbilidad y mortalidad por intoxicaciones agudas y crónicas todavía no refleja la magnitud del problema. Es necesario centrar los esfuerzos en la toxicovigilancia, el fortalecimiento de la legislación, el registro riguroso de los productos químicos, la prevención del tráfico ilícito de productos tóxicos y peligrosos, la participación de la sociedad civil en los mecanismos de vigilancia y control de sustancias químicas, la adopción de la seguridad química como parte de las políticas de desarrollo sostenible y la ampliación de las opciones frente al uso de plaguicidas, como son el manejo integrado de las plagas y la agricultura orgánica.

34. En 2004, la población económicamente activa ascendía a 414 millones de trabajadores, es decir, 46% de la población de la Región. Según la OMS (2005), 60% de los trabajadores están expuestos a condiciones de trabajo inseguras e insalubres, que implican diversos riesgos para la salud. Se calcula que los accidentes laborales, que representan 8% de los accidentes a nivel mundial, ocasionan 312.000 defunciones y la pérdida de 10 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad. Ciertas actividades, como la agricultura, la ganadería, la construcción y la minería, son las más peligrosas. El empleo informal está asociado a mayores riesgos ocupacionales, condiciones de trabajo inestables y la falta de protección legal (especialmente a nivel nacional), de indemnización a los trabajadores y de prestaciones de salud. Las mujeres, los niños y los adultos mayores son los grupos menos protegidos de todos los que trabajan en este sector informal.

35. En el perfil epidemiológico de la mayoría de los aproximadamente 45 millones de indígenas que viven en la Región influyen factores determinantes socioeconómicos y ambientales tales como la pobreza, el desempleo, el analfabetismo, la migración, la marginación, la discriminación, las desigualdades, la falta de propiedad de sus territorios y tierras, la destrucción del ecosistema y el aislamiento geográfico. Esta situación de desventaja también afecta su capacidad para obtener acceso a los servicios de atención de salud necesarios y utilizarlos. En consecuencia, sus indicadores de salud son peores que el promedio nacional. Por ejemplo, las tasas de mortalidad materno-infantil son el doble o el triple de los promedios nacionales, y enfermedades tales como el tracoma, la oncocercosis, la enfermedad de Chagas y la peste, que han logrado controlarse en otros grupos de la población, todavía están presentes en las zonas pobladas por indígenas.

Tendencias en la Respuesta de los Sistemas de Salud

36. En términos generales, entre 20% y 25% de la población de ALC (200 millones de personas) no tiene acceso regular y oportuno al sistema de salud.

37. La configuración de los sistemas de salud de la Región, con subsistemas no integrados que atienden a diferentes grupos y estratos de la población, ha conducido a la segregación, la segmentación y la fragmentación. Las redes de servicios de salud que se crearon respondían al modelo de los subsistemas, con poca integración y comunicación entre unidades de salud, dentro de los subsistemas y entre ellos a diferentes niveles. En muchos países, los servicios tendían a concentrarse en las zonas urbanas más prósperas y en la población asalariada, dando lugar a la utilización ineficiente de recursos y dejando desprotegida a la población económica y socialmente marginada. Los países reformaron sus sistemas de salud para aumentar la rentabilidad y lograr la sostenibilidad financiera, dando un papel importante al sector privado. Estas reformas se centraron en cambios financieros y gerenciales, la desregulación del mercado laboral y la descentralización, y no tuvieron siempre en cuenta la estructura geográfica, social, demográfica y política de los países, ni el grado de desarrollo institucional en el sector salud.

38. Estas reformas dieron lugar a la creación de mercados de seguros y servicios de salud que en algunos casos no estaban bien reglamentados, y a la proliferación de intermediarios en la prestación de servicios de salud, lo cual acentuó la fragmentación de los sistemas de salud. En este marco operan múltiples agentes, sin coordinación y en competencia, a menudo duplicando las redes de servicios, sin complementariedad de los servicios ni continuidad de la atención. Esta situación tiende a obstaculizar la atención integral y en algunos casos ha dado lugar a servicios de salud de mala calidad. Aunque la meta era elevar el pluralismo, la eficiencia y la calidad en la prestación de servicios de salud, en algunos casos las autoridades sanitarias nacionales perdieron su rol rector, se menoscabó el funcionamiento de los sistemas de salud y se descuidaron los problemas de salud pública. La segmentación en el financiamiento de los servicios de salud acentuó la segregación, con la aparición de planes de prestaciones que diferían en cuanto a su calidad y cantidad entre distintos grupos de la población, según su situación económica. Esta situación ha llevado a un aumento en los gastos en efectivo y a riesgos catastróficos para la seguridad económica de las familias.

39. El gasto en salud pública es un instrumento básico de política pública para mejorar el estado de salud, reducir las desigualdades en el acceso de la población a los servicios de salud y proteger a las personas de los efectos adversos de las enfermedades. El gasto en salud pública expresado como porcentaje del producto interno bruto en América Latina y el Caribe pasó de 2,6% en los años ochenta a 3,6% en 2005-2006, cifras inferiores a las de los países desarrollados de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), que fueron de 7,3% y 8,6%, respectivamente. En 2005-2006, el gasto en salud pública como porcentaje del PIB de ALC se situaba entre 1,3% y 4,5%. En los países de la OCDE con sistemas de salud de cobertura universal se situaba entre 7,5% y 10%. Parte del crecimiento del gasto público en salud ha ocurrido en los sistemas de seguro, pero los aumentos en la cobertura han sido moderados. Los gastos públicos en salud por medio de los programas de seguro médico social aumentaron de \$14.700 millones en 1990 a \$27.700 millones en 2004-2005 (en dólares constantes de 2000). El gasto medio por beneficiario (potencial) de los programas de seguro médico social aumentó de \$129 en 1990 a \$209 en 2004-2005 (en dólares constantes de 2000). La población comprendida en planes de seguro médico social aumentó de 114,7 millones de personas en 1990 a 132,7 millones en 2004-2005; sin embargo, como porcentaje del total de la población, eso representó una disminución de 26% en 1990 a 24% en 2004-2005. Entre las medidas fundamentales para mejorar el estado de salud y reducir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud se encuentran el aumento del gasto público en salud, tanto en salud pública como en atención de salud; las mejoras en los efectos distributivos de ese gasto; y una ampliación de la cobertura del seguro de salud pública y los programas de protección social.

40. Los sistemas de salud se basan en la disponibilidad de personal competente que brinde servicios accesibles y de buena calidad. Diversos estudios y el Informe sobre la Salud en el Mundo 2006 de la OMS muestran la necesidad de contar con un número y calidad óptimos de trabajadores de la salud para alcanzar las metas de salud pública. Según los cálculos de la OMS, en el año 2000 los trabajadores de salud en las Américas, definiendo trabajador de salud como toda persona dedicada a actividades cuyo fin primordial es mejorar la salud, eran 21,7 millones, aproximadamente 2,6% de la población de la Región. De esta fuerza laboral, 57% (12,5 millones) se clasificaba como proveedores de servicios de salud que intervienen directamente en la prestación de servicios personales y no personales, mientras que 43% (9,2 millones) consistía en personal sanitario administrativo y auxiliar. En el año 2000 había 1.771.200 médicos y 3.426.000 enfermeras en la Región; los Estados Unidos tenían 68% (más de 3,5 millones) del total de médicos y enfermeras. Hay grandes diferencias entre países, así como dentro de los países, en la distribución de los proveedores de servicios de salud en proporción a la población. La gama de razones entre médicos y habitantes era de 59,6 por 10.000 en Cuba, mientras que siete países de la Región registraban razones de 5 por 10.000 o menos. Con respecto a las

enfermeras, en el año 2000 en Estados Unidos y Canadá había 95 enfermeras por 10.000 habitantes, más del doble que en las Américas en su totalidad. La disponibilidad de médicos en las zonas urbanas es ocho a diez veces mayor que en las zonas rurales. Las mujeres constituyen casi 70% de la fuerza laboral sanitaria y un porcentaje desproporcionadamente alto del personal sanitario desempleado, en una muestra de dos terceras partes de los países de la Región. Más de 163 millones de personas en las Américas vivían en zonas donde la densidad de personal sanitario (médicos y enfermeras por 10.000 habitantes) estaba por debajo del nivel óptimo de 25, indicado por la OMS como umbral para alcanzar una cobertura de 80% con intervenciones básicas de salud pública. No se dispone de información sobre la fuerza laboral de salud pública a nivel regional o sobre el personal administrativo y auxiliar.

41. El acceso a los servicios de salud sigue siendo un reto importante para todos los Estados Miembros. Hay inequidades profundas en el acceso a servicios de salud entre los diferentes países de la Región, así como dentro de cada país. Se calcula que 125 millones de personas que viven en América Latina y el Caribe no tienen acceso a servicios básicos de salud (cerca de 27% de la población). Las barreras culturales, sociales, económicas, institucionales y geográficas impiden el acceso a los servicios de salud a gran parte de la población.

42. También hay desigualdades en el acceso a las tecnologías y a los servicios de salud esenciales en la Región. Muchos países tienen infraestructura física insuficiente o deteriorada, carecen de las especificaciones adecuadas para la adquisición de nuevas tecnologías, y los servicios de salud no están bien organizados ni tienen suficiente personal sanitario capacitado. Como resultado, en muchos lugares los equipos no funcionan, los servicios están subutilizados, el personal tiene escasa preparación, las políticas de prevención son insuficientes, los protocolos de diagnóstico y tratamiento son ineficaces y existen condiciones inseguras para los pacientes. En el caso de muchas tecnologías, es fundamental que su incorporación y uso estén supervisadas por las autoridades reguladoras y guiadas por la legislación nacional. Se necesitan políticas nacionales para abarcar todos los aspectos de las tecnologías y los servicios de salud, pero éstas tendrán éxito sólo si están apoyadas por mecanismos de regulación adecuados. Si bien son muchas las ventajas del uso de las tecnologías y los servicios de salud, estas pueden representar un gasto innecesario si la calidad y la gestión de los servicios proporcionados son inadecuados. Para que la atención de salud sea más efectiva, en particular cuando los recursos son limitados, debe darse prioridad a la selección, el establecimiento y la adquisición de tecnologías y servicios de salud esenciales. El control de los problemas de salud y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud dependerán del uso correcto de las tecnologías y los servicios.