

# 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

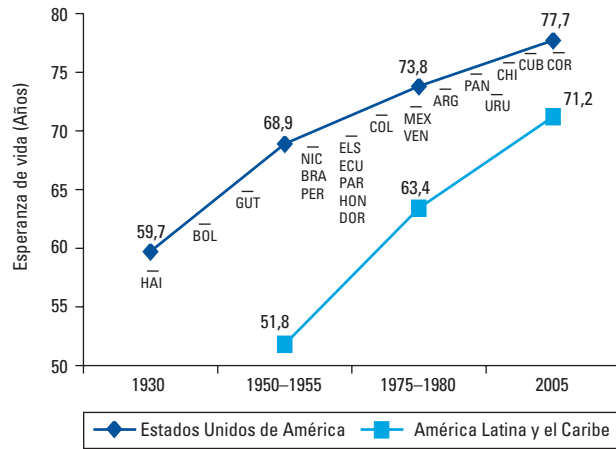
diferencia se redujo a 6 años (71 y 77 años, respectivamente). A pesar de esta convergencia, existen desigualdades importantes entre los países de América Latina y el Caribe, con Haití con una esperanza de vida de 59,7 años y Costa Rica de 77,7 años.

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).

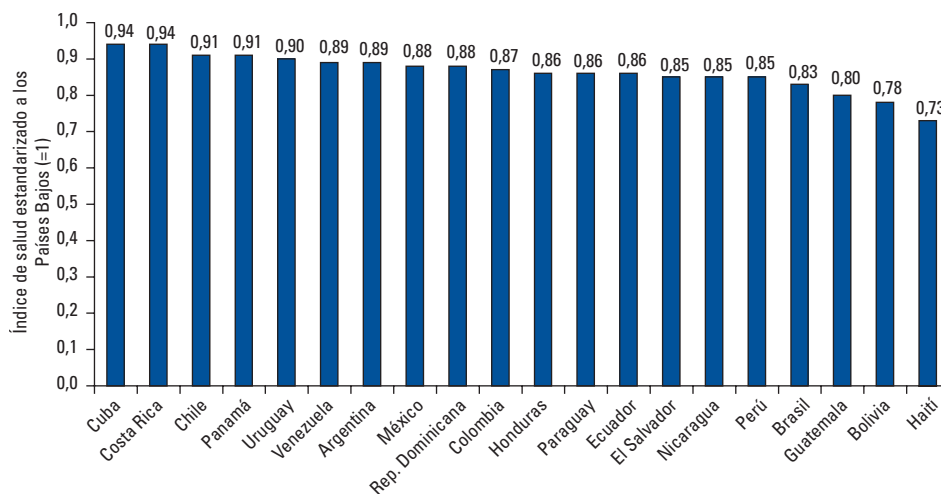
ochenta como en los noventa. Ello confirmaría la hipótesis de que las ganancias del crecimiento económico no están siendo distribuidas por igual entre los diferentes estratos de la población. En los períodos de recesión económica la pobreza ha aumentado rápidamente, mientras que en los períodos de crecimiento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

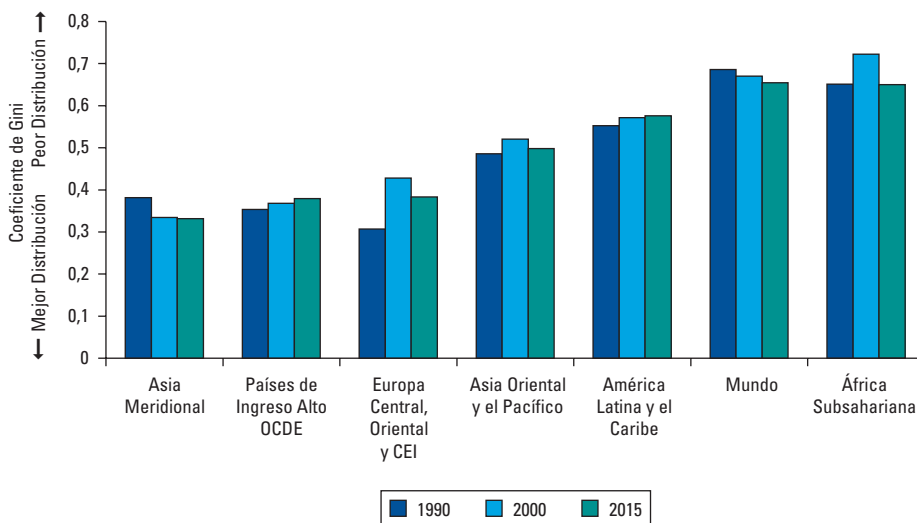
Otra forma de medición de la distribución de los ingresos es la razón de ingresos del 20% superior de la población en relación al 20% inferior. En las Américas, el valor de la razón de ingresos del 20% más rico en relación al 20% más pobre es casi 20, pero también hay países con menor desigualdad económica, 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.**



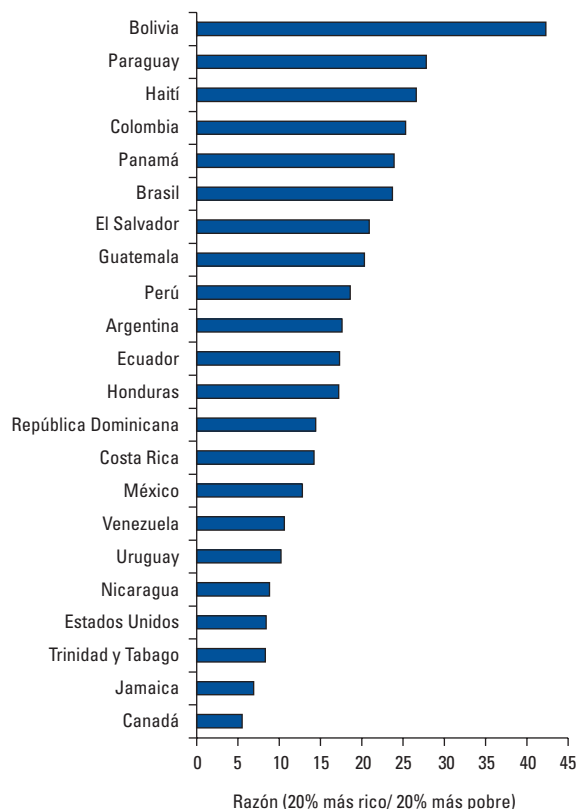
Fuentes: Dikhanov, Y. y M. Ward (2001), Evolution of the Global Distribution 1970–1999 y PNUD (2005) Informe de Desarrollo Humano 2005, p. 62.

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.

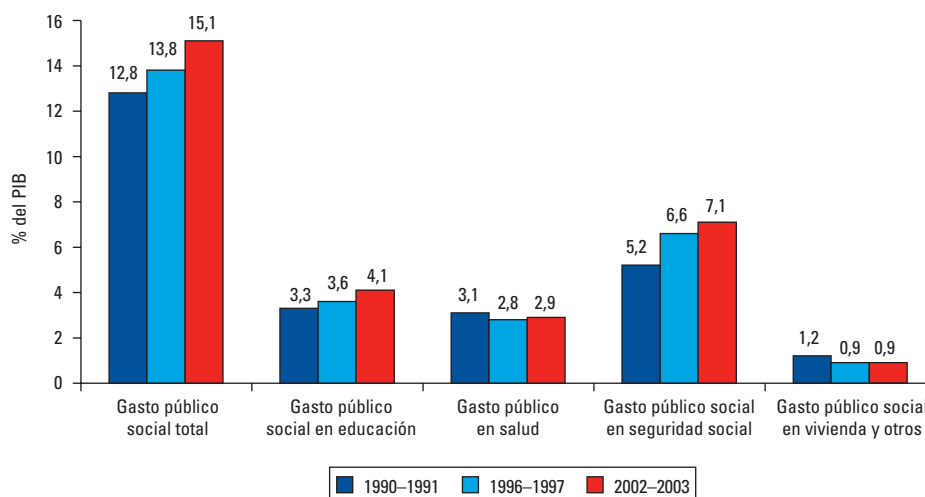
mente a los sectores más pobres de la población y favorece a quienes normalmente cotizan a la seguridad social (estratos medios y altos) y reciben, al requerir servicios médicos o una vez jubilados, los beneficios de una pensión. Los sectores pobres trabajan en la informalidad, y no solo no reciben una 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.

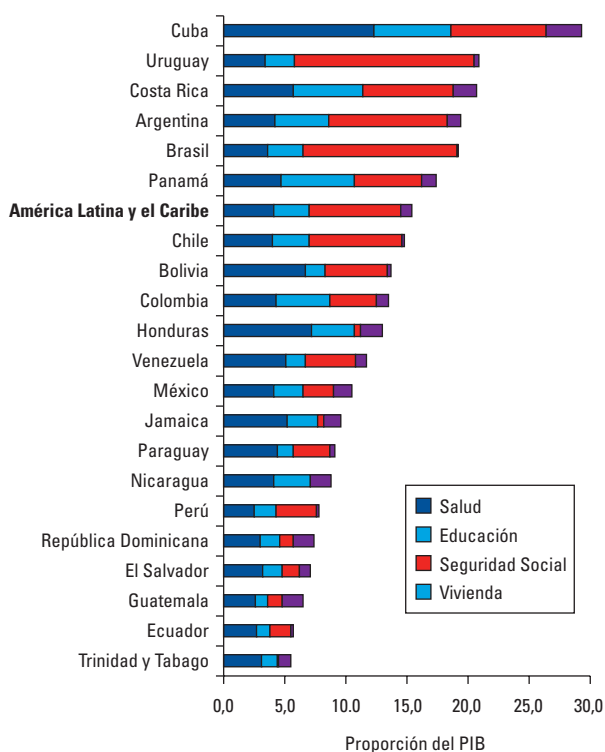
A la par del incremento en la asignación de recursos públicos al gasto social, en los años noventa, varios países de América Latina y el Caribe recibieron recursos financieros adicionales por parte de instituciones multilaterales, agencias de cooperación e iniciativas globales financiadas con recursos 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

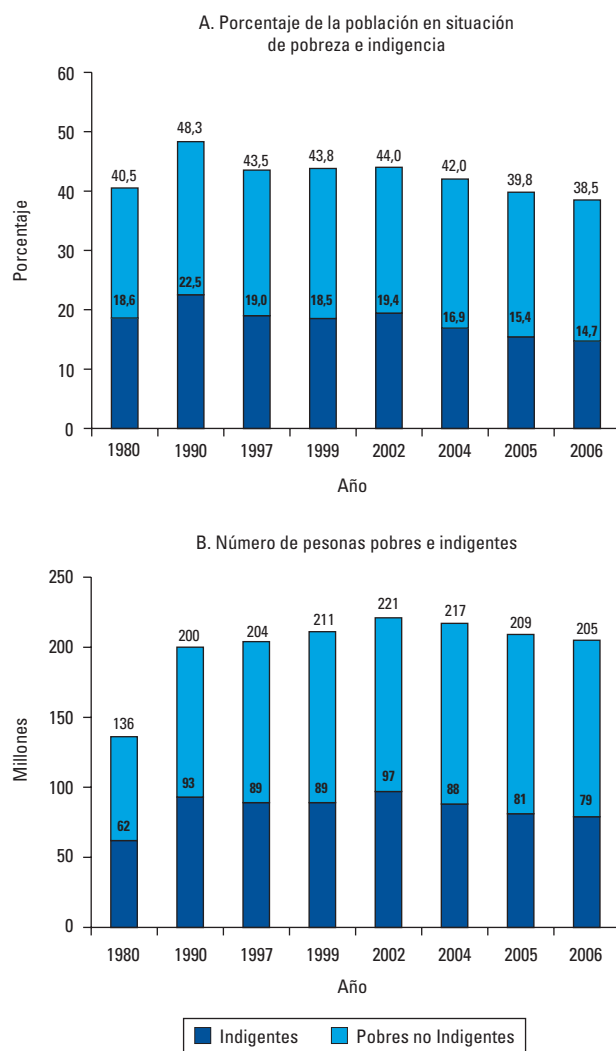
**Indigencia:** Porcentaje de personas cuyo ingreso por habitante del hogar al que pertenecen no es suficiente para adquirir los bienes necesarios para cubrir las necesidades nutricionales de la población, tomando en consideración los hábitos de consumo, la disponibilidad efectiva de alimentos, sus precios 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.**



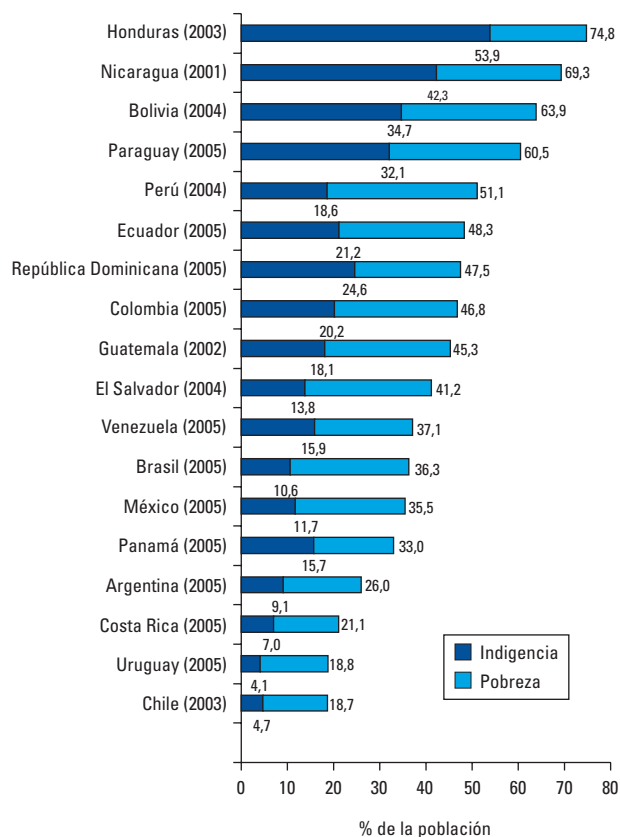
Fuente: CEPAL. Panorama Social de América Latina (2006).

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

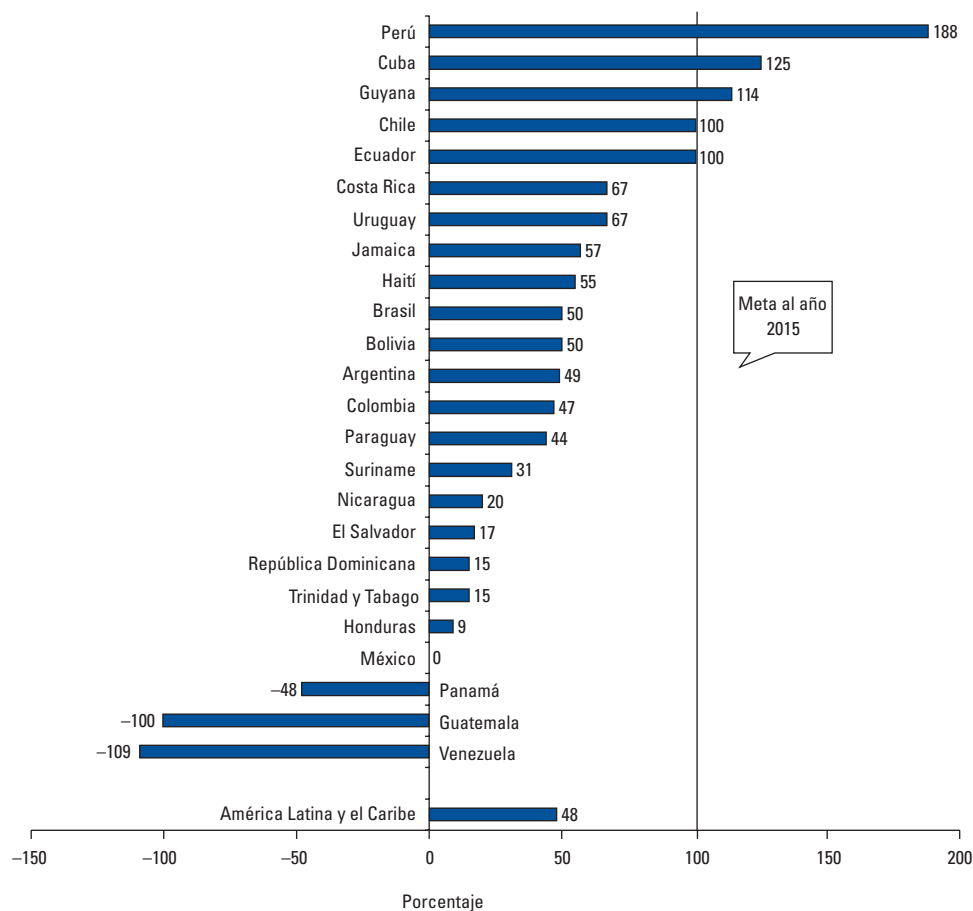
**Subnutrición:** Ingesta de alimentos que es insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria de manera continua.

**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.

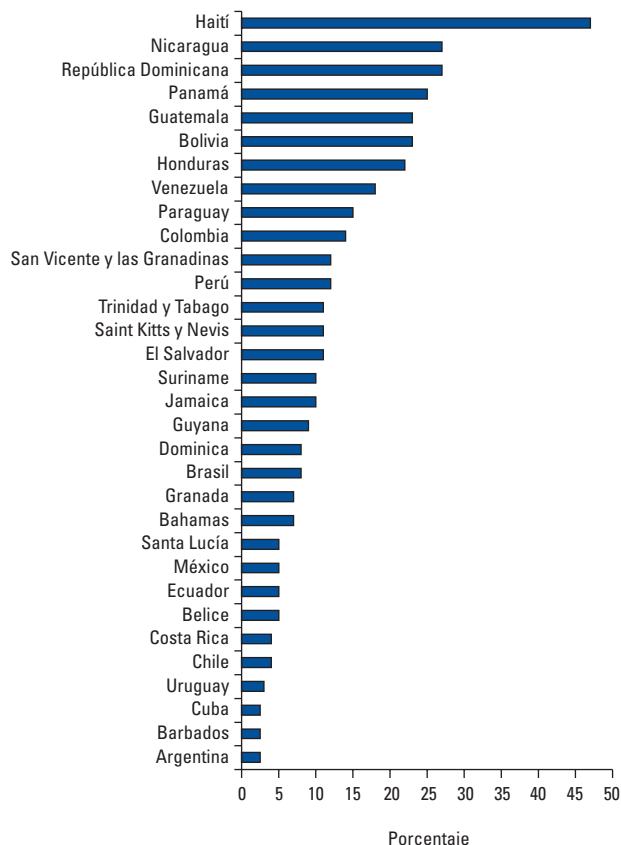
Entre 1995 y 2005 la tasa de desempleo<sup>2</sup> en América Latina y el Caribe se mantuvo cercana a 10%, mientras que la tasa de ocupación mantuvo una tendencia decreciente hasta 2002, año a partir del cual volvió a crecer nuevamente (Figura 13). Asimismo, se observa una participación muy alta del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

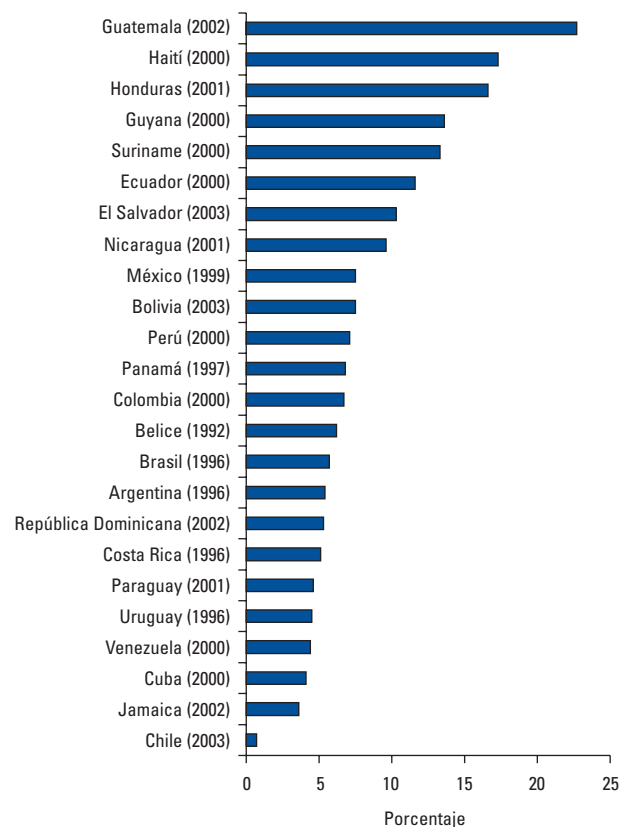


Fuente: CEPAL (2006). Panorama Social de América Latina 2006. Anexo Estadístico.

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.**



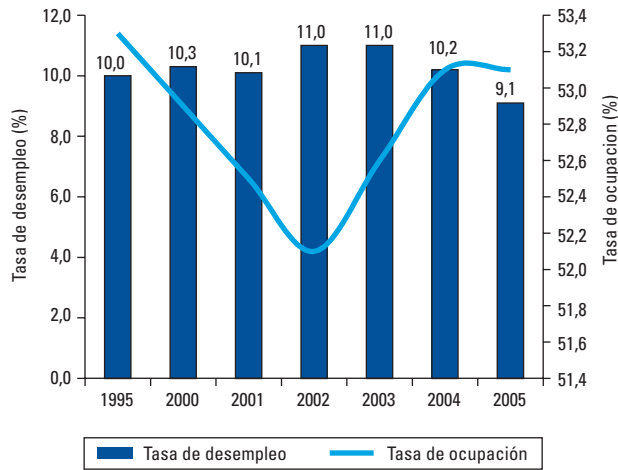
Fuente: CEPAL (2006). Panorama Social de América Latina 2006. Anexo Estadístico.

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).

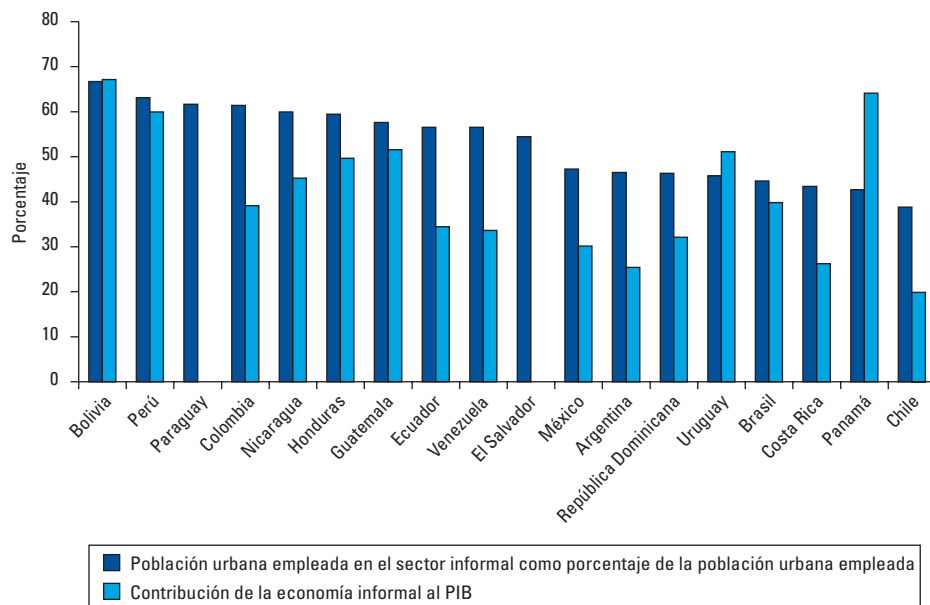
### Acceso a la educación

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.

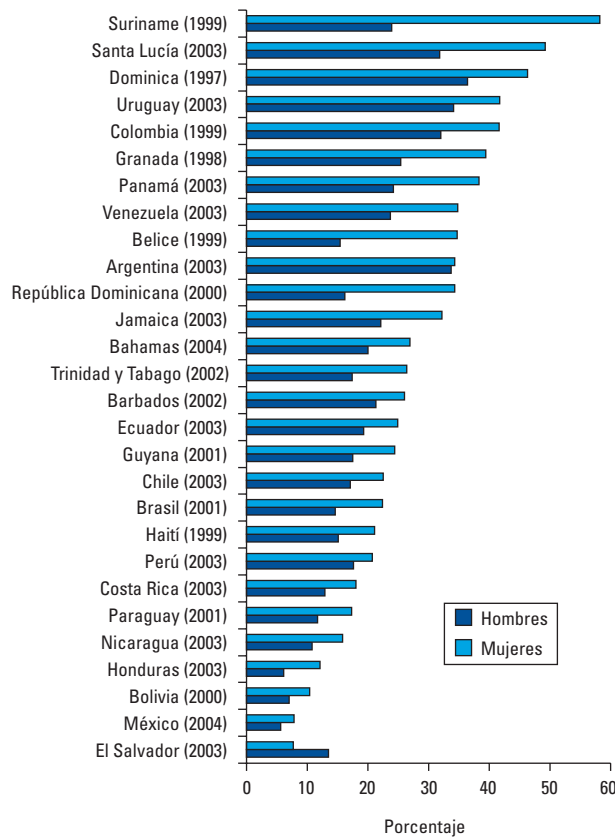
También se ha comprobado el nexo entre la educación y problemas y condiciones de salud como la mortalidad materna, el VIH/sida, la obesidad y una serie de otros problemas relacionados a los estilos de vida (15).

**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.**



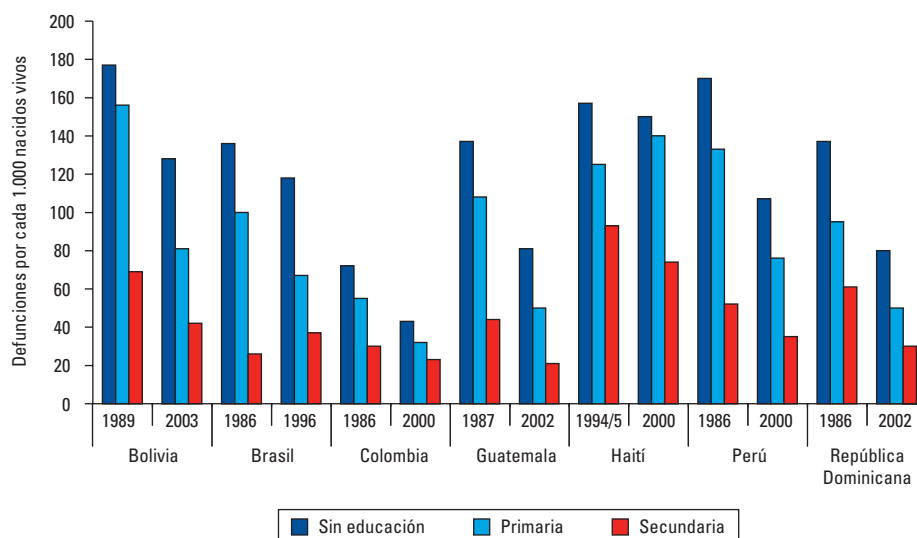
Fuente: United Nations Statistics Division. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/data>

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).

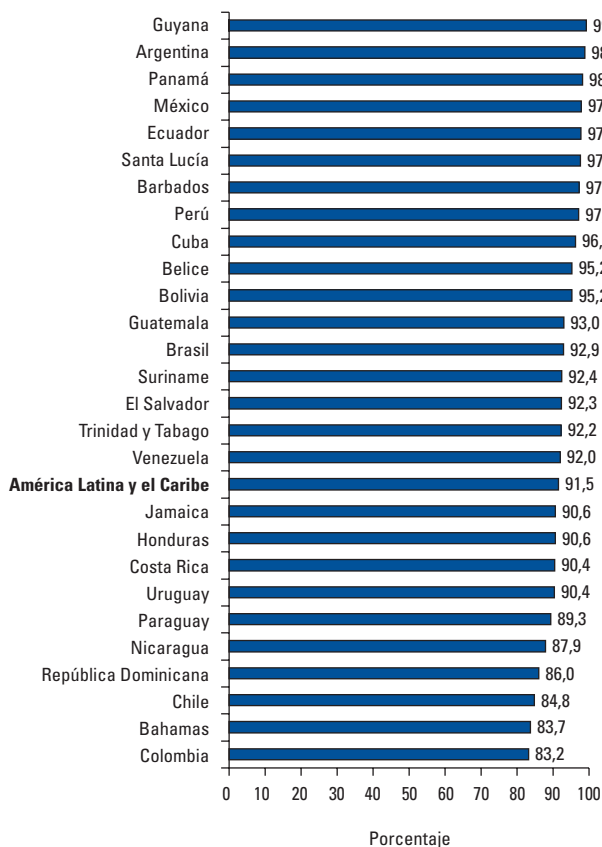
Por otro lado, uno de los desafíos más grandes para la reducción de la pobreza, que tiene un impacto en los determinantes de la salud, es el rezago educativo de los adultos. En 2005, y con base en la ronda de censos de 2000, la UNESCO estimó que 9,5% de la población mayor de 15 años era analfabeta en 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.

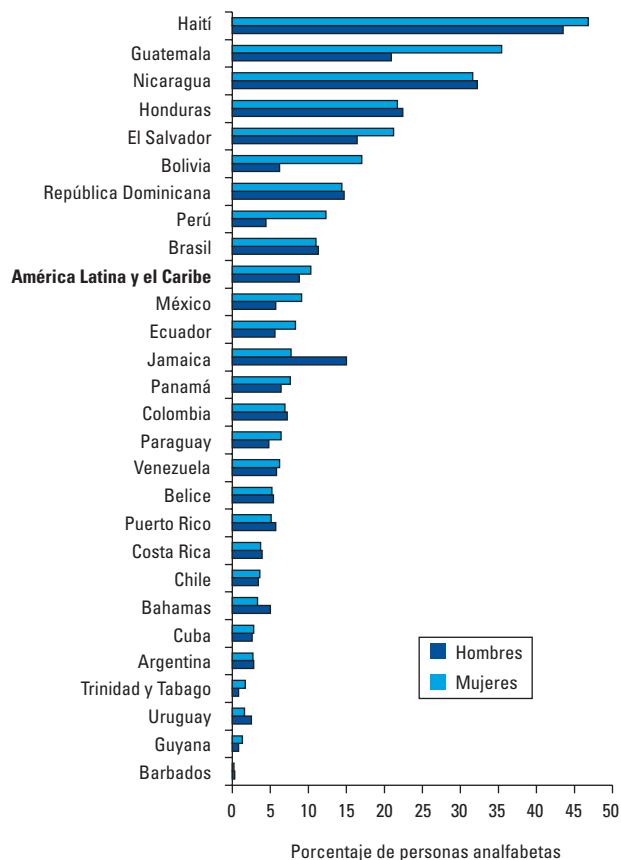
figura 18. En cuatro países (Guatemala, Haití, Honduras y Nicaragua), más de 20% de la población adulta es analfabeta y en cinco países (Bolivia, Brasil, El Salvador, Jamaica y República Dominicana) lo es más de 10% de la población.

### 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.

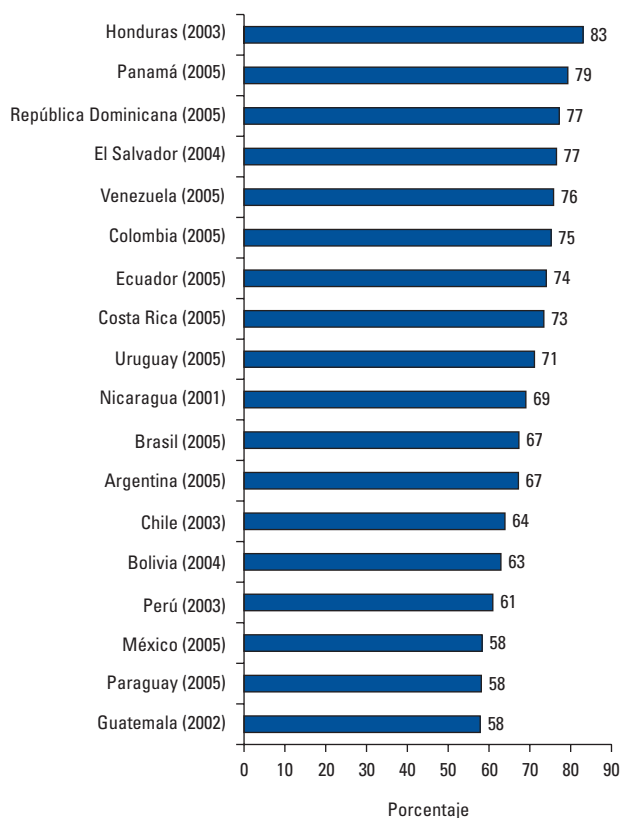
y en promedio en América Latina perciben 35% menos que la remuneración de los hombres (2). En 2002, el ingreso de las mujeres como proporción del ingreso de los hombres fluctuó entre 58% (Guatemala) y 77% (Colombia) (23). La figura 19 muestra el ingreso medio de las mujeres como proporción del ingreso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

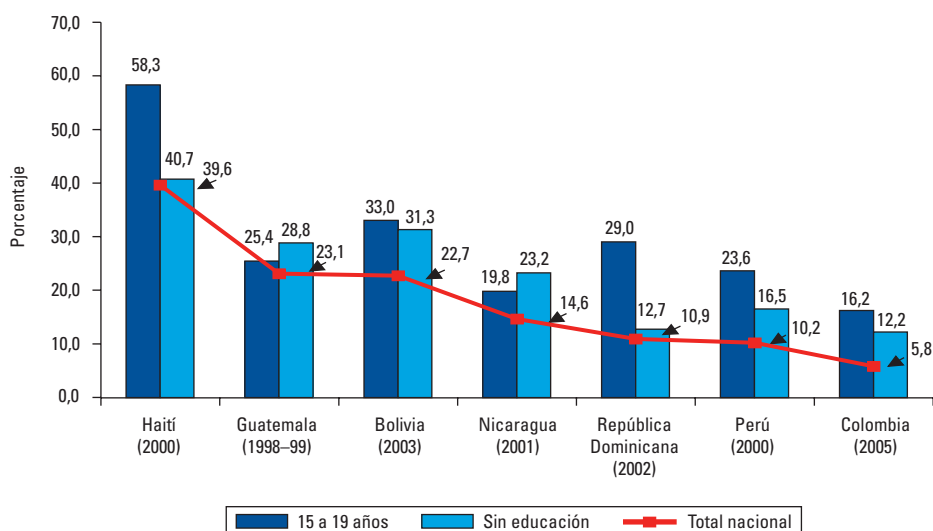
Las inequidades en el acceso a los servicios de salud varían de acuerdo al estrato socioeconómico y la edad de las personas, así como del tipo de servicio. En algunos países pobres y en sectores de menores ingresos, la utilización de servicios en caso de enfermedad o lesión por parte de las mujeres se 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.