

# PANORAMA DE LA SALUD EN LA REGIÓN

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

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

## LA SALUD EN EL CONTEXTO DEL DESARROLLO

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

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

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

**Fuentes:**

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

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

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

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

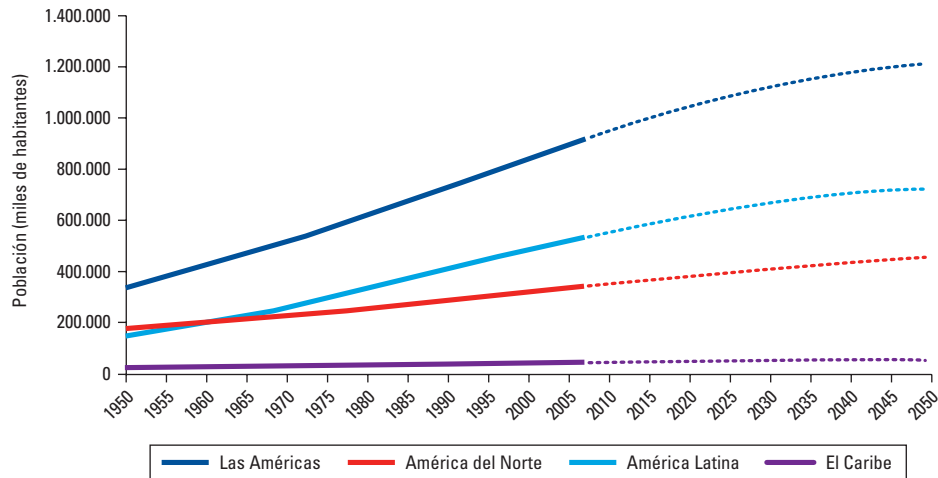
A pesar de estos trascendentes avances en la salud regional, persisten retos importantes: enfermedades transmisibles, como la infección por el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis; diversas

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

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

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

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



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

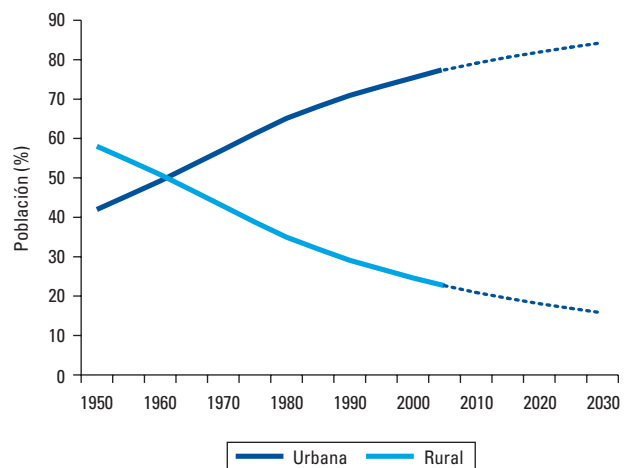
falta de acceso a la educación y los servicios de salud, y la exclusión social de ciertos grupos de la población, entre otros. Tales determinantes sociales son analizados en profundidad en el capítulo 1 de esta publicación, “La salud en el contexto del desarrollo”, que abarca el contexto económico, político,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

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

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

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

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



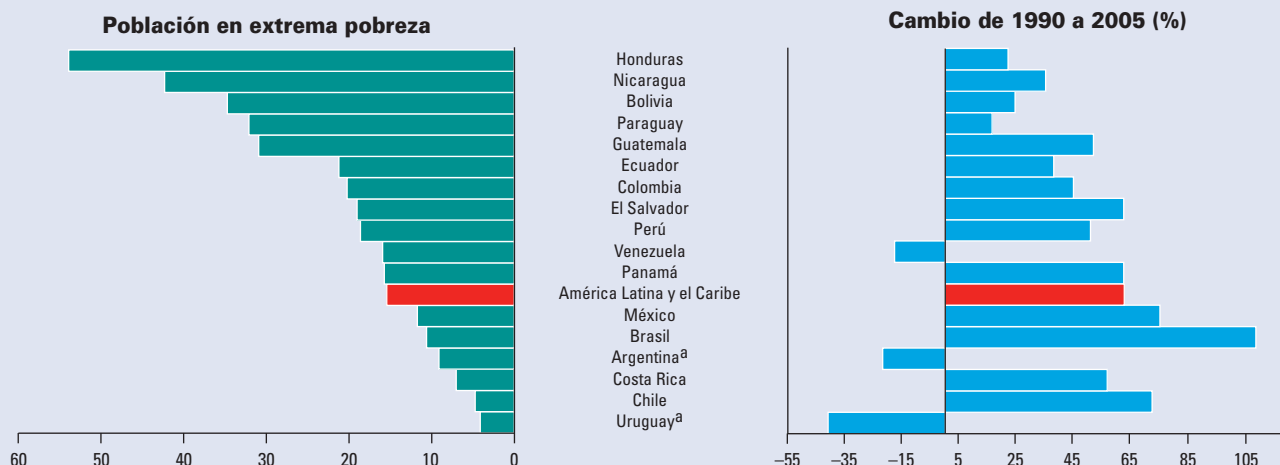
Fuente: United Nations Population Division. World Population Prospects: The 2006 Revision. New York. 2007.

# Los Objetivos de Desarrollo del Milenio

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

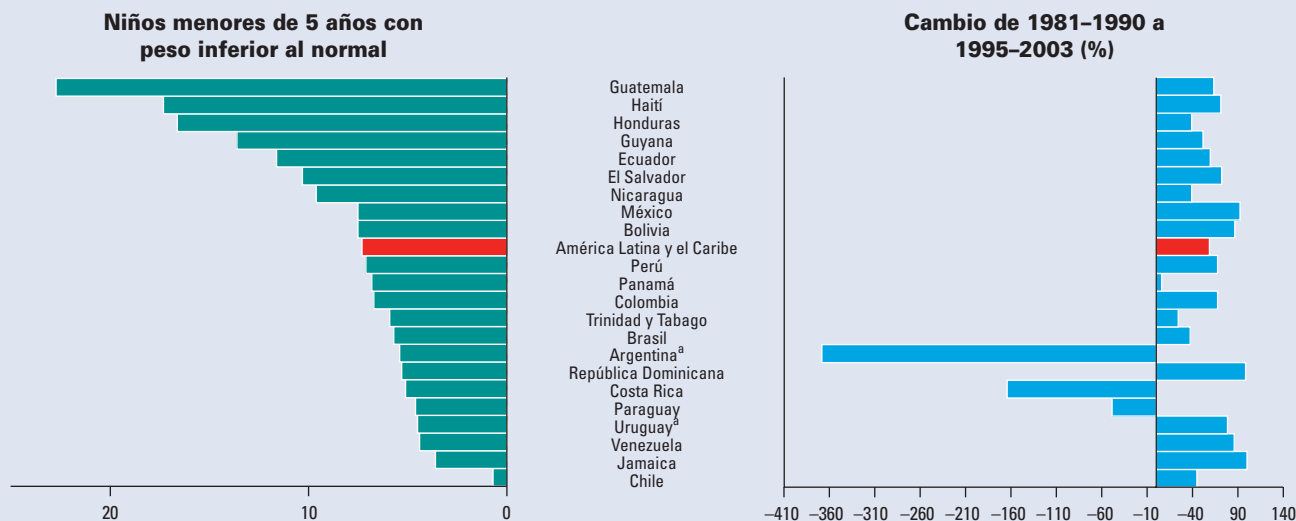
**META: REDUCIR A LA MITAD, ENTRE 1990 Y 2015, EL PORCENTAJE DE PERSONAS CUYOS INGRESOS SEAN INFERIORES A US\$ 1 POR DÍA.**

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



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

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



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

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

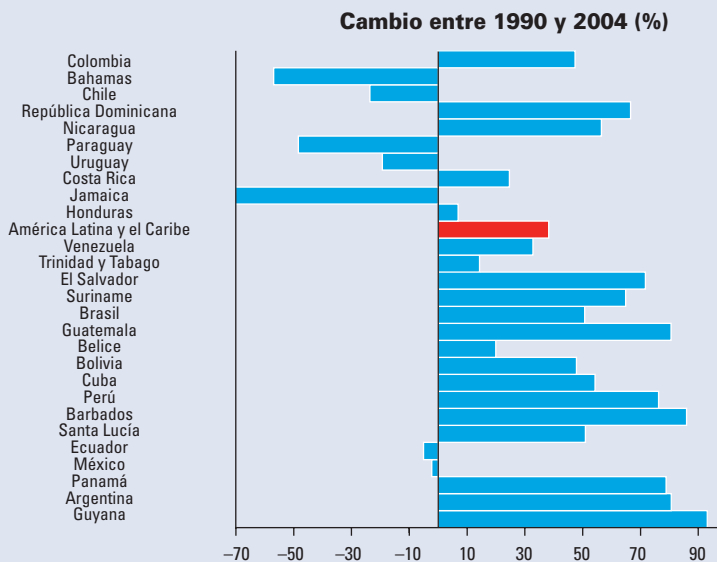
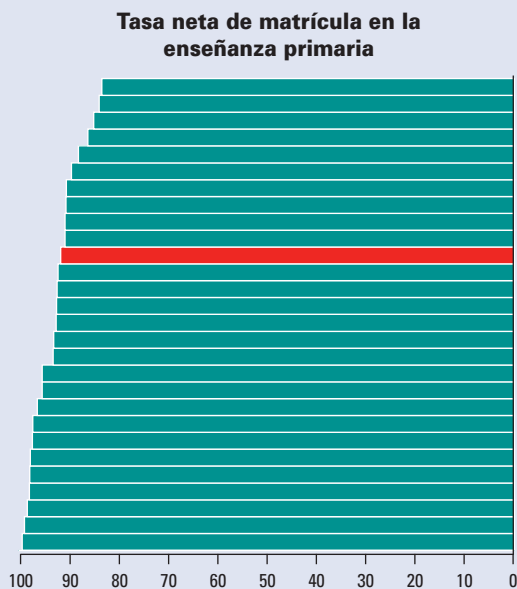
**Fuentes:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Objetivos de desarrollo del milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe. Producido en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud; Organización Internacional del Trabajo; Organización de Naciones Unidas para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

# en América Latina y el Caribe

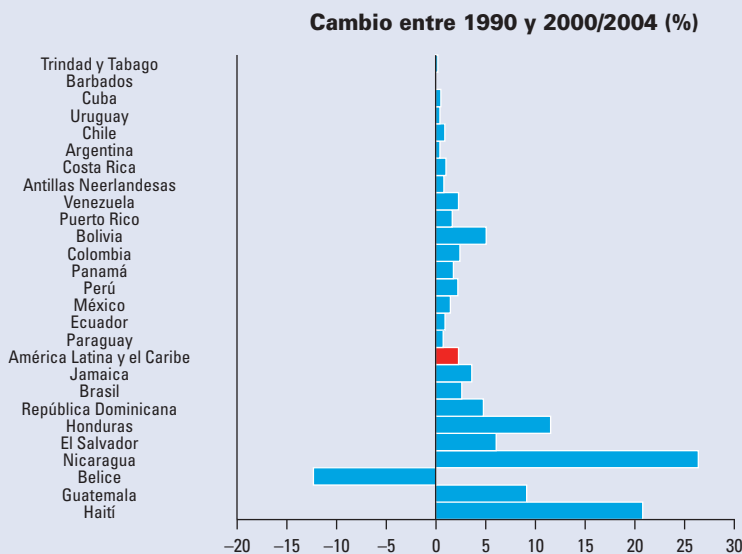
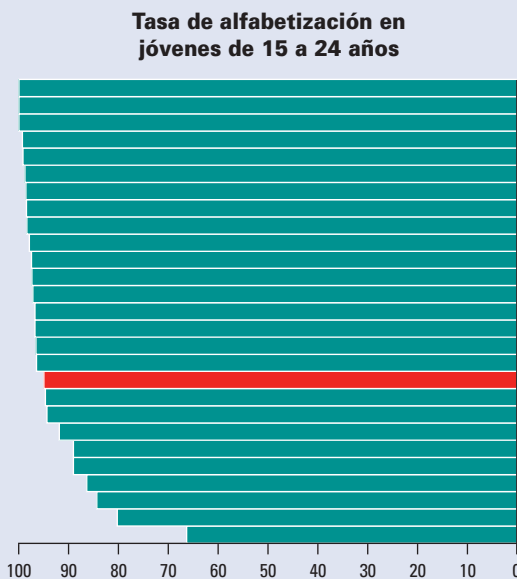
## OBJETIVO 2. LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL

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

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



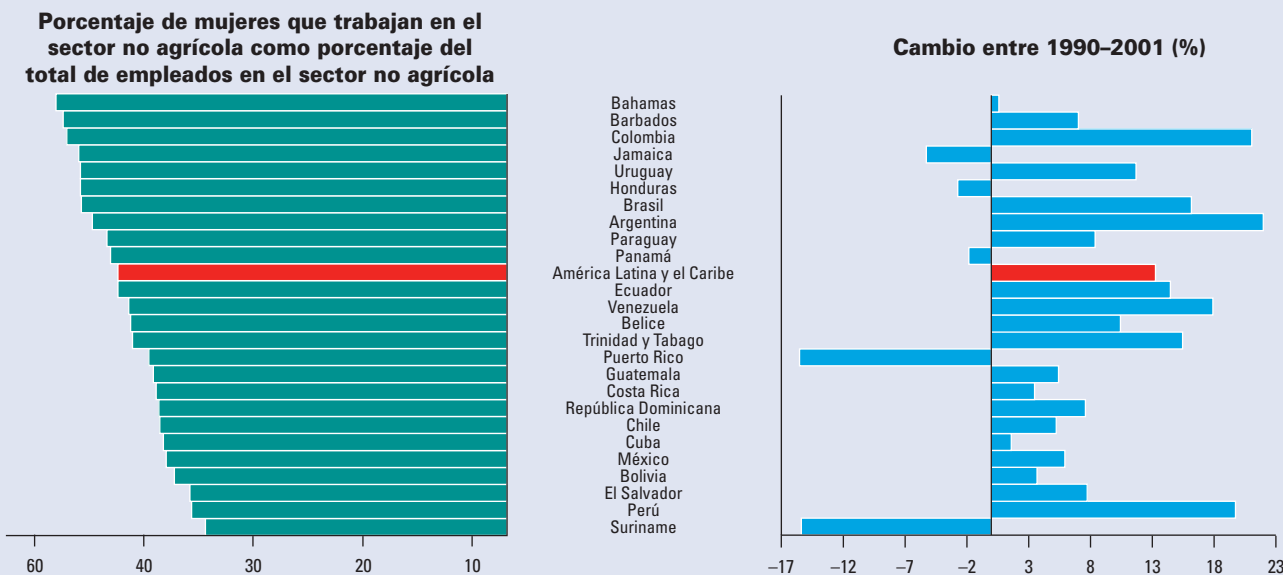
**Tasa de alfabetización en los jóvenes de 15 a 24 años, América Latina y el Caribe, 2000/2004.**



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

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

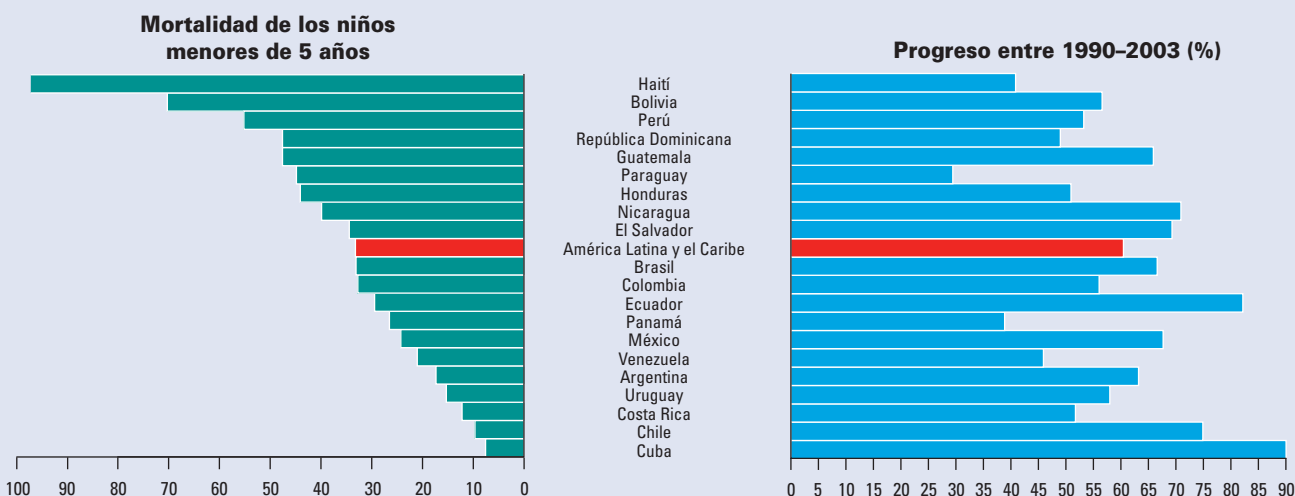
**Mujeres que trabajan en el sector no agrícola, como porcentaje del total de empleados en el sector no agrícola, América Latina y el Caribe, 2001.**



## OBJETIVO 4. REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL

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

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



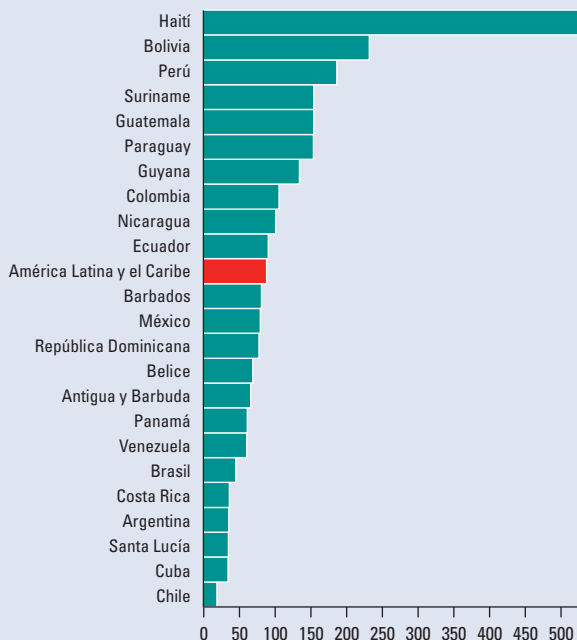
**Nota:** La ausencia de barras para algunos países significa que no hay cambio.

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

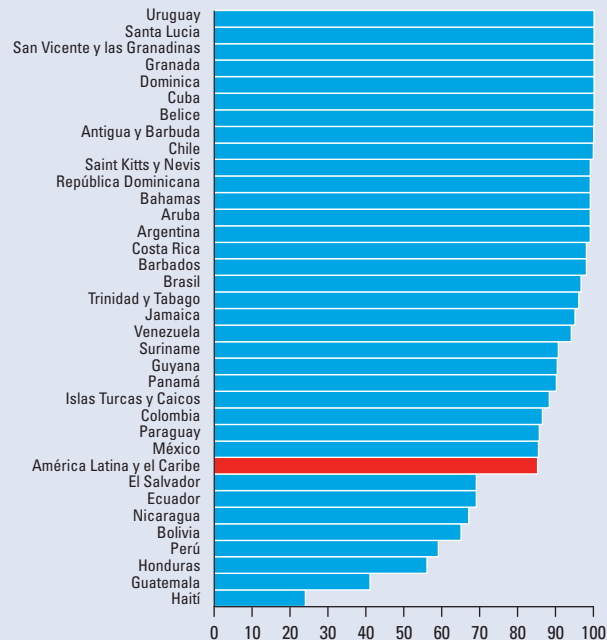
## OBJETIVO 5. MEJORAR LA SALUD MATERNA

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

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



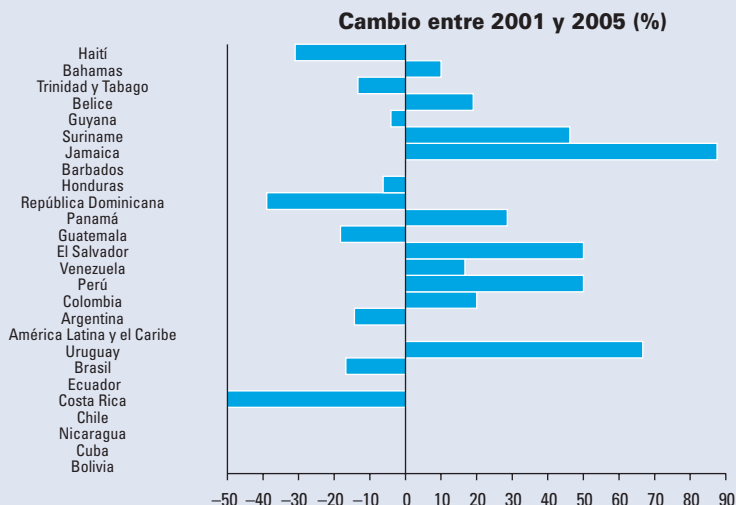
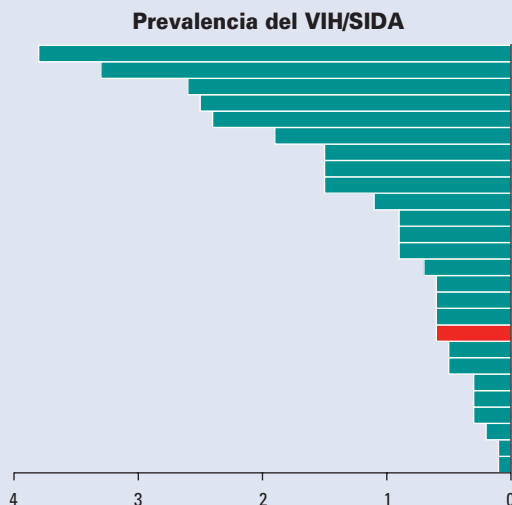
**Partos (%) con asistencia de personal sanitario especializado, América Latina y el Caribe, 2000.**



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

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

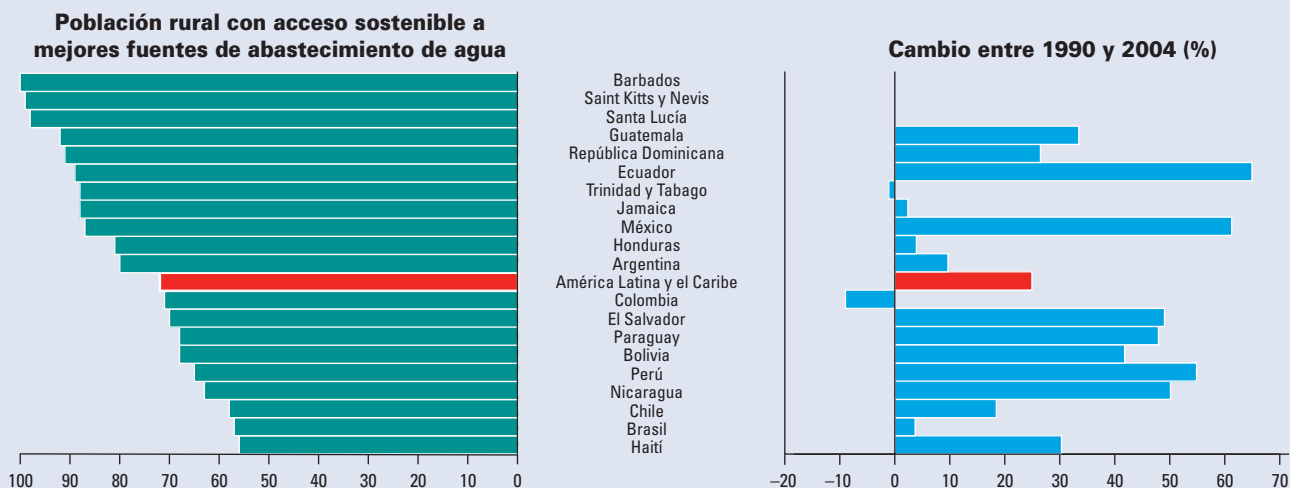
**Tasa de prevalencia del VIH/SIDA en la población de 15 a 49 años, América Latina y el Caribe, 2005.**



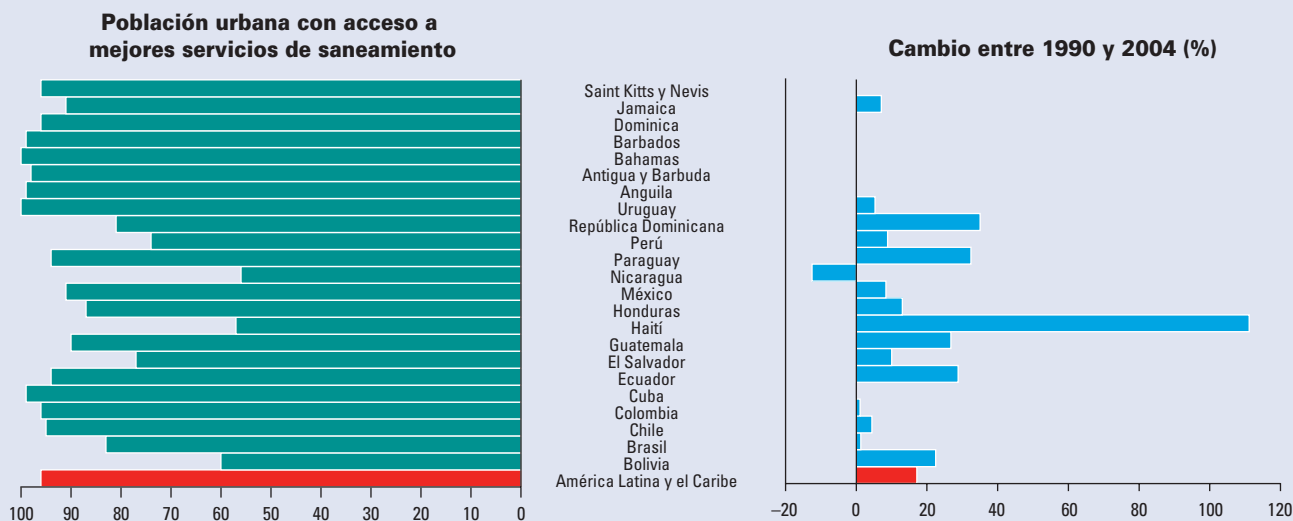
## OBJETIVO 7. GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE

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

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



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



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

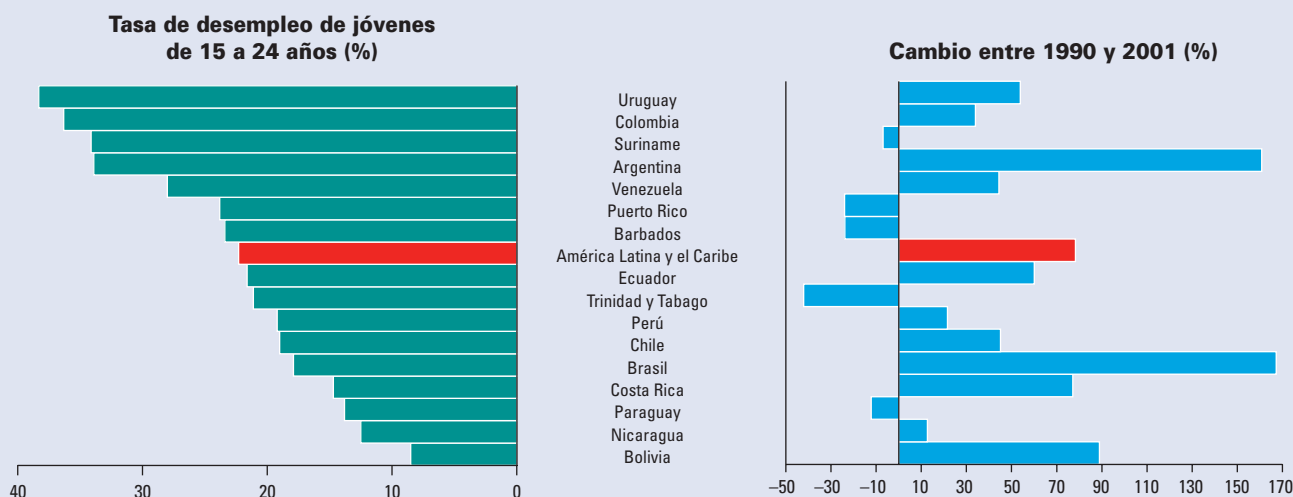
**Fuentes:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Objetivos de desarrollo del milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe. Producido en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud; Organización Internacional del Trabajo; Organización de Naciones Unidas para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



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

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

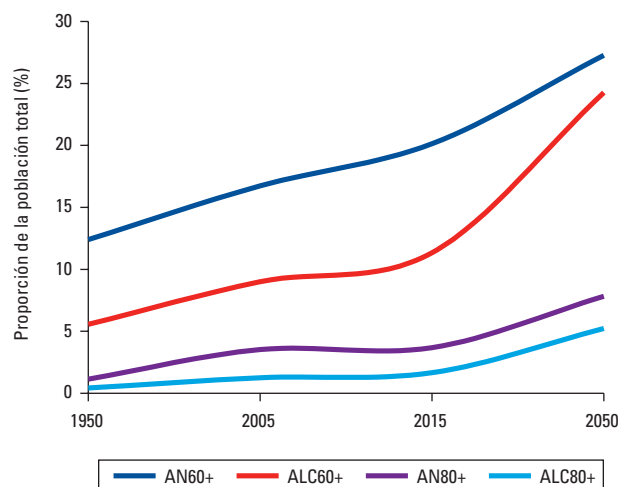
**Tasa de desempleo de jóvenes de 15 a 24 años, ambos sexos (%), América Latina y el Caribe, 2001.**



### La salud en el centro del desarrollo

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

Mirta Roses, 2006

---

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

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

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

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

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

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

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

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

## ABORDAR LA AGENDA INCONCLUSA

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

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

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

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

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

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

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

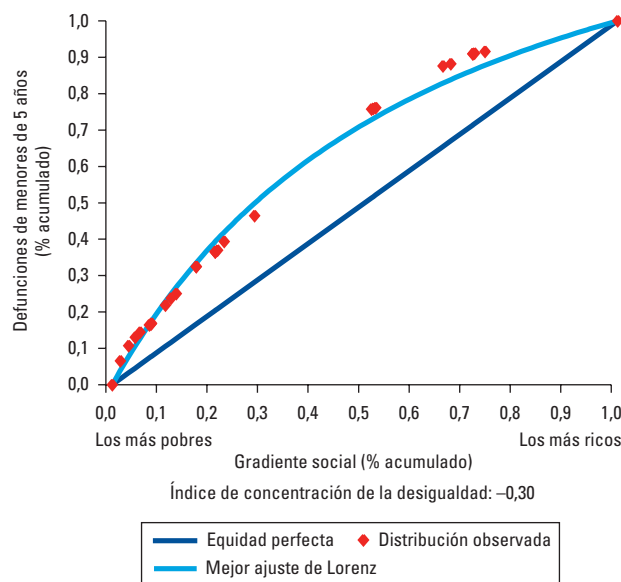
**La situación de las mujeres.** Una de las principales restricciones para completar la agenda de la atención primaria de salud es la situación de las mujeres. Si bien las mujeres representan más de las dos quintas partes de la fuerza de trabajo en América Latina y el Caribe, su avance económico es reducido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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

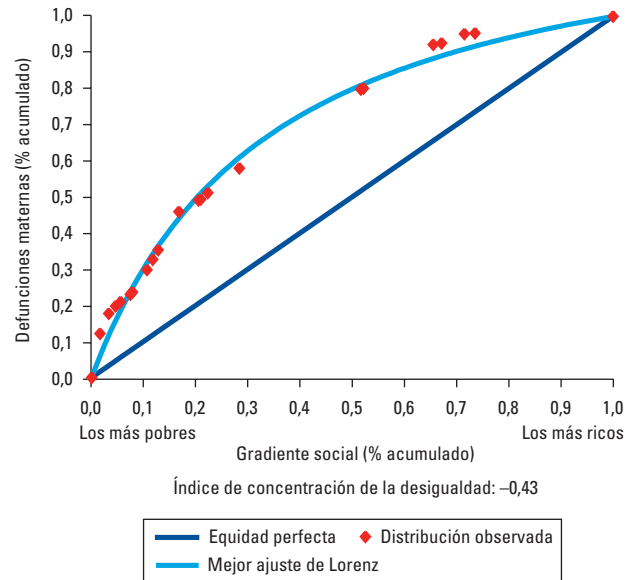
Como se expresa en el quinto ODM, la comunidad mundial se ha comprometido a reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna. Con ese propósito, la Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas en las Américas se basa en firmes convicciones:

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

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

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

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

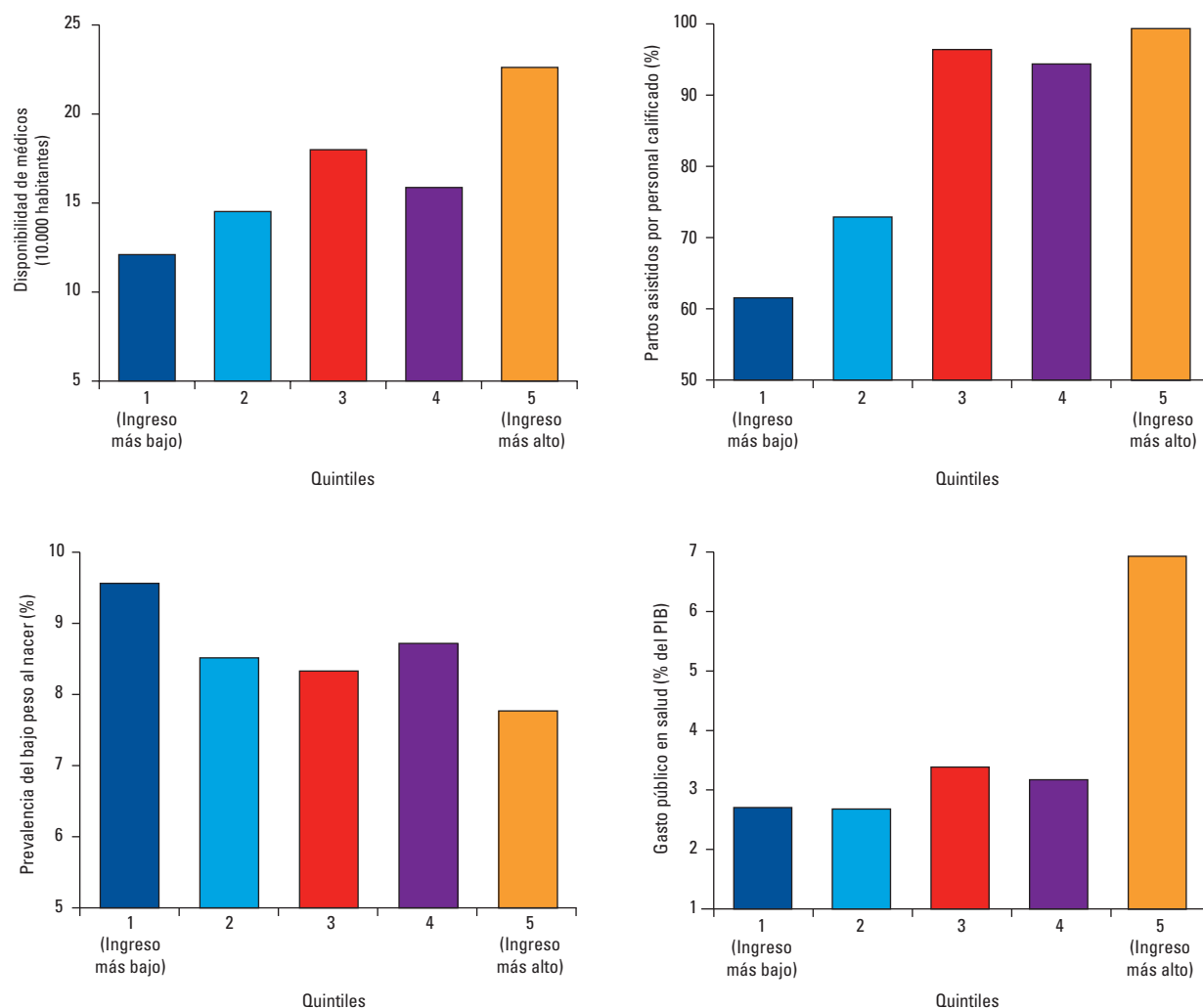


Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2006.

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

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

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



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

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

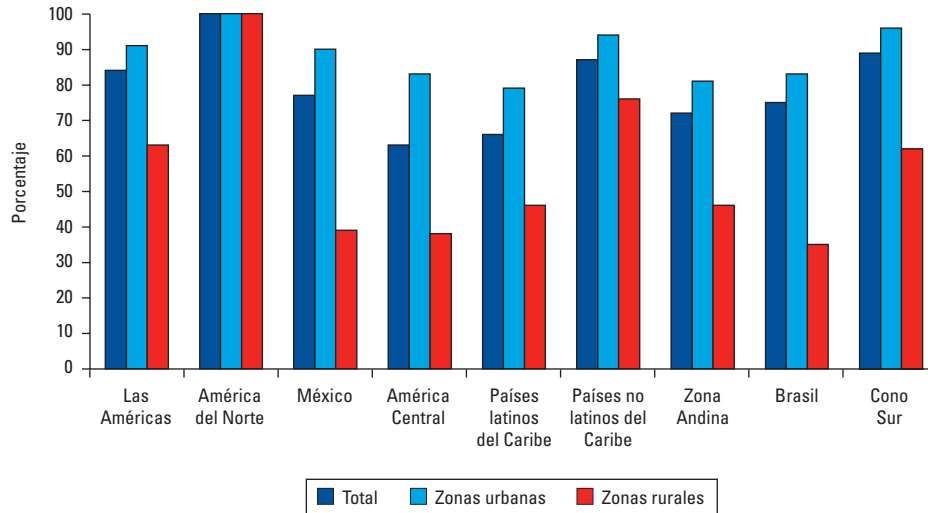
En los últimos años, han estado aumentando los casos de **den-gue**, que subieron de casi 400.000 en 1984 a más de 430.000 en 2005 (1). Transmitido por el mosquito *Aedes aegypti*, el dengue se propaga en zonas con saneamiento deficiente y precipitación elevada; no existe ninguna vacuna ni cura para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

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

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



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



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

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

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

- Enfermedad de Chagas:** 18 millones (3,2%)
- Tricuriasis:** 99 millones (17,6%)
- Ascariasis:** 82 millones (14,6%)
- Esquistosomiasis:** 3 millones de casos en Brasil (1,6% de la población total del país)
- Lepra:** 86.652 casos
- Anquilostomiasis:** 34 millones (6%)
- Leishmaniasis:** 60.000 casos de la forma cutánea de la enfermedad fueron notificados en Brasil en 2003 y, en 2004, se comunicaron 3.500 casos de la forma visceral
- Oncocercosis:** en total, 63 casos nuevos notificados en 2004 en Colombia, Ecuador, México y Guatemala (0,3%)
- Filariasis linfática:** 720.000 casos, principalmente en Haití (8,4% de la población total del país)
- Tracoma:** de los 150.000 casos examinados en Brasil en 2004, 10.000 resultaron positivos

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

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

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

**Mirta Roses, 2003**

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

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

## PROTEGER LOS AVANCES EN MATERIA DE SALUD

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

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

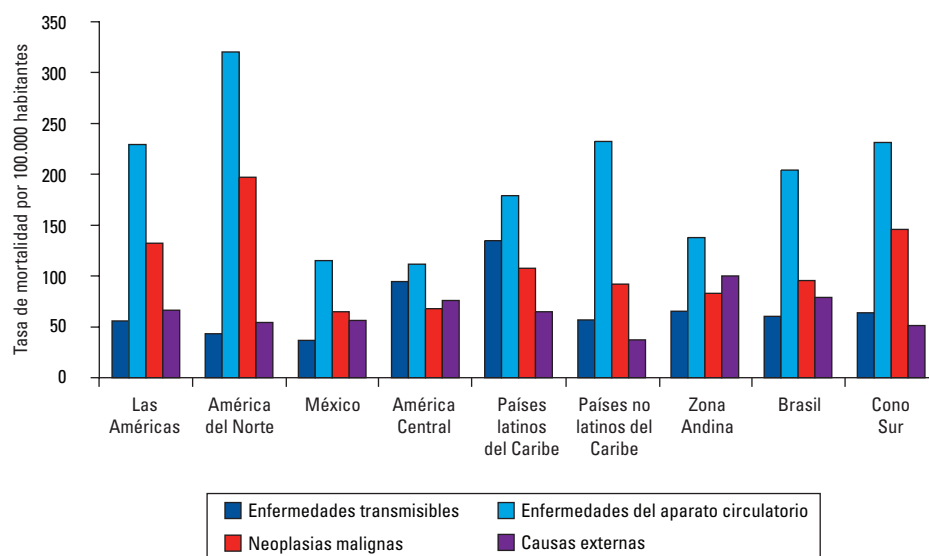
años noventa, la esperanza de vida de los estadounidenses había llegado a 73 años y la de los chilenos, a los 72 años (23).

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

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

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

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



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

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

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

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

## ENFRENTAR LOS NUEVOS RETOS

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

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

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

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

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

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

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

**El envejecimiento de la población.** En la mayoría de los países de las Américas, la población está envejeciendo debido a las esperanzas de vida más prolongadas o a la estabilización de las tasas de fecundidad. En los últimos 25 años, la esperanza de vida al nacer en las Américas ha aumentado 7 años y el promedio de esperanza de vida supera los 70 años, con una diferencia de siete años en el promedio entre los países de América del Norte y los de América Latina y el Caribe. De los habitantes de América Latina y el Caribe nacidos actualmente, 78,6% vivirán más de 60 años y cuatro de cada 10 vivirán más de 80 años. Las personas de edad avanzada plantean mayores demandas de servicios de salud porque requieren una atención más frecuente e integral y necesitan servicios relacionados con el tratamiento de enfermedades crónicas y discapacidades. La evaluación de las políticas sanitarias y del desempeño de los servicios de salud para los ancianos debe procurar aumentar los años de vida libres de discapacidad después de los 60 años de edad (28).

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

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

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

---

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

Mirta Roses, 2004

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mirta Roses, 2004

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

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

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

## RESPONDER A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mirta Roses, 2006

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

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

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

\* \* \*

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

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

## Referencias

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

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