

Capítulo V

El derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del Milenio ¹

| Objetivos | Metas | Indicadores |
|--|--|---|
| 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre | 2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre | 4. Niños menores de 5 años de peso inferior al normal 5. Población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria |
| 4. Reducir la mortalidad infantil | 5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años | 13. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años 14. Tasa de mortalidad infantil 15. Niños de 1 año vacunados contra el sarampión |
| 5. Mejorar la salud materna | 6. Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015 | 16. Tasa de mortalidad materna 17. Partos con asistencia de personal sanitario especializado |
| 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades | 7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA | 18. Hombres y mujeres de 15 a 49 años que viven con VIH/SIDA 19. Tasa de uso de anticonceptivos 20. Relación entre la asistencia a la escuela de niños huérfanos y la asistencia a la escuela de niños no huérfanos de 10 a 14 años |

¹ Este capítulo fue elaborado por la OPS en estrecha colaboración con la CEPAL. Para su preparación se contó además con valiosos aportes del UNFPA.

| | | |
|--|---|---|
| | 8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves | 21. Muertes asociadas al paludismo |
| | | 22. Población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo |
| | | 23. Tasas de prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis |
| | | 24. Casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa |
| 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente | 10. Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible a agua potable y saneamiento básico | 30. Acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, urbana y rural |
| 8. Establecer una alianza mundial para el desarrollo | 17. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales a bajo costo en los países en desarrollo | 46. Población con acceso estable a medicamentos esenciales a precios razonables |

A. Introducción

El examen de los objetivos y metas de desarrollo del Milenio relacionados con la salud debe realizarse en el marco del derecho a la salud, teniendo en cuenta sus aspectos éticos, sociales, técnicos y políticos. La buena salud es un factor decisivo para el bienestar de las personas, las familias y las comunidades y, a la vez, un requisito del desarrollo humano con equidad. Más aun, las personas tienen derecho a un cuidado equitativo, eficiente y atento de su salud y la sociedad en su conjunto debe garantizar que nadie quede excluido del acceso a los servicios de salud y que estos proporcionen una atención de calidad para todos los usuarios. La identificación de los rezagos y las brechas sociales en materia de condiciones y atención de la salud y las medidas para superarlos deben considerarse estratégicamente, como un componente esencial de la acción pública integral destinada a romper el círculo vicioso de la pobreza y, en definitiva, alcanzar el desarrollo humano sostenible.

Por tal razón, son varios los objetivos de desarrollo del Milenio que se relacionan con la salud, tales como la reducción de la mortalidad materna y en la niñez; el control de enfermedades como el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis; el mayor acceso a los servicios de agua potable y saneamiento; la reducción de la pobreza y el alivio del hambre y la malnutrición, y la prestación de servicios de salud, incluido el acceso a los medicamentos esenciales. En el presente capítulo se abordan tres objetivos (5, 6 y 7), con sus correspondientes cuatro metas, que se refieren explícitamente a la salud de las personas y cuya consecución depende de medidas impulsadas por el sector salud en conjunto con otros sectores. Cabe destacar que, como ha reiterado en varias oportunidades el Secretario General de las Naciones Unidas, hay una estrecha relación entre los objetivos de desarrollo del Milenio y los instrumentos emanados de diversas cumbres mundiales tales como la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible y la Conferencia Mundial sobre la Mujer, entre otras. De conformidad con los planteamientos expuestos en otros informes internacionales sobre el cumplimiento de los objetivos trazados en la Declaración del Milenio, el progreso en el campo de la salud entraña también avances significativos en la lucha contra la pobreza, el hambre y el logro de la sostenibilidad ambiental (BID, 2004).

A pesar de su heterogeneidad en materia de desarrollo y de situación de salud, el proceso que deben seguir los países de América Latina y el Caribe para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud tiene algunos denominadores comunes, cuyos grados de

expresión difieren de un país a otro. Primero, el esfuerzo supone apurar el paso hacia una sensible reducción de las inequidades en materia de salud, incluidas aquellas vinculadas a la pobreza, la marginación, el género, la raza o etnia y la edad. Segundo, implica un gran avance en materia de protección social en salud, sin la cual no es posible extender la cobertura de las intervenciones más críticas. Tercero, hay que aumentar los niveles de gasto público corriente y de inversión del sector y mejorar sustancialmente la calidad de la asignación de recursos sectoriales. Cuarto, es preciso reorientar los servicios de atención de la salud sobre la base de una nueva estrategia de atención primaria, que promueva la participación activa de todos los usuarios del sistema. Quinto, se necesita un fortalecimiento sostenido de la infraestructura en salud pública. Por último, es urgente avanzar en la formulación y puesta en práctica de políticas y medidas intersectoriales que tengan verdadera incidencia sobre los determinantes políticos, económicos y socioculturales de las metas de salud en que se subdividen los objetivos.

Todo ello se impone para lograr un mayor grado de cohesión social y fortalecer los derechos ciudadanos a la salud. En consecuencia, estos objetivos deben integrarse en las políticas, planes y programas de salud de los países de la región para que, en convergencia con las medidas aplicadas en otros sectores, hagan posible el cumplimiento de los compromisos trazados para el 2015.

B. Situación de América Latina y el Caribe en cuanto al cumplimiento de los objetivos de desarrollo relacionados con la salud

1. Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil

En el período 1990-2003, que comprende cerca de la mitad del lapso establecido para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio, la región ostenta grandes progresos en la salud de su población y en particular de sus niños, al reducir notablemente todos los indicadores relacionados con la mortalidad en la niñez y por ende aumentar la esperanza de vida al nacer.² Gracias a estos progresos, la región exhibe una posición relativamente destacada en el contexto mundial, ya que registra el descenso más acelerado de la mortalidad infantil y en el 2003 anotaba la menor mortalidad infantil del mundo en desarrollo (véase el cuadro V.1).

Cuadro V.1
EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (POR 1.000 NACIDOS VIVOS)
A ESCALA MUNDIAL Y CONTINENTAL, 1990-2003
(En porcentajes)

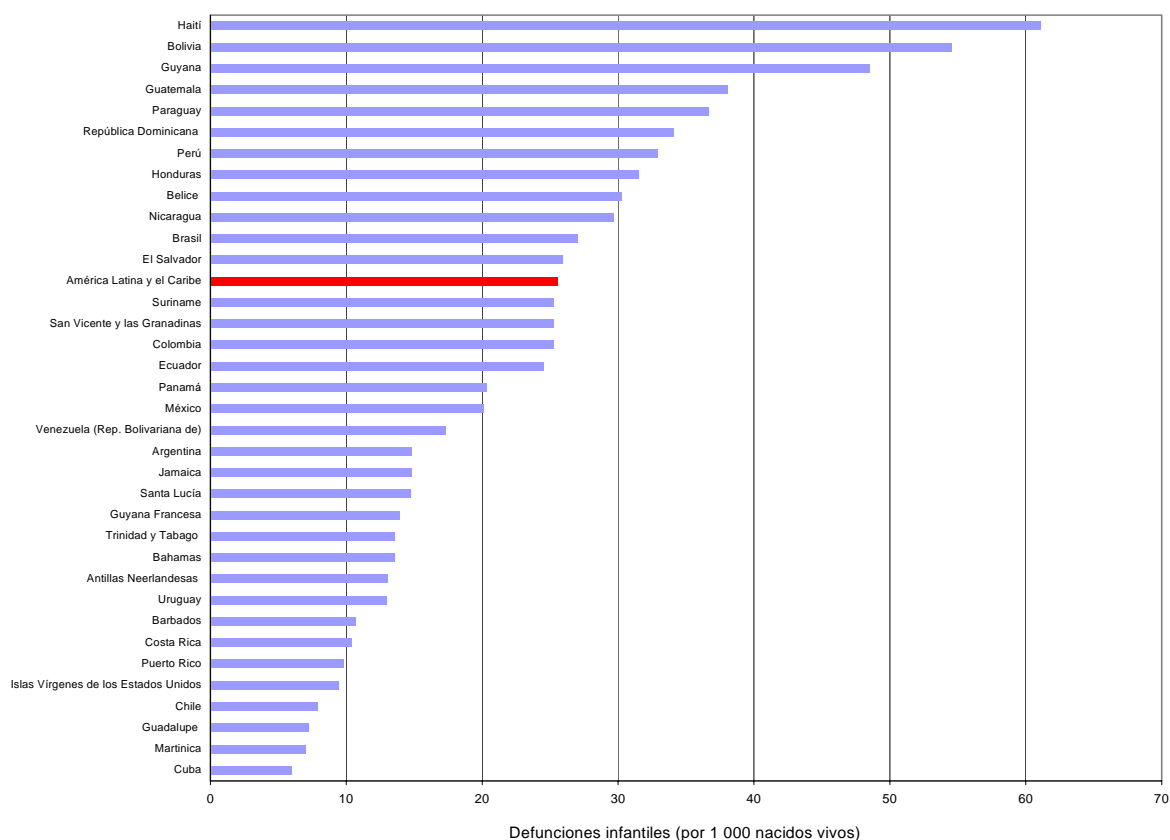
| Región geográfica | 1990 | 2003 | Evolución entre 1990 y 2003 |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-----------------------------|
| Mundo | 68,1 | 56,5 | -17,0 |
| África | 144,6 | 93,6 | -35,3 |
| Asia | 69,2 | 53,1 | -23,3 |
| Europa | 14,0 | 9,2 | -34,3 |
| América Latina y el Caribe | 42,9 | 25,6 | -40,3 |
| América del Norte | 8,2 | 6,8 | -17,1 |
| Oceanía | 33,5 | 28,4 | -17,0 |

Fuente: Naciones Unidas, World Population Prospects. The 2004 Revision Database [en línea] <http://esa.un.org/unpp/>.

² El objetivo 4 se refiere a la reducción de la mortalidad durante los primeros cinco años de vida, más conocida como mortalidad en la niñez. En el presente documento se usaron los dos indicadores de mortalidad entre los niños que proponen las Naciones Unidas para el seguimiento de esta meta, la tasa de mortalidad infantil y de mortalidad en la niñez, pero se privilegió el indicador de la tasa de mortalidad infantil, que refleja la probabilidad de morir entre el nacimiento y 1 año exacto de edad y se expresa por cada 1.000 nacidos vivos, por cuanto representa el grueso de la mortalidad que se produce en la niñez y porque sobre este indicador hay mayor información comparable para más países de la región. Al mismo tiempo, en la revisión realizada en el 2004 de las proyecciones de población de la División de Población de las Naciones Unidas, que es la fuente empleada normalmente para el seguimiento de esta meta, no se incorpora el indicador de mortalidad en la niñez antes de 1995.

Ahora bien, los promedios regionales de mortalidad infantil esconden grandes disparidades entre países (véase el gráfico V.1). En efecto, en un grupo de cinco países se consignaban niveles de mortalidad infantil inferiores a los observados en Europa en el 2003. La tasa de 6,8 defunciones infantiles por 1.000 nacidos vivos observada en ese año en América del Norte permite pensar que la mortalidad infantil podría seguir bajando. En cambio, en el 2003 en un grupo de 12 países se registraban índices de mortalidad infantil superiores al promedio regional de 25,6 por 1.000. Entre estos sobresale Haití, cuyas tasas son superiores a 60 por 1.000, lo que revela el rezago generalizado de que adolece este país, el más pobre del hemisferio occidental. En directa conexión con la noción de integralidad del desarrollo, en su gran mayoría estos países también muestran indicadores precarios en los restantes objetivos de desarrollo del Milenio.

Gráfico V.1
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (35 PAÍSES Y TERRITORIOS):
 SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL
 (INDICADOR 14), 2003^a**



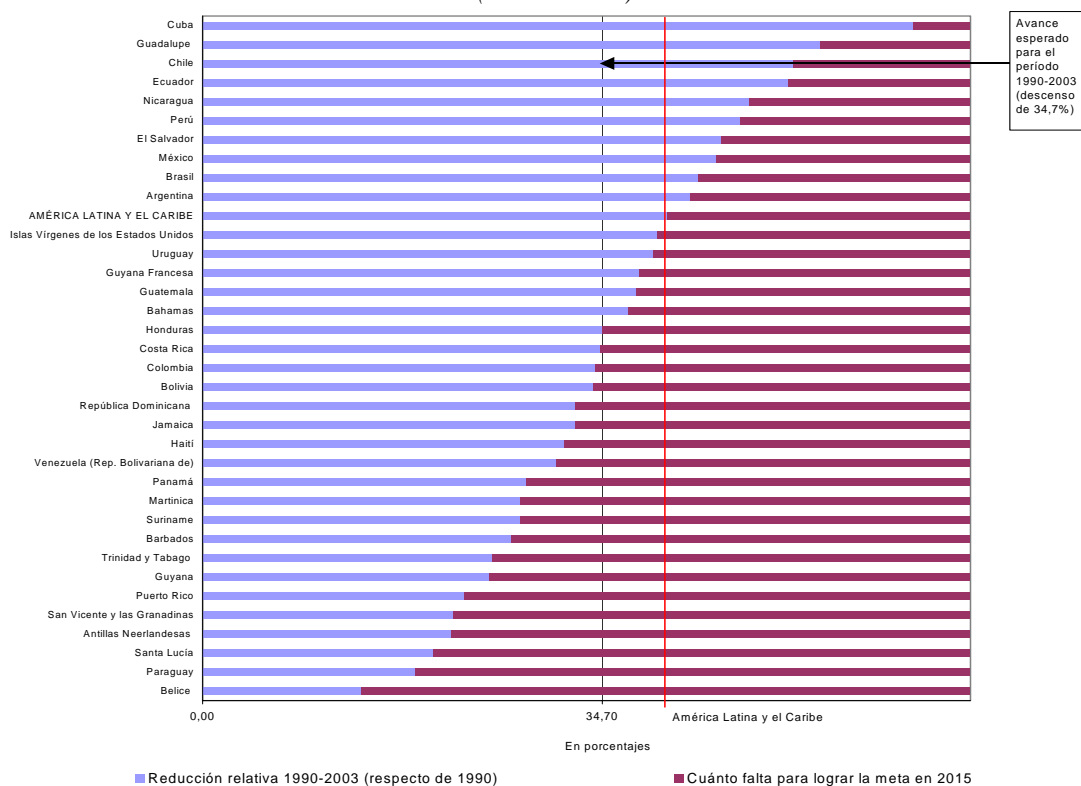
Fuente: Naciones Unidas, World Population Prospects. The 2004 Revision Database [en línea] <http://esa.un.org/unpp/>.

^a Corresponde a una interpolación lineal de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad elaboradas por la fuente para los quinquenios 2000-2005 y 2005-2010.

La meta 5 correspondiente al objetivo 4 plantea la reducción de la mortalidad infantil, independientemente de los niveles iniciales. Dado que el lapso de referencia, 1990-2003, equivale aproximadamente a la mitad del período contemplado (1990-2015), los países debieran haber recorrido al menos la mitad del trecho acordado para considerar que están en camino del cumplimiento de la meta. Como se trata de reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil, un

descenso inferior al 34,7% entre 1990 y 2003 puede considerarse un rezago en el cumplimiento.³ En conjunto la región supera ese nivel, pues entre 1990 y 2003 alcanzó una reducción del 40,3% (véase el gráfico V.2). Este logro regional no se aplica a todos los países y territorios de la región: 19 de 36 han registrado reducciones inferiores al 34,7%, lo que solo en el caso de Costa Rica y de unos pocos países del Caribe puede explicarse parcialmente porque en el momento inicial tenían niveles bajos de mortalidad infantil (Martinica, Puerto Rico y Barbados registraban una tasa de menos de 15 por 1.000 en 1990). Los casos de países con niveles medios y altos de mortalidad infantil en 1990 y que hasta el 2003 habían logrado una reducción inferior al 34,7% (Belice, Paraguay, Guyana, Suriname y Haití) son especialmente inquietantes. Al interpretar estos resultados hay que considerar que en algunos países pequeños con un número reducido de muertes pueden haberse registrado grandes variaciones en los valores de un solo año. Sin embargo, al analizar la información en su conjunto, queda claro que se requerirán esfuerzos adicionales para alcanzar la meta de reducción de dos tercios. Además, frente a las brechas que separan a los países, habrá que aplicar intervenciones adecuadas para cada situación a fin de reducir los principales determinantes de la mortalidad.

Gráfico V.2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (35 PAÍSES Y TERRITORIOS): PROGRESOS EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL ENTRE 1990-2003 Y DESAFÍO PENDIENTE HASTA 2015^a
(Indicador 14)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Naciones Unidas, World Population Prospects. The 2004 Revision Database [en línea] <http://esa.un.org/unpp/>.

^a Cálculos realizados sobre la base de datos obtenidos como interpolación lineal de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad elaboradas por la fuente para los quinquenios 1985-1990 y 1990-1995 (dato de 1990) y 2000-2005 y 2005-2010 (dato del 2003).

³ Los 13 años que median entre 1990 y 2003 corresponden al 52% del lapso de 25 años (1990-2015) con que operan las metas de los objetivos de desarrollo del Milenio. Como en este caso la meta consiste en una reducción de dos tercias partes del indicador entre 1990 y 2003, se considera que para estar camino del cumplimiento los países debieran haber avanzado un 52% de la meta, es decir, debieran haber bajado la mortalidad infantil un 34,7% (52% de dos tercios).

Con respecto a la mortalidad en la niñez (muertes en niños menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos), 10 países de América Latina y el Caribe presentan niveles superiores a 40 por 1.000 nacidos vivos en el 2004: Haití, Bolivia, Guyana, Ecuador, Guatemala, República Dominicana, Perú, Honduras, Paraguay y Brasil. En conjunto, estos países registraron cerca de 270.000 muertes de menores de 5 años, las que equivalen al 61% de las muertes en dicho grupo de edad. En general, el panorama que surge del análisis de los cambios de este indicador relacionado con la meta de reducción de dos tercios es similar al descrito según la evolución de la mortalidad infantil, lo que obedece al hecho de que esta última representa el grueso de la mortalidad en la niñez.

En suma, si bien el promedio ponderado regional de avance en materia de reducción de la mortalidad infantil permite abrigar esperanzas de que la meta se cumpla hasta el 2015, algunos países de la región registran progresos inferiores a lo necesario para el cumplimiento de estas metas, en especial algunos de los países más pobres de la región.

Un dato destacable es que la correlación entre el nivel de la mortalidad infantil en 1990 y su porcentaje de reducción entre 1990 y 2003 es casi nula, pese a que reducir la mortalidad infantil cuando esta es baja implica esfuerzos institucionales, técnicos y financieros crecientes. Esto se debe a que predominan las causas difíciles de evitar, es decir, enfermedades y patologías cuyo tratamiento requiere de personal y recursos técnicos altamente especializados y cuyo costo es elevado. Esta constatación subraya la importancia de los contextos nacionales y de las políticas públicas y de salud en particular. Una combinación de persistente prioridad política e institucional respecto de esta meta y de paulatino ajuste de los programas de salud a las nuevas realidades epidemiológicas emergentes —lo que supone asegurar la cobertura universal de atención primaria y de las intervenciones preventivas y profilácticas, y además ampliar y mejorar la protección y el tratamiento contra patologías más complejas— ha permitido que varios países de la región, como Chile y Cuba, enfrenten con éxito el desafío de seguir reduciendo sus niveles ya relativamente bajos de mortalidad infantil.

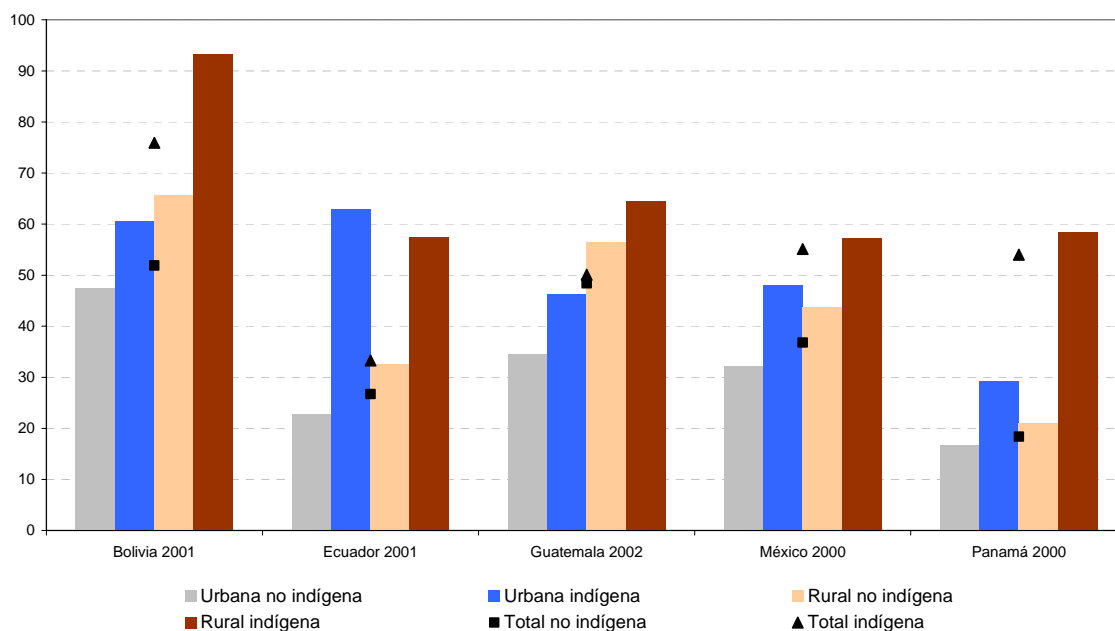
En la meta 5 también se considera un indicador relativo a la cobertura de inmunización contra el sarampión entre los niños de 12 a 23 meses de edad. En América Latina y el Caribe se registra una alta cobertura de inmunización oportuna contra esta infección —91%—, lo que se refleja en una ausencia de defunciones por sarampión en la región desde el 2000 (www.paho.org). Con todo, el indicador destaca la capacidad de la región de lograr grandes progresos sanitarios y la necesidad de mantener las políticas para que estos logros perduren.

Como la CEPAL, la OPS y otros organismos han recalcado en múltiples ocasiones y ya se reconoce en el ámbito internacional, los países de América Latina y el Caribe se caracterizan por altos niveles de desigualdad social, en muchas dimensiones los más elevados a escala mundial. La mortalidad en la niñez no está ajena a esta condición, pues históricamente los grupos más excluidos y vulnerables han registrado mayor mortalidad.

Dado que los sistemas de información sobre la salud de la mayoría de los países no recogen datos que permitan analizar las desigualdades sociales en este campo según la etnia, el nivel de ingresos, la educación y demás factores, los censos de población y las encuestas de hogares han servido para complementar los registros habituales. En los gráficos V.3 y V.4 se ilustran estas inequidades con dos dimensiones socioeconómicas de la mayor relevancia: la condición étnica y el nivel de ingresos. En particular, en el gráfico V.4 se observa que, en algunos países con información disponible, la mayor mortalidad entre los indígenas no obedece al hecho de que un mayor porcentaje habita zonas rurales. Los niños indígenas de zonas rurales tienen mayor riesgo de morir antes de cumplir el primer año de vida que los no indígenas rurales, y el mismo patrón se advierte en las zonas urbanas.

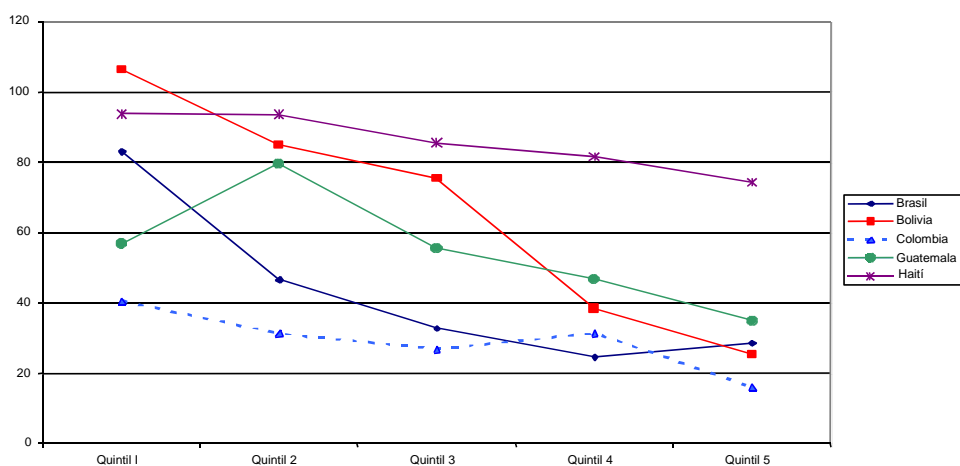
Con respecto al nivel de ingreso, la información disponible muestra que a fines del decenio de 1990 se observaban en algunos países seleccionados diferencias importantes entre segmentos económicos y que la mortalidad en la niñez era mayor en los grupos más excluidos, identificados en los quintiles I y II de ingresos más bajos (véase el gráfico V.4).

Gráfico V.3
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS): TASA DE MORTALIDAD INFANTIL DE LA POBLACIÓN INDÍGENA Y NO INDÍGENA (CRITERIO DE AUTOPERTEENENCIA) POR ZONA DE RESIDENCIA DE LA MADRE



Fuente: Proyecto Banco Interamericano de Desarrollo (BID)/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “La población indígena y afrodescendiente a partir de los censos” y Censos de Población de Guatemala de 2002 y de México 2000.

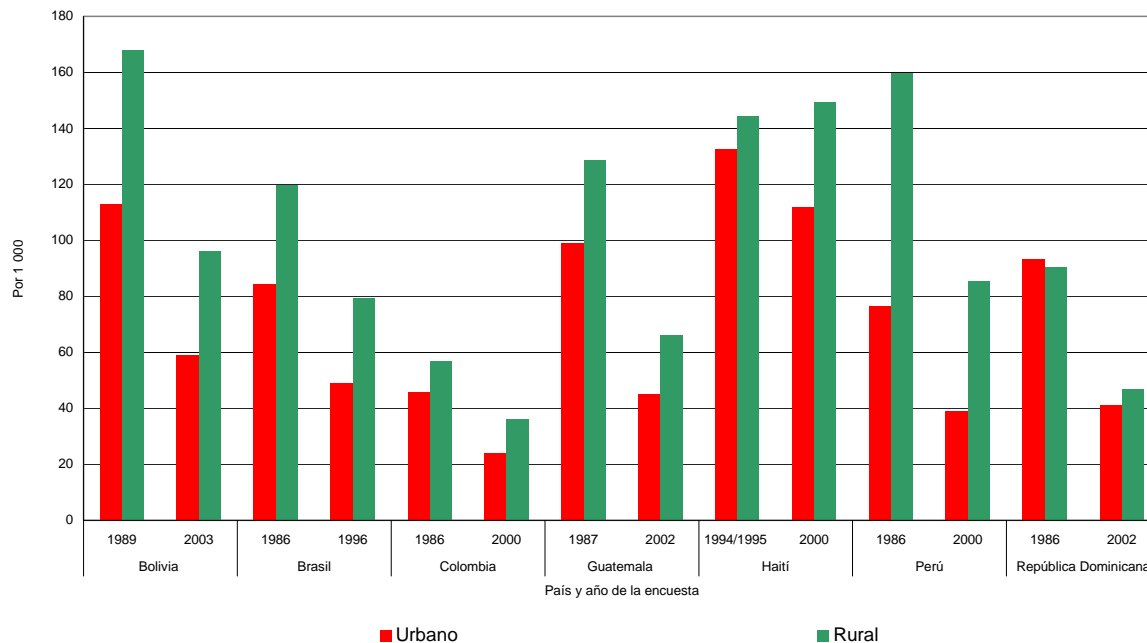
Gráfico V.4
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN QUINTILES DE INGRESO, 1999



Fuente: D. Gwatkin y otros, *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population in Selected Countries*, Washington, D.C., Banco Mundial citado en Organización Panamericana de la Salud (OPS), *La salud en las Américas*, edición 2002, Washington, D.C., 2002.

En cuanto a la reducción de las brechas de la mortalidad, la situación en la niñez muestra un panorama ambivalente en la región. Aunque las cifras promedio indican que el descenso de la mortalidad se ha producido en todos los grupos de la población, las brechas socioeconómicas de este indicador presentan tendencias disímiles, ya que en algunos casos los segmentos de menor mortalidad inicial fueron los que la redujeron más intensamente, como se observa en el gráfico V.5, donde el exceso de mortalidad en el ámbito rural ha tendido a aumentar levemente. Por ejemplo, en Bolivia la mortalidad en la niñez en zonas rurales en el decenio de 1980 era 1,5 veces mayor que la mortalidad en la niñez en zonas urbanas y en el decenio de 1990 (en rigor, de 1993 a 2003) la diferencia aumentó a 1,6 veces.⁴ En cambio, en algunos países las brechas se han reducido. Aunque el nivel educativo de la madre sigue diferenciando significativamente los niveles de mortalidad en la niñez, como se aprecia en el gráfico V.6, la brecha de mortalidad entre hijos de madres sin educación y de madres con educación secundaria o más se estrechó solo en tres de ellos (Brasil, Colombia y Perú).

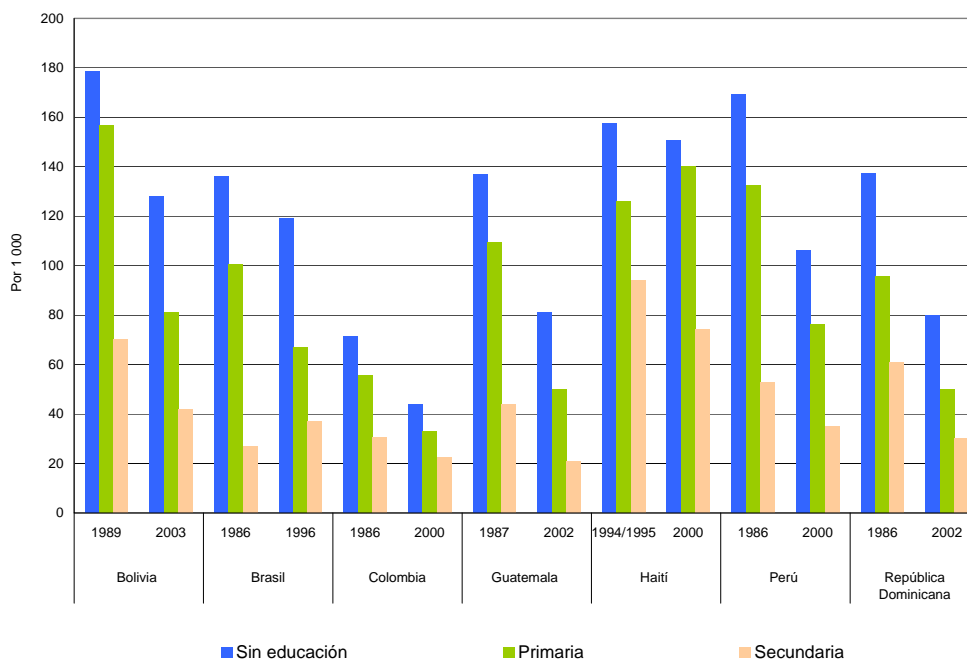
Gráfico V.5
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos de publicaciones nacionales oficiales disponibles en <http://www.measuredhs.com> u obtenidos mediante procesamiento con STAT compiler en el mismo sitio.

⁴ El período de referencia de las cifras son los 10 años previos a la encuesta.

Gráfico V.6
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): EVOLUCIÓN DE LA BRECHA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE



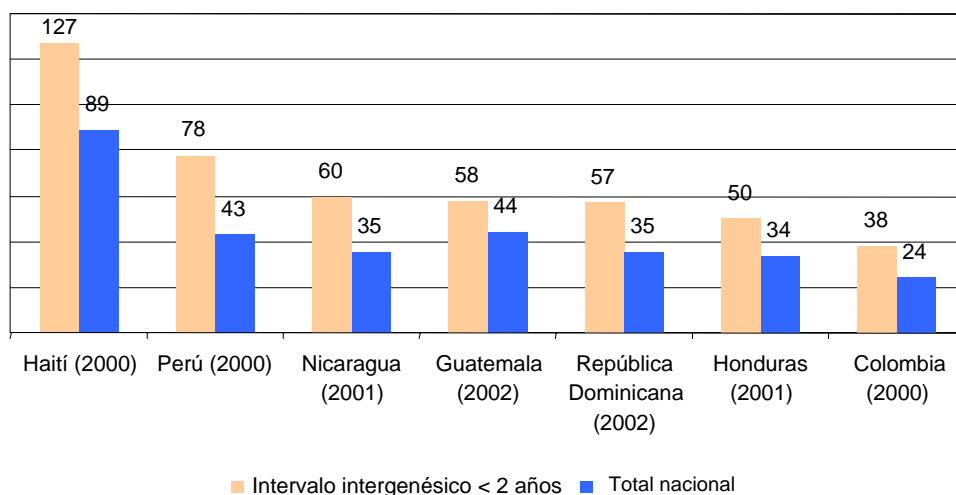
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos de publicaciones nacionales oficiales disponibles en <http://www.measuredhs.com> u obtenidos mediante procesamiento con STAT Compiler en el mismo sitio.

En cualquier caso, se advierte que persisten en los países brechas sociales significativas en materia de mortalidad en la niñez y que la mayor mortalidad es sistemáticamente un atributo de los grupos más desfavorecidos.⁵

Por otra parte, varios factores de riesgo de la mortalidad infantil se relacionan directamente con la salud sexual y reproductiva. Está bien documentado que los hijos que tienen un alto lugar en el orden de nacimiento, cuya madre es adolescente (en particular menor de 18 años) o cuyo nacimiento está poco distanciado del anterior (intervalo intergenésico corto, tal como se aprecia en el gráfico V.7) tienen mayor probabilidad de morir tempranamente, incluso una vez considerados los factores socioeconómicos. Todos estos factores de riesgo son muchos más frecuentes en contextos de fecundidad elevada o de escaso acceso a servicios de planificación familiar. En este sentido, avanzar en la ampliación de la cobertura de atención de la salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción, no solo contribuye al logro de los acuerdos establecidos en el Plan de Acción aprobado en El Cairo sino que también abona directamente al logro de los objetivos de desarrollo del Milenio (Banco Mundial, 2003b).

⁵ En el Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo (CEPAL, 1996), el instrumento de aplicación regional del Plan de Acción de la Conferencia de El Cairo, se establecen criterios adicionales con respecto a la necesidad de disminuir la desigualdad, al plantear la reducción de un 50% de las diferencias de la mortalidad infantil observadas entre lugares de residencia, áreas geográficas y grupos sociales.

Gráfico V.7
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): MORTALIDAD INFANTIL
 E INTERVALO INTERGENÉSICO MENOR DE 24 MESES, 2000-2002**



Fuente: Encuestas de demografía y salud de los países y años indicados.

Finalmente, en el cuadro V.2 figuran los resultados de un ejercicio que revela el grado de correlación lineal entre los niveles alcanzados por los países en torno al 2003 en varios indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio, entre ellos la mortalidad infantil. Por haberse realizado los cálculos con solo 13 países que contaban con todos los datos y por tratarse de indicadores que actúan a escala agregada, entre otras consideraciones, solo pueden extraerse observaciones preliminares de tales datos. Por ejemplo, la mortalidad infantil varía significativamente con los niveles de pobreza e inversamente con las coberturas de saneamiento y de atención calificada del parto. Cuando se controla el efecto de la pobreza en los países, el acceso al saneamiento y la atención profesional del parto contribuyen a menores niveles de mortalidad infantil, lo que señala la importancia de la acción pública intersectorial para lograr avances en algunas dimensiones del desarrollo en países con diferentes niveles de ingreso.⁶

El acceso al saneamiento es una expresión de las condiciones generales de vida e influye directamente en la situación de higiene y salud, mientras que el acceso a la atención calificada del parto refleja las oportunidades de contacto con los servicios y la respuesta a las necesidades de salud, que dependen de aspectos geográficos, económicos, culturales y sociales. Sin duda estos y otros factores son determinantes en la situación de salud; sin embargo, varios de ellos escapan a los alcances de las intervenciones del sector. Por ello, para lograr mejores niveles de salud y eliminar las desigualdades sociales existentes, es indispensable vincular las políticas sociales con las del sector salud.

⁶ Regresiones efectuadas con los mismos datos con que se elaboró el cuadro V.2.

Cuadro V.2
MATRIZ DE INTERCORRELACIÓN DE LOS NIVELES AL 2003 DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y DE OTROS INDICADORES SELECCIONADOS DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

| | Mortalidad infantil | Pobreza | Saneamiento | Desnutrición infantil | Atención calificada del parto | Acceso a agua potable |
|-------------------------------|---------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Mortalidad infantil | 1 000 | | | | | |
| Pobreza | 0,806 ^a | 1 000 | | | | |
| Saneamiento | -0,870 ^a | -0,641 ^a | 1 000 | | | |
| Desnutrición infantil | 0,354 | 0,410 | -0,394 | 1 000 | | |
| Atención calificada del parto | -0,683 ^a | -0,569 ^a | 0,664 ^a | -0,757 ^a | 1 000 | |
| Acceso a agua potable | -0,519 | -0,606 ^a | 0,450 | 0,016 | 0,322 | 1 000 |

Fuente: Cálculos propios basados en los datos del anexo estadístico de este documento. Se consideraron 13 países con información para todos los indicadores: Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana.

^a Significativos con un nivel de confianza de 95%.

2. Objetivo 5: Mejorar la salud materna

El objetivo 5 se refiere a la mejora de la salud materna, que se traduce en la meta de reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015.⁷ Las estimaciones disponibles indican que esta se ha mantenido en aproximadamente 190 muertes por cada 100.000 nacimientos en América Latina y el Caribe en la década pasada. Como el total de nacimientos no ha sufrido variaciones importantes desde entonces, el número de mujeres que fallecen por causas relacionadas al embarazo y el parto en la región se habría mantenido en alrededor de 22.000 al año. El daño a la salud materna, sin embargo, tiene muchas otras implicaciones, además de la mortalidad; la Organización Mundial de la Salud ha destacado la alta incidencia de morbilidad y discapacidad resultantes del inadecuado control y atención de los embarazos y partos, incluidas la infertilidad y las enfermedades de transmisión sexual.

Al analizar la situación y el avance registrado respecto de este objetivo y meta, cabe tener especial cautela en la interpretación del indicador de razón de mortalidad materna. Se sabe que las estimaciones tienen elevados márgenes de incertidumbre, mayores que los que presentan la mayoría de los indicadores demográficos y de salud. Esto se debe a varios factores, entre ellos, el reducido número anual de muertes maternas en proporción a la población total y la escasez de fuentes confiables para su detección y registro. Se sabe que existe un alto subregistro, que afecta particularmente a las poblaciones más vulnerables, lo que se encuentra vinculado a la pobreza y la raza o etnia, como en el caso de indígenas y afrodescendientes (Bergsj, 2001). Además, la comparabilidad intertemporal o internacional de la razón de mortalidad materna se dificulta debido a que las fuentes y métodos de estimación varían significativamente de un país a otro, incluso a veces dentro de un país a lo largo del tiempo. Por ello, se recomienda tener particular cautela al analizar tendencias temporales.

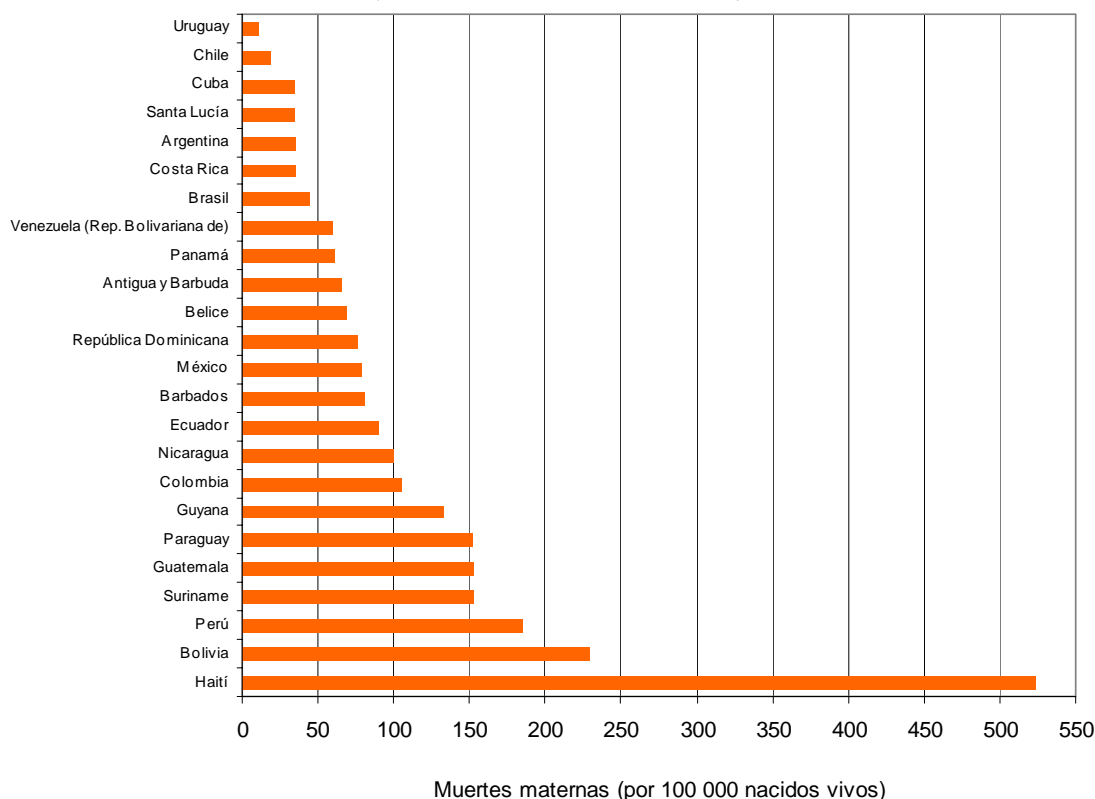
No obstante, es evidente que la mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, constituye un grave problema de salud pública, que revela algunas de las más profundas inequidades en las condiciones de vida; asimismo, es un reflejo del estado de salud de las mujeres en edad reproductiva, así como de su acceso a los servicios de salud y calidad de la atención que reciben, incluido el acceso a la anticoncepción, que conlleva defunciones y daños a la salud totalmente evitables mediante un adecuado control y atención.

⁷ La razón de mortalidad materna se define como el número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto, por cada 100.000 nacimientos. La fuente de datos utilizada corresponde a la base de datos básicos regionales de la OPS. Existen divergencias en cuanto a la cobertura y calidad de los datos, pero se respetan los informes oficiales de los países a la OPS y se reconoce que en los últimos 10 años se ha hecho un esfuerzo por mejorarlos.

Aun cuando las cifras son imprecisas, el virtual estancamiento de las tasas y del número absoluto de muertes maternas en América Latina y el Caribe durante la década pasada debe ser motivo de preocupación, ya que no resulta en absoluto favorable respecto de la meta de reducir su incidencia en tres cuartas partes hacia el año 2015. Se requiere, por tanto, renovados esfuerzos para poder acercarse al objetivo propuesto.

En el gráfico V.8 figuran las cifras informadas a la OPS por los países cerca del año 2000, que deben ser interpretadas teniendo en cuenta las limitaciones señaladas. En este contexto, el gráfico ilustra las grandes diferencias que existen entre los países de la región y los sustanciales avances que es posible esperar en muchos de ellos. Solamente un pequeño grupo de países, Uruguay, Chile, Cuba, Santa Lucía, Argentina, Brasil y Costa Rica, aparece con niveles por debajo de 50 muertes por cada 100.000 nacimientos. El resto presenta tasas que van desde 60 hasta un máximo de 520 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos en Haití.

Gráfico V.8
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA
(ALREDEDOR DEL AÑO 2000)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la base de los indicadores de la *Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud: 1995-2005*, 2004.

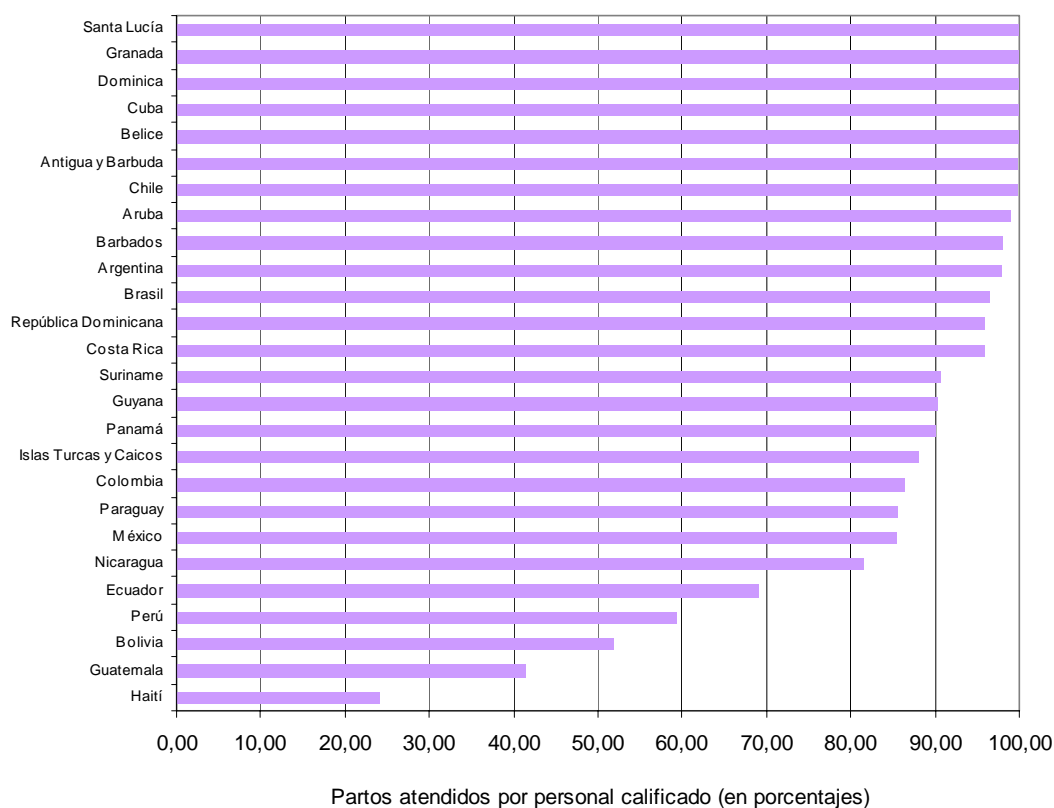
Existen pruebas de que en América Latina y el Caribe la muerte materna obedece sobre todo a causas obstétricas directas, como la hemorragia (20%), la toxemia (22%), las complicaciones del puerperio (15%) y otras causas directas (17%).⁸ Las defunciones relacionadas con las complicaciones del aborto inseguro representan un porcentaje elevado que, por su alto subregistro, se estima en mucho más del 11% que figura en las estadísticas oficiales. El restante 15% es el resultado de otras causas.

⁸ Según un análisis de las defunciones maternas notificadas en 20 países efectuado por la OPS entre 1995 y 2000, sobre la base de distintas fuentes, principalmente estadísticas vitales, datos de la vigilancia epidemiológica y estudios especiales de países.

Uno de los factores más estrecha y universalmente asociado a la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas es la atención del parto por parte de personal calificado, que contribuye a evitar complicaciones y a remitir los casos a otros servicios, entre ellos los de planificación familiar y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.⁹ De hecho, este es uno de los indicadores establecidos para verificar el cumplimiento de la meta 6 de los objetivos de desarrollo del Milenio, relativa a la mortalidad materna. Comparando las grandes regiones del mundo, América Latina, que registra un 82% de partos atendidos por personal calificado, vuelve a aparecer relativamente bien posicionada respecto de otras regiones menos desarrolladas (África con un 46% y Asia con un 62%), pero por debajo de los países más desarrollados de Europa y de Norteamérica (99%).

En el gráfico V.9 figuran las cifras por país próximas al año 2000. El indicador de atención del parto es útil para identificar situaciones y países donde se requieren mejoras sustanciales. Así, Haití, Guatemala, Perú, Paraguay, Bolivia y Nicaragua aparecen nuevamente (al igual que en las estimaciones de mortalidad materna) encabezando la lista de países con mayor rezago y, por tanto, mayor necesidad de mejora. Como también puede apreciarse, 16 de los 26 países con información han alcanzado el umbral del 90% de nacimientos con atención calificada establecido como meta para el año 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.¹⁰

Gráfico V.9
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ATENCIÓN CALIFICADA DEL PARTO, CIRCA 2000



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la base de los indicadores de la *Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud: 1995-2005*, 2004.

⁹ Se entiende por personal calificado a todo profesional de la salud (matronas, médicos, enfermeras) con formación en las disciplinas necesarias para manejar embarazos normales (sin complicaciones), partos y el período inmediato de posparto, y para la identificación, administración y referencia de las complicaciones de la mujer y del recién nacido.

¹⁰ Período extraordinario de sesiones dedicado al seguimiento de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, conocido como "CIPD+5", celebrado en 1999.

Para interpretar este indicador debe tenerse en cuenta que la mejora de la mortalidad materna no está garantizada por un determinado umbral de atención del parto, ya que depende también de la efectividad y calidad de la atención y los servicios de salud, además de otros factores socioeconómicos y ambientales. Por ejemplo, a pesar de que en Guyana y Paraguay la cobertura de atención profesional del parto supera el 85%, la tasa de mortalidad materna supera los 130 por cada 100.000.

Otro aspecto digno de considerarse son los rezagos existentes dentro de los propios países. Según las encuestas, la proporción de partos atendidos por personal calificado es inferior entre las mujeres que viven en el campo que entre las de zonas urbanas, como se observa en la muestra presentada en el cuadro V.3. Los contrastes pueden ser marcados en algunos casos, como Haití, donde la atención calificada en las zonas urbanas es aproximadamente 4 veces mayor que en las zonas rurales (UNFPA/EAT, 2004a).

Cuadro V.3
PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CALIFICADO SEGÚN EL ÁREA DE RESIDENCIA DE LA MADRE PARA ALGUNOS PAÍSES DE LA REGIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (ORC MACRO, ENCUESTAS DE DEMOGRAFÍA Y SALUD, 1996/2001)

| País | Residencia | |
|-----------------------------|------------|-------|
| | Urbana | Rural |
| Bolivia (1998) | 77 | 31 |
| Brasil (1996) | 92 | 73 |
| Colombia (2000) | 94 | 70 |
| República Dominicana (1999) | 98 | 97 |
| Guatemala (1998-1999) | 66 | 25 |
| Haití (2000) | 52 | 11 |
| Nicaragua (2001) | 89 | 46 |
| Perú (2000) | 69 | 20 |

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Género, salud y desarrollo en las Américas 2003*, Washington, D.C., Population Reference Bureau, octubre del 2003.

La mortalidad materna es un fenómeno íntimamente ligado a los derechos de las mujeres y a la pobreza, por lo que es un indicador síntesis de las inequidades de género (UNFPA/EAT, 2004a). Además, a pesar de que la mortalidad materna afecta a todos los estratos sociales, su mayor concentración entre las mujeres de grupos socioeconómicos bajos la convierte en un problema enraizado en la pobreza, especialmente por la ausencia de políticas de salud eficaces y focalizadas en la salud sexual y reproductiva (Ortiz, 2002). La negación del derecho a decidir libremente tener o no tener hijos, el miedo a la violencia masculina, la presión sociocultural en torno a la maternidad incluso en las adolescentes, la ausencia de servicios gubernamentales de información y provisión de anticonceptivos y de políticas de educación de la sexualidad son causas asociadas a la mortalidad materna que debieran encararse abiertamente.

Otro aspecto clave relacionado con la mortalidad materna es la falta de acceso y posibilidades de uso de métodos anticonceptivos, que da lugar a embarazos no deseados y de alto riesgo. En la mayoría de los países de la región, las tasas de uso de anticonceptivos se sitúan entre el 45% y el 70% y en tres de ellos (Bolivia, Guatemala y Haití) se observan valores muy inferiores. Solo Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba y Puerto Rico registran tasas de uso que superan el 75%.

Además, existen profundas desigualdades y dificultades de acceso a los servicios de salud reproductiva, sobre todo entre la población rural y de origen indígena, grupos de alta incidencia de mortalidad materna. Esto se relaciona con la escasez de servicios y cuidados de emergencia y en especial de las emergencias obstétricas, dificultades de comunicación, tales como la lejanía de los centros de salud, y poca información sobre los servicios disponibles. Por lo tanto, las medidas para ampliar el acceso y reducir las desigualdades pueden hacer una contribución sustantiva al logro de este objetivo.

3. Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

a) Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

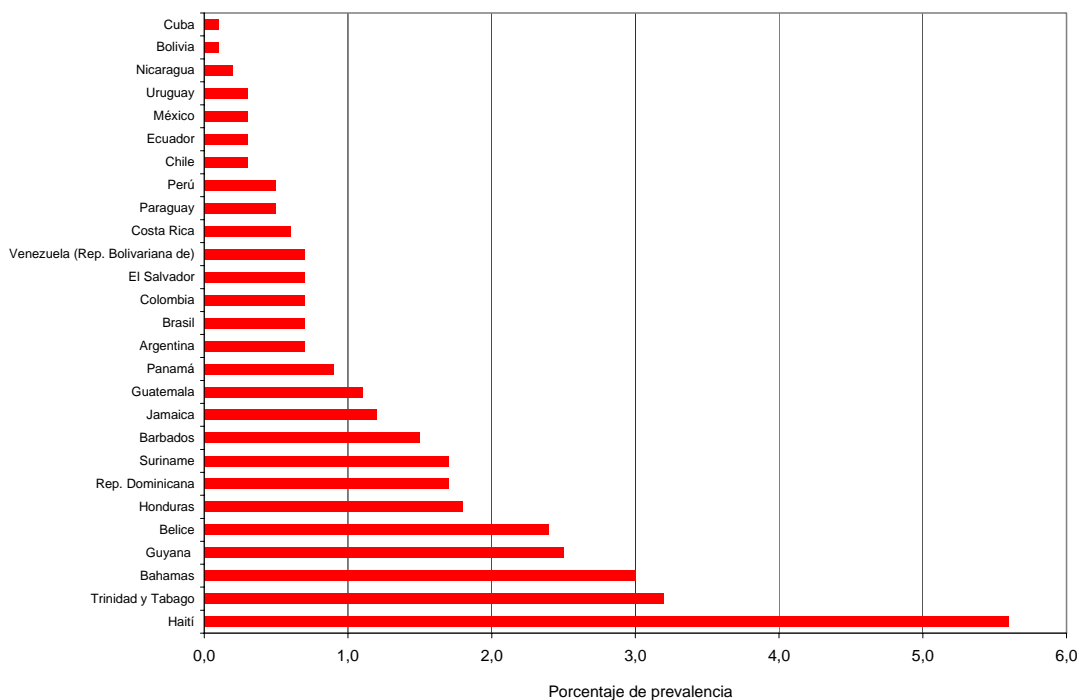
El logro de este objetivo requiere atención especial, por su impacto sobre la pobreza y porque se considera que puede fortalecer la capacidad de los países de alcanzar los demás objetivos de desarrollo del Milenio. En efecto, el VIH/SIDA se ha propagado por todas las subregiones con una rapidez extraordinaria, sobre todo por la vía sexual. Según los datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Caribe registra la prevalencia más alta entre adultos después del África subsahariana, con una tasa promedio del 2,3% en los adultos, por lo que se ha convertido en la causa de muerte más importante en la población de 15 a 49 años. En toda la región también se han observado incrementos significativos del número total de personas infectadas entre 2002 y 2004. Se estima que en 2004 había un total de 2,4 millones de personas infectadas en América Latina y el Caribe, un 21% de las cuales vive en el Caribe (ONUSIDA/OMS, 2004). Asimismo, se calcula que en ese período en América Latina se produjo un aumento de 200.000 en la categoría de personas que viven con el VIH/SIDA; en el Caribe la cifra es de 20.000 personas.

La perspectiva general de la región que aparece en el gráfico V.10 permite observar que, de los 27 países de América Latina y el Caribe que han informado sobre su situación respecto del VIH/SIDA, 11 registran una prevalencia superior al 1% y 5 una prevalencia incluso superior al 2%. Ocho de los once países considerados de alta prevalencia en la región pertenecen al Caribe (si se incluyen Guyana y Belice) y se destaca el caso de Haití, único país de la región que tiene una prevalencia superior al 5%.

En los países considerados de mayor prevalencia, el efecto del VIH/SIDA en la mortalidad es elevado y ocasiona una disminución de los promedios de vida, lo que implica un retroceso en los progresos ya alcanzados. El caso extremo es Haití, donde a las muertes por la enfermedad se atribuye una pérdida de cerca de ocho años en la esperanza de vida. En Guyana, Bahamas y Trinidad y Tabago, la pérdida es de más de cuatro años. De cierta manera, en solo unos pocos años, la diseminación de la epidemia del SIDA ha barrido con varias décadas de inversión en salud pública. En el resto de los países más afectados, los años perdidos en la esperanza de vida como consecuencia del SIDA se sitúan entre 2 y 3,5 años. Recuperarse de estos procesos es un reto complejo para la mayoría de los países con altas tasas de infección, a menos que se tomen medidas extraordinarias, especialmente en cuanto a la prevención y tratamiento.

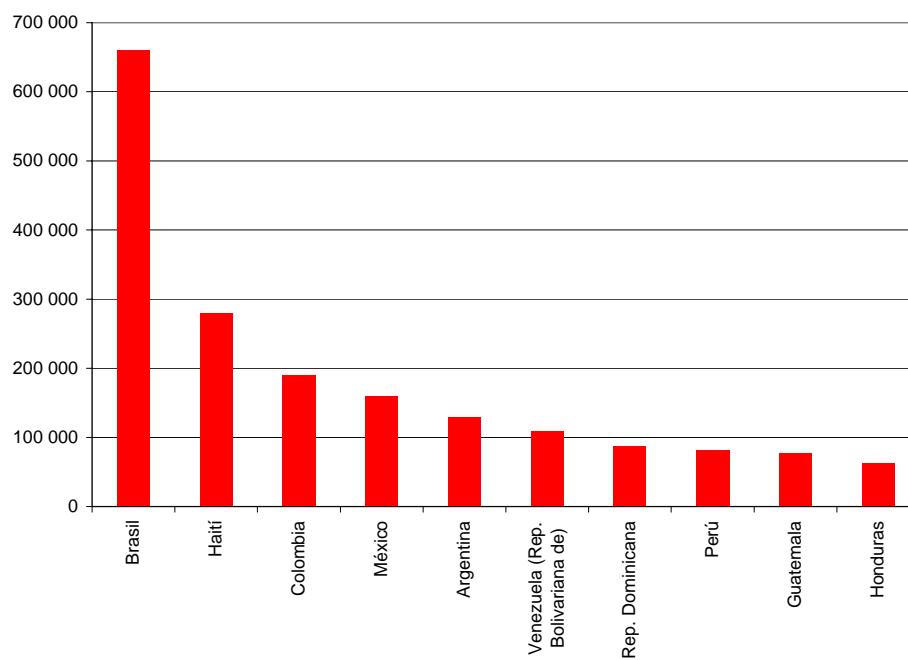
Sin embargo, en términos de números absolutos y no de prevalencia, se presenta una situación distinta de la anterior, ya que el 90% de los casos se concentra en 10 de los países con mayor número absoluto de personas que viven con el VIH (véase el gráfico V.11). Brasil y Haití son los países con un mayor número de casos de personas que viven con el VIH, que concentran el 32% y el 14% de los casos, respectivamente, aunque Brasil tiene una prevalencia de 0,7%, mientras que la de Haití es casi siete veces mayor.

Gráfico V.10
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PREVALENCIA DEL VIH/SIDA, 2003



Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Informe 2004 sobre la epidemia mundial de SIDA*, Ginebra, julio del 2004.

Gráfico V.11
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NÚMERO TOTAL DE PERSONAS CON VIH EN LOS DIEZ PAÍSES CON EL MAYOR NÚMERO ABSOLUTO DE CASOS DE VIH



Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Informe 2004 sobre la epidemia mundial de SIDA*, Ginebra, julio del 2004.

Sin considerar los promedios nacionales, aun en los países que presentan una baja prevalencia hay grupos específicos de población que contienen subpoblaciones con niveles de prevalencia elevados, sobre todo en ciudades donde existen grupos consumidores de drogas, profesionales del sexo y hombres que tienen sexo con hombres, que se han convertido en uno de los grupos más importantes en la transmisión heterosexual.

Aunque la transmisión por consumo de drogas por vía intravenosa sigue siendo alta en Brasil, Uruguay y Argentina, el patrón de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres continúa siendo la principal forma de transmisión en Centroamérica y el Caribe. Pero la situación está cambiando; de hecho, en todos los países de la región la epidemia está dejando de centrarse casi únicamente en la transmisión causada por hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres para incluir también a las mujeres, lo que se traduce en un incremento de las tasas de transmisión perinatal.

La epidemia también está cambiando en cuanto a su perfil etario. La mitad de los casos nuevos de infección por VIH se han producido en personas de 15 a 24 años, lo que difiere de la tendencia observada en la primera mitad de la década de 1990, en la que se producía principalmente en personas de 30 a 39 años; este fenómeno se ha definido como “rejuvenecimiento” de la epidemia. Al igual que en otros grupos en situación de desventaja, los adolescentes infectados son víctimas de estigma y discriminación, lo que redundará en una limitación del acceso a los servicios de educación y salud y fuertes restricciones para el desarrollo de campañas de prevención de alto impacto.

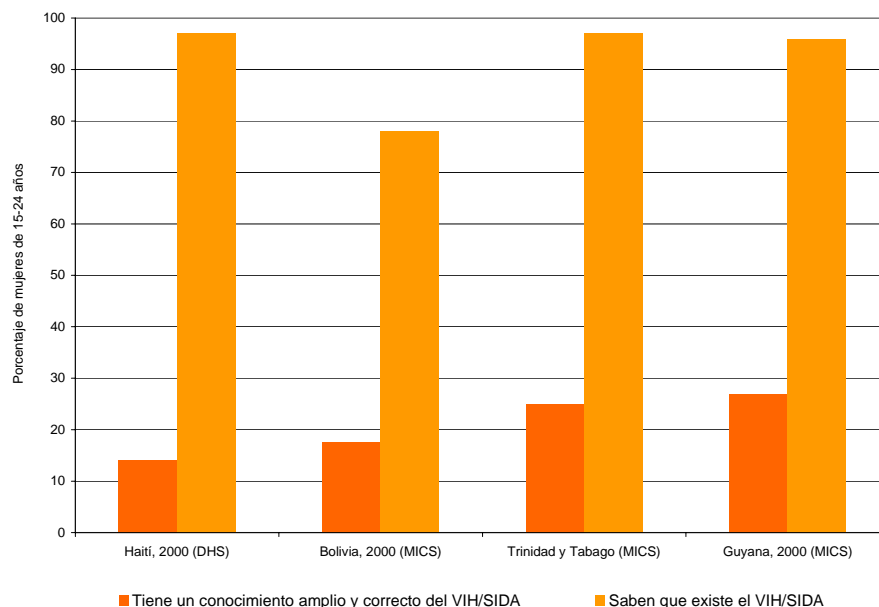
Debido a la epidemia de VIH/SIDA, las adolescentes se encuentran actualmente entre los grupos de alta vulnerabilidad (CEPAL, 2000c). Hasta diciembre del 2001, fecha en la que se registraba 1,82 millones de personas infectadas por el VIH en la región, la prevalencia en jóvenes de ambos sexos a finales del mismo año se estimaba en 240.000 y 320.000 casos. En el Caribe, la mayoría de los nuevos casos de VIH se dan en mujeres de 15 a 24 años. En Jamaica, las jóvenes embarazadas tienen una tasa de incidencia que equivale a casi el doble de la tasa que presentan las mujeres mayores. El crecimiento de la epidemia entre los jóvenes puede atribuirse a diversos motivos, entre otros a dificultades mayores que para el resto de la población en cuanto al acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva adecuados y a la falta de oportunidades para el desarrollo que se expresan en exclusiones en materia de salud, educación y empleo.¹¹ Por ello es fundamental la formulación e implementación de políticas públicas para jóvenes, que respondan a sus necesidades y demandas (UNFPA, 2003).

En algunos países de la región, es evidente el desconocimiento sobre el VIH/SIDA que se sigue dando entre los jóvenes. Se estima que entre una cuarta parte y la mitad de las adolescentes de 15 a y 19 años de Guatemala, Perú, Haití y Brasil no saben que una persona con VIH puede no mostrar síntomas de SIDA por cierto tiempo después de haber contraído la infección (UNFPA/EAT, 2004a). Un indicador más preciso de la situación es el porcentaje de personas que tienen un conocimiento cabal y adecuado del VIH/SIDA.¹² En el gráfico V.12 se ilustra este indicador en el caso de mujeres adolescentes y jóvenes, de 15 a 24 años, en cuatro países de la región, tres de ellos con alta incidencia del VIH, junto con el porcentaje de personas que han escuchado hablar del VIH/SIDA. Las evidencias son claras y muestran la enorme brecha existente entre un conocimiento general sobre la existencia del virus y la enfermedad y un conocimiento más amplio y necesario que permita tomar decisiones informadas.

¹¹ Para poder tomar decisiones informadas sobre asuntos que los atañen, los adolescentes y jóvenes deben recibir información y servicios adecuados y oportunos sobre la salud sexual y reproductiva. Se debe fomentar su empoderamiento para protegerlos contra relaciones sexuales de riesgo por abuso.

¹² Porcentaje de personas que identifica correctamente las tres principales formas de protegerse contra la transmisión del VIH (tener sexo sin penetración, usar condones y tener sexo solo con una pareja fiel y no infectada) y que no comparten dos de las creencias locales erradas más comunes y que responden correctamente que una persona que tiene una apariencia saludable puede ser VIH positivo (MEASURE DHS: HIV/AIDS Survey Indicators Database), <http://www.measuredhs.com/hivdata/data>.

Gráfico V.12
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): MUJERES DE 15-24 AÑOS QUE CONOCEN LA EXISTENCIA DEL VIH/SIDA



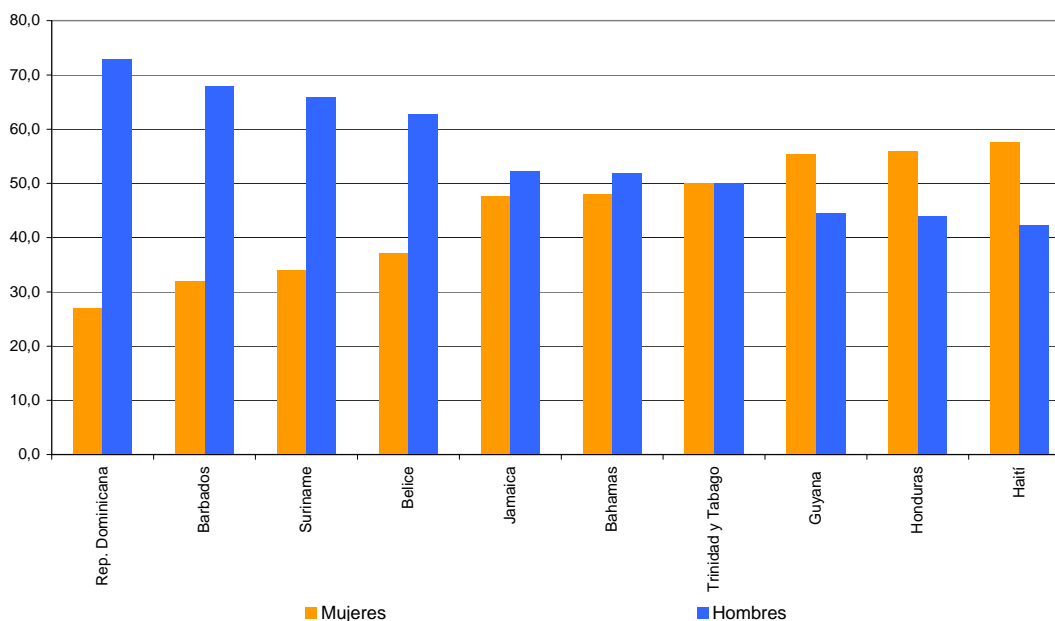
Fuente: Encuestas de propósitos múltiples por conglomerados (MICS); Encuestas de demografía y salud (DHS); y HIV/AIDS Survey Indicators Database [en línea] <http://www.measuredhs.com/hivdata/data/>.

El uso del condón es considerado la mejor forma de evitar el contagio, pero aun en países con más alta prevalencia del VIH/SIDA, su uso sigue siendo limitado, incluso en relaciones de riesgo.¹³ En cuatro países para los que se dispone de datos, el porcentaje de mujeres de edad fértil que usaron preservativo en relaciones definidas como de riesgo fluctúa entre un 16% y un 25%. En el caso de los hombres, solo se dispone de información para República Dominicana y Haití. En este último país, que es el de mayor prevalencia del VIH/SIDA, el uso del condón en relaciones de riesgo es de apenas 27%, siendo este indicador de 51% en República Dominicana.

Las inequidades de género se reflejan en el proceso de transmisión de la infección. En este contexto, la mayor vulnerabilidad está determinada por una cultura que limita el acceso a bienes y servicios a la población femenina y les impide tomar decisiones sexuales y reproductivas autónomas e informadas. El hecho de que sea común que en muchos casos sean sus compañeros o esposos quienes deciden cuándo, cómo y con qué frecuencia tener relaciones sexuales limita las posibilidades de que las mujeres pongan en práctica medidas de prevención o protección para no infectarse. Son estas asimetrías de poder las que determinan la mayor vulnerabilidad social de las mujeres y permiten entender la modificación de la razón hombre/mujer, fenómeno que se conoce como “feminización” de la epidemia. Alrededor de 1985, por ejemplo, en el Caribe había cuatro hombres con SIDA por cada mujer infectada. La razón se ha reducido a 2:1 y en Haití, Dominica, Santa Lucía y Jamaica, entre otros, es de casi 1:1. Si estos datos se analizan en términos de proporciones de mujeres y de hombres infectados en los países con mayor prevalencia, en Guyana, Honduras y Haití las mujeres son mayoría (de un 55% a un 58%), en tanto que en otros tres países (Jamaica, Bahamas y Trinidad y Tabago) ya se acercan a proporciones casi idénticas a las de los hombres (véase el gráfico V.13).

¹³ Se define una relación sexual de riesgo como aquella tenida en los últimos 12 meses con una pareja no casada y con la que no se habita (HIV/AIDS Survey Indicators Database (<http://www.measuredhs.com/hivdata/>)).

Gráfico V.13
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PROPORCIÓN DE MUJERES Y HOMBRES INFECTADOS POR EL VIH/SIDA EN PAÍSES DE ALTA PREVALENCIA, 2003



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Epidemiological Fact Sheet, 2004 Update*, 2004.

Debido a que, entre otras formas, el VIH se transmite por vía sexual y de la madre al feto o al recién nacido, la epidemia tiene un impacto primario sobre la salud sexual y reproductiva, que a su vez afecta la salud en general de individuos, familias y comunidades enteras. Cuando la incidencia de la enfermedad en la población adulta de una localidad o país supera el 3%, se puede observar un efecto negativo concomitante en la productividad, la provisión de servicios, el cuidado de los menores y ancianos e inclusive en el desarrollo social, debido a la muerte de los responsables de la educación y la salud de las nuevas generaciones. Algunos efectos sociales y demográficos importantes se observan inclusive cuando se registran porcentajes inferiores al nivel crítico mencionado.

En términos de la evolución del VIH/SIDA en la región, los datos no son concluyentes. Aunque la prevalencia va en aumento en todos los países, no se cuenta con información confiable que demuestre que lo mismo ocurre con la incidencia. En el caso de Brasil se dispone de evidencias de una clara estabilización de la epidemia en los últimos seis años.¹⁴ Esto obedecería a la participación de toda la sociedad en un programa proactivo y agresivo, basado en una estrategia que incluye prevención, tratamiento y defensa de los derechos humanos de las personas infectadas. En la actualidad, todas las personas que reúnen las condiciones exigidas reciben la terapia antirretroviral.

En conclusión, la epidemia del VIH/SIDA es uno de los retos más importantes que enfrentan actualmente los países de la región. Por ello, se considera de suma urgencia ampliar las actividades que se realicen en la región en este campo con la participación de toda la sociedad y en los programas de salud, especialmente en la atención primaria de la salud, en el marco de los programas de salud sexual y reproductiva y de equidad de género. En las políticas que se apliquen y los programas que se ejecuten es imprescindible la plena integración de las medidas de prevención del VIH como parte de los servicios de salud sexual y reproductiva y viceversa (Naciones Unidas, 2004c).

¹⁴ Presentación del señor Paulo Roberto Texeira, STD/AIDS State Programme, São Paulo, Brasil, durante el trigésimo octavo período de sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, Nueva York, 4 al 8 de abril del 2005.

b) Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

La incidencia del paludismo en América Latina y el Caribe es muy inferior a la de las regiones más afectadas por esta enfermedad (véase el cuadro V.4). Sin embargo, de los 35 países y territorios que son miembros de la OPS/OMS, 21 informan sobre casos de transmisión activa de paludismo en algunas zonas. En general, se trata de áreas y poblaciones con un menor grado de desarrollo y que presentan grandes diferencias con el resto de la población.

Cuadro V.4
NÚMERO DE CASOS DE PALUDISMO EN EL MUNDO, SEGÚN CONTINENTES, 2001

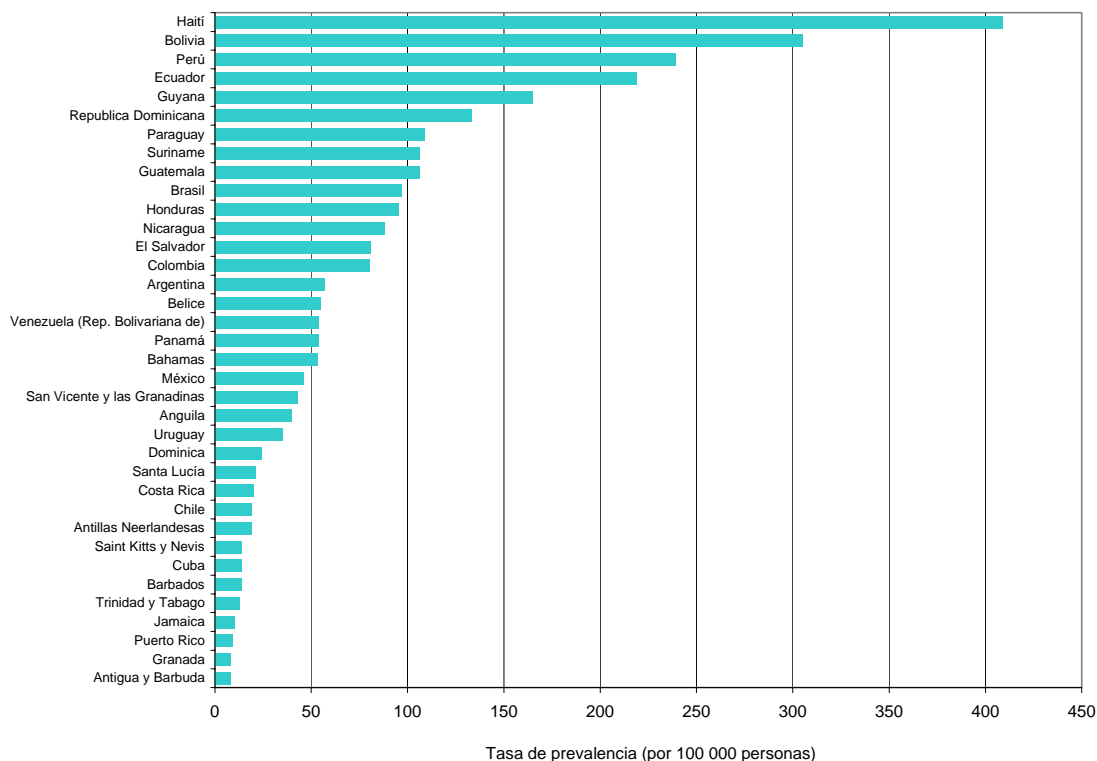
| | Número de casos | Porcentaje |
|----------------------------|-----------------|------------|
| América Latina y el Caribe | 1 052 947 | 2,6 |
| África | 33 184 158 | 82,9 |
| Asia | 5 686 319 | 14,2 |
| Europa | 11 339 | 0,0 |
| Oceanía | 81 216 | 0,2 |
| Total mundo | 40 015 979 | 100,0 |

Fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Informe sobre desarrollo humano 2002*, Nueva York, 2002.

De los 472 millones de habitantes a que asciende la población de los 21 países con transmisión activa de paludismo, 208 millones (44,1%) viven en zonas expuestas a cierto riesgo de transmisión y 131 millones (59,8%) de esos están expuestos a un riesgo bajo o sumamente bajo de transmisión de la enfermedad. En 2003 se registraron cerca de 850.000 casos de paludismo en América Latina y el Caribe. Los países que notificaron el mayor número absoluto de casos de paludismo fueron Brasil y los de la subregión andina, que concentran alrededor del 82% de los casos, aunque el riesgo mayor de transmisión se observa en la subregión conformada por la Guayana Francesa, Guyana y Suriname, donde la incidencia parasitaria anual superó los 200 casos por 1.000 habitantes ese año.

La tuberculosis es otra de las enfermedades cuya incidencia se espera reducir hasta el año 2015. En América Latina y el Caribe, se estima que en el 2002 hubo 370.000 nuevos casos de tuberculosis, aproximadamente 200.000 de los cuales fueron contagiosos; son estos últimos los que requieren un diagnóstico y tratamiento prioritarios, puesto que en el año considerado murieron más de 150 personas por día a causa de este mal. La mayor parte de los enfermos de tuberculosis eran adultos jóvenes en la etapa más productiva de la vida; por cada ocho hombres contagiados, había cinco mujeres que contraían la enfermedad. Para influir en forma significativa en la prevalencia de la enfermedad habrá que aumentar la cobertura del diagnóstico y de los programas de tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES). Según la Organización Panamericana de la Salud, Perú, Haití y Bolivia son los países donde se registra el mayor número de casos de tuberculosis de toda América Latina y el Caribe, cuya incidencia se atribuye fundamentalmente a las condiciones sociales y pobreza de esos países (véase el gráfico V.14).

Gráfico V.14
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASA DE PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS, 2002



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre la base de Naciones Unidas, base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio [en línea] http://unstats.un.org/unsd/mispa/mi_goals.aspx.

Pese al cuadro descrito, se han logrado avances en la lucha contra la tuberculosis en América Latina y el Caribe. En 1994 se lanzó en la región la estrategia DOTS/TAES (tratamiento acordado estrictamente supervisado), que se estima beneficiará al 78% de esta; de gran eficacia y bajo costo, permite detectar y curar la enfermedad. La estrategia, cuya aplicación está respaldada por el compromiso político de los países, consiste en una combinación de diagnóstico de laboratorio y tratamiento con observación de la toma de medicamentos. Se calcula que en el año 2003 se diagnosticó al 76% de los enfermos con tuberculosis contagiosa y se curó al 81% de ese total. De 1995 a la fecha han sido tratadas 17 millones de personas con este método.

Otro de los principales objetivos de la estrategia es abordar de manera efectiva las relaciones complementarias entre la tuberculosis y el VIH/SIDA. La pandemia de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) representa un considerable desafío en la lucha contra la tuberculosis en todos los niveles, en tanto que esta es uno de los motivos más frecuentes de morbilidad y una de las principales causas de mortalidad entre las personas que viven con el VIH/SIDA.

C. La respuesta de los sistemas de salud y los desafíos para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud

La situación existente en la región en la década de 1990 define las condiciones iniciales y provee el entorno en los que se insertan los objetivos de desarrollo del Milenio y sus desafíos. Este entorno ha mostrado distintas facetas: una dimensión alentadora, que responde a la profundización de la democracia y sus instituciones, los logros significativos en estabilidad macroeconómica, una

notable apertura de las economías y el progreso de los indicadores sociales, y una dimensión decepcionante debido al bajo ritmo de crecimiento, la escasa reducción de la pobreza, la persistencia de una inequidad y una exclusión acentuadas y la magnitud del descontento social. Dada la estrecha relación existente entre los determinantes políticos, económicos y sociales del desarrollo, si estas tendencias negativas persisten pueden llegar a poner en peligro los adelantos logrados.

En comparación con el limitado progreso en la reducción de la pobreza y persistencia del problema distributivo, en la última década la región ha dado pasos importantes para mejorar los indicadores sociales medios. Esto se refleja claramente en el índice de desarrollo humano, que resume indicadores clave de bienestar como la esperanza de vida al nacer y la alfabetización, y según el cual el promedio regional (que muestra un valor de 0,78 en el último informe sobre el tema publicado en 2003) es comparable con el de Europa oriental y central y solamente es superado por el promedio de los países desarrollados (BID, 2004). Pero el índice no refleja los altos niveles de desigualdad y exclusión existentes en la región, debido a los cuales se registran avances promedio en términos de bienestar sin que haya cambios en los derechos al desarrollo y la salud de los pobres y excluidos. Aunque parezca paradójico, coexisten avances medios en los indicadores sociales con retrocesos en la reducción de la pobreza. Como se observa en el análisis de la situación regional, los promedios de la región ocultan una marcada inequidad en los indicadores de salud.

El cumplimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio depende en gran medida del acceso a los bienes y servicios necesarios para satisfacer las necesidades básicas de alimentación, educación y salud, junto con un ejercicio pleno de los derechos individuales. Como se desprende del análisis de la situación de salud expuesto anteriormente, existe la necesidad urgente de reducir las grandes brechas de inequidad en el acceso y en los indicadores de salud como condición para alcanzar los objetivos.

Las insuficiencias y limitaciones que presentan los sistemas de salud en América Latina y el Caribe constituyen barreras que dificultan la superación de las brechas y reducen las posibilidades de adoptar medidas eficientes en función de los costos para prevenir o tratar las principales causas de muertes maternas e infantiles y las debidas a enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis. Asimismo, dificultan la implementación de estrategias nacionales y globales para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo en países de ingreso medio y bajo.

Desde el punto de vista de la estructura de los sistemas, las limitaciones más importantes son la segmentación y la fragmentación. La segmentación¹⁵ impide o dificulta la adopción de medidas eficaces en función de los costos para diversos grupos, porque impone condiciones de acceso a los sistemas de salud que solo pueden satisfacer los grupos más privilegiados en lo social, lo laboral y lo económico (OPS/OMS/OSDI, 2003; Behrman, Gaviria y Székely, 2003), lo que consolida y profundiza la inequidad. Uno de sus efectos más graves es que se traduce a su vez en una segmentación del derecho a la salud que, a pesar de estar consagrado en los cuerpos legales como universal, en la práctica se encuentra gravemente restringido por condiciones como la situación laboral y la capacidad de pago. Los resultados de estudios realizados en varios países de la región demuestran que de un 20% a un 77% de la población no tiene acceso al sistema de salud cuando lo necesita y un 78% en promedio no cuenta con seguros de salud de ningún tipo (OPS/OMS/OSDI, 2001-2004), situación que se ha agravado debido a los cambios en el mercado del trabajo, en particular con el incremento de la economía informal. El análisis de los motivos que llevan a no solicitar servicios institucionales de salud en cualquier subsistema permite concluir que esto se debe principalmente a causas económicas. En sistemas muy segmentados, el acceso a los servicios de

¹⁵ La segmentación consiste en la división de los sistemas de salud en subcomponentes “especializados” en diversos grupos y, tanto en materia de provisión de servicios como de seguros, suele reflejarse en la coexistencia de un subsistema público orientado a los pobres; un subsistema de seguridad social, especializado en los trabajadores formales y sus dependientes, y un subsistema privado con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población. También existe, con un mayor o menor grado de generalización según los países, un subsistema privado sin fines de lucro destinado a atender las necesidades de quienes no consiguen acceder al subsistema público y que suelen ser extremadamente pobres o son víctimas de algún tipo de discriminación.

salud responde a mecanismos institucionales de discriminación y los factores que restringen el acceso afectan a algunos grupos sociales más que a otros. Por consiguiente, los más excluidos en este campo son los pobres de zonas rurales y que están insertos en la economía informal (OPS/OMS/OSDI, 2003, p. 98).

El origen étnico también es un factor limitante del acceso. Por lo menos en cinco países de la región (Guatemala, Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú), el pertenecer a un pueblo originario o hablar exclusivamente una lengua originaria constituye una barrera de acceso a los sistemas de salud.¹⁶

Por último, en la medida en que el acceso a los sistemas de salud está vinculado al empleo en el sector formal, las mujeres sufren una mayor exclusión que los hombres en razón de su inserción en el mercado laboral. Ante la necesidad de atender sus obligaciones domésticas, más de la mitad de las mujeres de la región no realiza trabajos remunerados; cuando sí lo hace, su participación en el sector informal en ocupaciones a tiempo parcial que por lo general no están cubiertas por la seguridad social es proporcionalmente mayor que la del hombre. La frecuencia con que las mujeres ocupan una posición dependiente las coloca a ellas y a sus hijos en una situación de gran vulnerabilidad basada en el empleo y el hecho de vivir en el hogar del afiliado. En este contexto es importante señalar que más del 30% de los hogares de la región están encabezados por mujeres.

La segmentación de los sistemas de salud refleja los patrones de segmentación social y discriminación de las sociedades en los que se insertan y constituye un potente obstáculo para la consecución de los objetivos de desarrollo. Un grupo minoritario de países de la región ha adoptado en las décadas pasadas medidas de carácter nacional para reducir o eliminar la segmentación de sus sistemas de salud, a pesar de lo cual la mayoría de los países del continente sigue mostrando altos grados de segmentación.¹⁷

La fragmentación,¹⁸ por su parte, dificulta las intervenciones eficaces en función de los costos, porque la existencia de múltiples agentes que actúan sin coordinación impide una estandarización adecuada de la calidad, el contenido, el costo y la aplicación, encarece las intervenciones y contribuye al uso ineficiente de los recursos dentro del sistema. Esto último se expresa, entre otras cosas, en la coexistencia de bajas tasas de ocupación hospitalaria en centros de la seguridad social y altos porcentajes de demanda insatisfecha de tales servicios en el subsistema público en Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay y República Dominicana. La fragmentación de la provisión de servicios por parte del subsistema público tiene importantes dimensiones territoriales en el caso de Bolivia, Honduras, Guatemala y Ecuador, países en que la oferta de servicios de salud en el medio rural se ve seriamente restringida por la debilidad de los mecanismos de referencia y contrarreferencia. Según estudios realizados en Bolivia, Brasil, El Salvador, Honduras y Nicaragua, uno de los principales problemas para la aplicación de medidas para reducir la mortalidad materna que den resultados satisfactorios es la dificultad de lograr que las intervenciones se realicen en los distintos niveles territoriales dentro del subsistema público, a pesar de que el desafío de reducir la mortalidad materna es una prioridad en las respectivas agendas políticas (OPS/USAID, 2004).

En cuanto a la forma de organizar las intervenciones y asignar los recursos para su realización, las mayores insuficiencias de los sistemas de salud se encuentran en la asignación, distribución y formación de los recursos humanos; la magnitud y distribución del gasto público y la distribución territorial de la red de servicios y de la infraestructura de salud.

¹⁶ En todo el continente existe una correlación entre las condiciones de pobreza y los pueblos originarios que se agrava en el medio rural y en situaciones de dispersión, y afecta con especial severidad a las mujeres y a los menores. Es bien sabido que, pese a los esfuerzos que despliegan los países para impedirlo, los grupos en condiciones de pobreza tienen, en términos generales, menores posibilidades de verse beneficiados por el desarrollo, lo que incluye el acceso a los servicios básicos de salud, educación y nutrición.

¹⁷ Entre ellos, Brasil, Canadá, Cuba, Chile y Costa Rica.

¹⁸ La fragmentación se produce cuando los diversos subsistemas no operan en forma coordinada y sinérgica, sino que tienden a ignorarse o a competir entre sí, lo que se puede manifestar en todas o alguna de las funciones del sistema.

Al igual que en muchas regiones del mundo, los sistemas de salud de la mayoría de los países de América Latina y el Caribe enfrentan serios problemas de insuficiencia, mala distribución, formación inadecuada y condiciones precarias de trabajo de sus integrantes. Las políticas de flexibilización laboral implementadas en el marco de las reformas de salud y las crisis económicas y sociales que han sacudido a los países de la región en los últimos 30 años han dado origen a una precarización del mercado de trabajo en el sector salud. La situación laboral de los trabajadores de la salud se ha deteriorado no solamente en lo que respecta a la remuneración sino también a estabilidad, y las posibilidades de crecimiento y satisfacción de necesidades individuales y familiares.

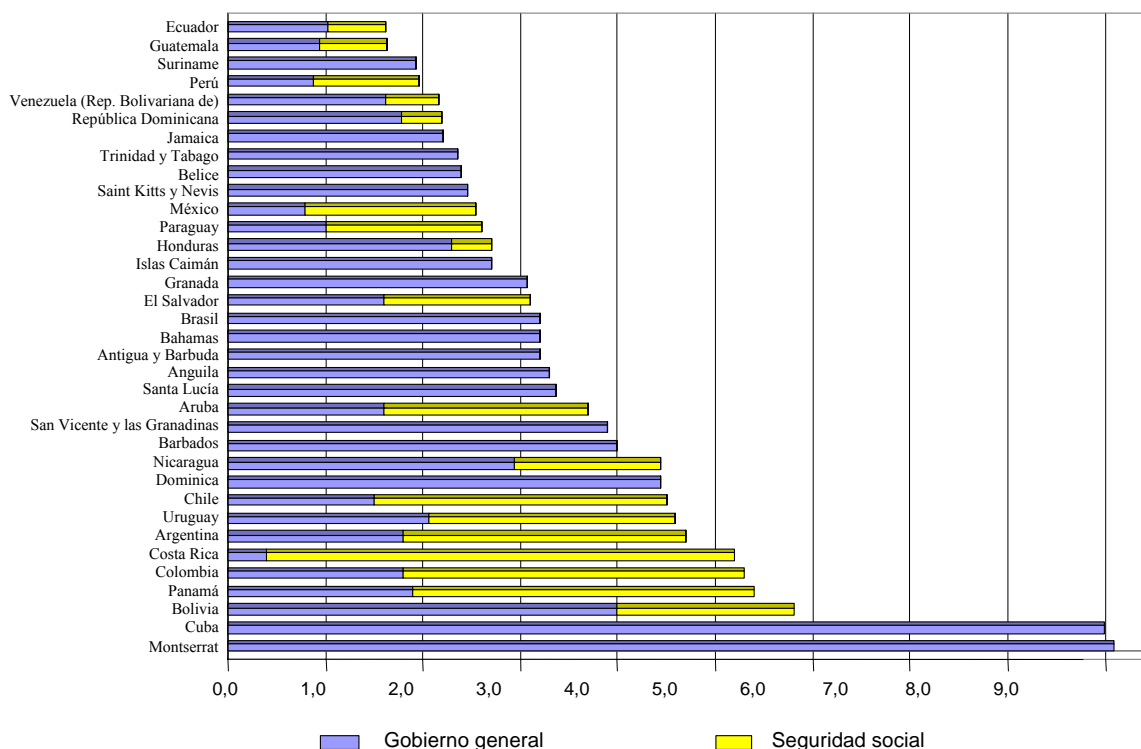
En la región, pocos países han logrado implementar políticas adecuadas de recursos humanos, lo que se refleja en la persistencia de desequilibrios crónicos en su distribución, su concentración en las áreas urbanas, el crecimiento asimétrico de la oferta y la demanda, el mayor crecimiento de la oferta de educación frente a los requerimientos del trabajo en salud, desfases en materia de formación, desorden en la profesionalización y estancamiento del empleo público. En algunos países esto ha dado origen a un éxodo de profesionales de la salud y crecientes corrientes de emigración de personal calificado hacia los países desarrollados, que han tenido fuertes efectos negativos en Ecuador, Bolivia, Honduras y Perú. En el caso del Caribe, la pérdida económica que supone la formación de trabajadores que luego emigran alcanza niveles considerables.¹⁹

En la región se han realizado variados intentos de ampliación de la cobertura de salud y de redistribución de recursos humanos, ejemplos de lo cual son los servicios sociales y los ciclos de destinación (Quiroga, 2000), pero son pocos los incentivos que se otorgan en los países para retener a los trabajadores de la salud en áreas difíciles o alejadas de los centros urbanos. En Honduras, Ecuador, Bolivia, Guatemala, El Salvador y República Dominicana los problemas relacionados con la insuficiencia y distribución inadecuada de los recursos humanos, especialmente de médicos y enfermeras, y la mala calidad de la atención figuran entre las principales causas de la exclusión en materia de salud (Hobcraft, 1993). A su vez explican la mayor parte de las muertes maternas y perinatales (OPS/OMS/OSDI, 2003).

La magnitud y distribución del gasto público en salud son herramientas poderosas para realzar la equidad en los sistemas de salud. En los países que tienen sistemas de salud muy segmentados, el financiamiento público para servicios de salud suele ser en general reducido y, por lo tanto, la cobertura pública es bastante reducida, en tanto que el gasto privado es alto y corresponde casi totalmente a gastos individuales. Esta es la situación en que se encuentran la mayoría de los países de Centroamérica (Nicaragua, El Salvador, Guatemala, Honduras) y de la Comunidad Andina (Ecuador, Perú, Bolivia, República Bolivariana de Venezuela), en los que la pobreza afecta a un alto porcentaje de la población y el bajo gasto público va unido a un elevado gasto privado proporcionalmente mayor en los más pobres, lo que da cuenta de un grave problema de equidad en el acceso a los servicios de salud, que está condicionado a la capacidad de pago individual en tanto que la posibilidad de recurrir al sector público está restringida (véase el gráfico V.15).

¹⁹ Véase OPS, Oficina de Coordinación del Programa para el Caribe, “Nurse sites” [en línea] http://www.pahocpc.org/whatsnew/press_releases/nurses/migrate_nurse.htm.

Gráfico V.15
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: GASTO DE GOBIERNO GENERAL Y
 SEGURIDAD SOCIAL, 2000**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Base de datos del Área de Desarrollo Estratégico de la Salud (SHD/HP).

Es importante señalar que, debido a la mayor necesidad de atención de salud de las mujeres, los gastos personales dedicados a este rubro son siempre más altos que el de los hombres (20% comparado con 50%), como lo demuestran las encuestas de hogares que contienen información sobre este tipo de gastos: Brasil (1996-1997), Ecuador (1998), Paraguay (1996), Perú (2000) y República Dominicana (1996). Esta inequidad adquiere mayores proporciones cuando se considera que el ingreso de las mujeres representa aproximadamente un 70% del de los hombres.

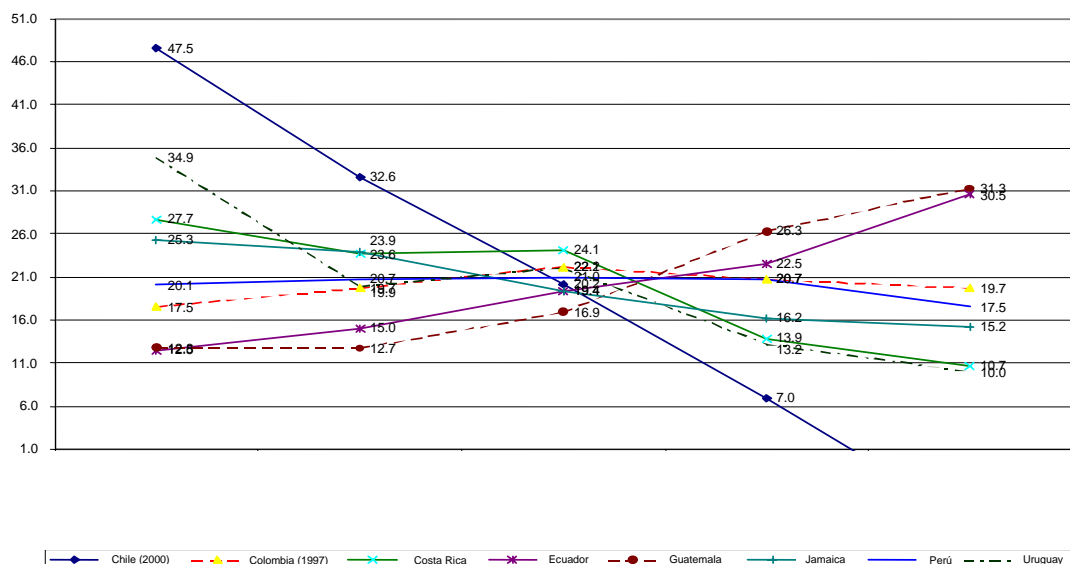
Además de la magnitud del gasto público, su progresividad, es decir, su distribución en los grupos más pobres de la población, es fundamental para garantizar su acceso a la salud. Los gastos individuales de los integrantes de los hogares más pobres es menor en los países donde la distribución del gasto público está orientada a favorecer los grupos de bajos ingresos. En Ecuador y Guatemala, la canalización del gasto en salud al primer quintil de ingreso, que equivale al grupo más pobre, representa poco más de 12% del gasto público, en tanto que el quinto quintil, el más rico, recibe más del 30% de dicho gasto. En el otro extremo, Chile, Costa Rica y Uruguay distribuyen alrededor del 30% del gasto público entre la población de menores ingresos, mientras Perú presenta una distribución pareja de dicho gasto en todos los grupos de ingreso y en Jamaica este favorece a los grupos de menores ingresos. Ecuador, Guatemala y Perú tienen sistemas de salud altamente segmentados, en tanto que Costa Rica, Uruguay y Chile tienen sistemas nacionales de seguros de salud (véase el gráfico V.16).

La concentración de la infraestructura física y tecnológica de salud en las regiones más ricas y en los centros urbanos determina que la población de zonas geográficas pobres, rurales y dispersas tienen un acceso restringido a ella. Una medida del acceso es la utilización de los servicios de salud,

que refleja la proporción de recursos destinada por cada subsistema a atender a los diversos grupos de población, lo que es a su vez un indicador de la equidad dentro del sistema en general. En la mayoría de los países se advierte inequidad en la utilización de los servicios, debido a un mayor uso de estos por parte de los quintiles más ricos de la población en todos los subsistemas, incluido el público.

Gráfico V.16

CHILE, COLOMBIA, COSTA RICA, ECUADOR, GUATEMALA, JAMAICA, PERÚ Y URUGUAY: EFECTO DISTRIBUTIVO DEL GASTO PÚBLICO



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Las disparidades de acceso a los bienes, servicios y oportunidades en este campo se reflejan en diferencias injustas en cuanto al estado de salud. Entre otras cosas, tanto la mortalidad materna como la infantil se concentran en los segmentos más pobres de la población, como se indica en la sección anterior.

La situación imperante en cuanto a la calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe no puede considerarse alentadora. En gran medida, puede atribuirse a los resultados comparativamente malos y a las bajas coberturas de los sistemas de salud de los países de la región y el abandono de la salud pública. De hecho, la calidad percibida, en su doble dimensión humana y administrativa, figura cada vez más como un factor que incide notablemente en la calidad técnica, tanto en términos de los procesos como de los resultados (OPS, 2000a).

Los procesos de reforma del sector de la salud realizados en la región se concentraron en los cambios estructurales, financieros y organizacionales de los sistemas y en ajustes de la prestación de servicios. La salud pública ha sido descuidada, al considerarla una responsabilidad social e institucional, justamente cuando más atención requiere y cuando más se necesita apoyo de los gobiernos para modernizar la infraestructura necesaria (OPS, 2000b). Algunos de los procesos que se llevan a cabo actualmente no han permitido superar las inequidades existentes en materia de salud vinculadas a la acentuación de las desigualdades económicas.

En Argentina, Bolivia, Ecuador, México y Perú ha empezado a estructurarse una propuesta de seguro maternoinfantil, que formaría parte de las prestaciones ofrecidas por los seguros públicos de salud. Esta responde a una estrategia de focalización de programas sociales, destinada a hacer frente a los alarmantes niveles de desigualdad. A pesar de que estos seguros se centran en la atención de mujeres y los niños, resultan restringidos, en la medida que se ocupan esencialmente de la maternidad y dejan de lado otros componentes básicos de la salud sexual y reproductiva como la

prevención del cáncer, la violencia, la fecundidad y la atención diferenciada a los adolescentes de ambos sexos. De todos modos es importante mencionar algunos aspectos de lecciones aprendidas en Bolivia, Chile, Cuba y Honduras, países que en las últimas décadas han logrado reducir la mortalidad materna de manera significativa (véase el recuadro V.1).

Recuadro V.1

REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN BOLIVIA, CHILE, CUBA Y HONDURAS

La reducción de la mortalidad materna en estos países es un ejemplo de los avances logrados en relación con esta meta. Si bien en el caso de Bolivia y Honduras aún persisten algunos problemas relacionados con el nivel socioeconómico y la inestabilidad política, se han observado muestras claras de progreso. Gracias a la colaboración entre los ministerios de salud y los organismos de cooperación internacional, se han realizado estudios de caso nacionales que han permitido sistematizar e identificar los factores más importantes que contribuyeron a la reducción de la mortalidad materna en los países considerados.

En el caso de Bolivia, la reducción de la mortalidad materna entre 1993 y 2003 ha sido del 41%, de 390 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos a 235. Aún queda mucho por hacer, pero el progreso es sustancial. Entre muchos otros, hay un factor importante que influyó en esta mejora: la decisión de otorgarle la debida prioridad política a la solución del problema, que se ha traducido en una serie de medidas e intervenciones vinculadas al fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud. Entre ellas cabe destacar la creación de un mecanismo de financiamiento de intervenciones maternoinfantiles eficaces. En 1996 se creó el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, sustentado por la asignación de recursos de la coparticipación tributaria establecida por la Ley de Participación Popular. Este mecanismo ha tenido una continuidad de cerca de nueve años en cuatro gobiernos consecutivos. En la actualidad se encuentra en ejecución el Seguro Universal Maternoinfantil, que asegura la provisión de servicios e intervenciones clave para la atención maternoinfantil, incluidos la atención de las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, los cuidados posteriores al aborto y complicaciones y enfermedades del recién nacido y del niño menor de cinco años.

Chile presenta actualmente la segunda tasa más baja de mortalidad materna de América Latina y el Caribe, de 17 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Esto representa un marcado descenso en comparación con 325 muertes maternas en 1951. Entre los factores que contribuyeron a esta disminución figura la creación del Servicio Nacional de Salud, que proveía una amplia gama de servicios de protección de la salud de las madres y niños, el programa de planificación familiar destinado a reducir las muertes maternas por complicaciones del aborto inducido y el Programa Nacional de Alimentación Complementaria, orientado a mejorar la situación nutricional de mujeres embarazadas y niños hasta los seis años. A lo anterior se suma el fortalecimiento de una red de asistencia pública basada en la prevención, el acceso y la aplicación de tecnologías apropiadas y eficaces, así como la asignación de matronas profesionales con capacitación universitaria, prestigio y reconocimiento comunitarios a todo el país, que contribuyeron al mejoramiento del acceso y la cobertura y permitieron ofrecer una atención calificada durante el embarazo, parto y puerperio.

En el caso de Cuba la situación ha sido similar. La política de salud de Cuba se ha destacado por el apoyo permanente de las autoridades políticas. Cuba ha adoptado la salud maternoinfantil como una prioridad y ha establecido redes de servicios de salud obstétrica e infantil de base comunitaria. Asimismo, se fortaleció la capacitación individual y se garantizó el acceso de todas las mujeres a la educación y a los servicios de salud con capacidad resolutoria. El constante mejoramiento de la cobertura y la calidad y la potenciación de las mujeres son elementos centrales del sistema de salud de Cuba.

Honduras ha logrado notables avances en la reducción de la mortalidad materna. De hecho, la razón de mortalidad materna disminuyó un 38% entre 1990 y 1997, es decir de 182 a 108 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. La evaluación de lo realizado en Honduras permite determinar que el respaldo a los servicios sociales y la ampliación del acceso a los servicios de salud fueron dos de los factores determinantes del cambio, que obedeció a la decisión de las autoridades de destinar una parte significativa del PIB a la salud. Junto con ello, se promovió la maternidad segura y se dio prioridad a la reducción de la mortalidad materna mediante la provisión de recursos con ese fin. El fortalecimiento de la disponibilidad de servicios de cuidados esenciales obstétricos ha sido un valioso esfuerzo emprendido en esta área y cabe destacar también el mejoramiento del sistema de referencia de complicaciones obstétricas en partos domiciliarios y de mujeres de alto riesgo para su atención por parte de personal calificado; también se han tomado importantes medidas para mejorar la calidad de la atención y elevar la participación de la comunidad, como componentes claves de otras estrategias.

La experiencia acumulada en todos estos casos demuestra el rol esencial de las autoridades y la importancia de políticas públicas sostenibles, de largo alcance y de carácter intersectorial, que contribuyan en particular al fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud y aseguren el acceso a servicios de atención primaria de calidad para las madres y los niños, los recursos humanos disponibles con competencias adecuadas para la atención obstétrica calificada y la disponibilidad de cuidados obstétricos esenciales y de servicios de planificación familiar en la red de servicios de salud. La vigilancia epidemiológica y los sistemas de monitoreo han sido también determinantes de los positivos cambios que se han producido en estos países.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En general, en la región ha habido una mejora de la calidad de las políticas, programas y normas sobre salud sexual y reproductiva, basada en la concepción de los derechos reproductivos como derechos humanos, en la equidad social y de género, y en el empoderamiento de las mujeres y los adolescentes. Se han desarrollado programas nacionales de salud de los adolescentes y se han creado unidades especiales para su atención en los establecimientos de salud, como también para la prestación de servicios de promoción, prevención y tratamiento, en los que se da especial importancia a la salud sexual y se realizan actividades dirigidas expresamente a la prevención del embarazo no planeado y a la atención de madres adolescentes. Paralelamente, se ha reforzado la formación de recursos humanos sobre prácticas de atención, mejoramiento de la calidad de servicios de salud y oferta de anticonceptivos para la población adolescente, entre otras cosas mediante talleres en los que se dan a conocer a grupos de jóvenes sus derechos a la salud y reproductivos (CEPAL, 2004e). A pesar de estas múltiples actividades, se impone un mayor apoyo político para que en los procesos de reforma del sector salud se otorgue prioridad a las actividades relacionadas con los derechos y la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, considerando que será imposible lograr los objetivos de desarrollo del Milenio referentes a la salud materna si no se invierten recursos y se toman medidas eficaces destinadas a los adolescentes y jóvenes.

En lo que respecta al objetivo de desarrollo sobre la lucha contra el VIH/SIDA, las respuestas gubernamentales han sido escasas; los países que se han mostrado más activos en este campo son Brasil, Chile y Uruguay. Las respuestas de los gobiernos han ido en aumento en los últimos años, lo que se vincula al incremento de la disponibilidad de recursos aportados por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y el paludismo, la mayor parte de los cuales se destinan a intervenciones terapéuticas y al acceso a medicamentos antirretrovirales.

En cuanto a las políticas y los elementos estructurales de la respuesta al problema, la mayoría de los países han adoptado leyes específicas sobre el VIH/SIDA, muchas de las cuales comprometen al Estado en la prevención y atención de la infección, incluido su tratamiento. Dos países de la región, Brasil y Uruguay, ofrecen acceso universal al tratamiento mediante antirretrovirales y la gran mayoría está en proceso de adoptar nuevas terapias con los recursos mencionados. El progreso logrado en esta área ha sido posible gracias a las negociaciones conjuntas de los países, organizados por subregiones, con las industrias farmacéuticas internacionales, a partir de una fuerte presión de la sociedad civil. Sin embargo, la capacidad de los servicios de salud ha sido insuficiente para responder a los desafíos planteados por la expansión de la cobertura de los tratamientos, tanto en lo que respecta a la infraestructura física como a los recursos humanos.

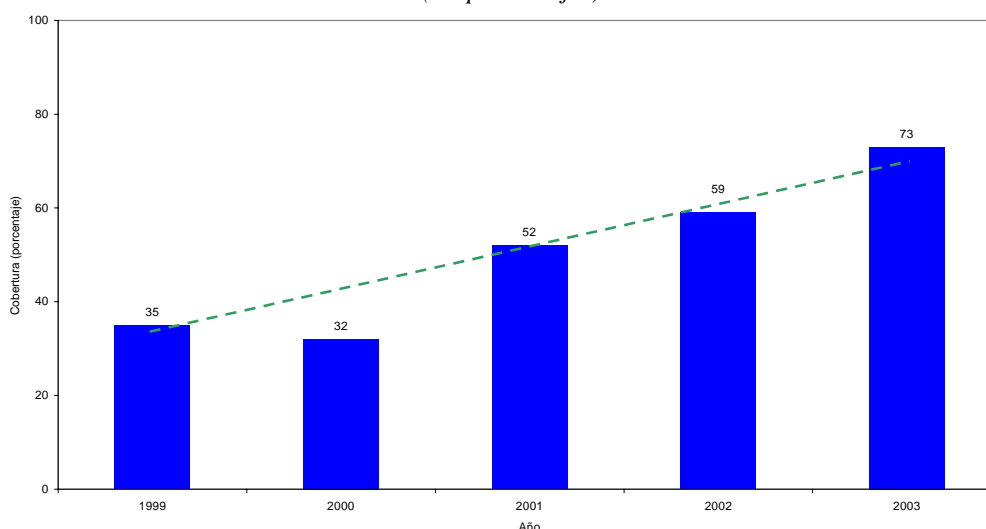
Las actividades de prevención han sido muchas y variadas, y han ido acompañadas de evaluaciones. Hoy en día la mayor parte de la población tiene suficientes conocimientos sobre la epidemia, sus formas de transmisión y cómo puede prevenirse, pero las conductas preventivas no tienen los efectos deseados, lo que hace suponer que las actividades de prevención también han sido insuficientes en cantidad, contenidos y eficacia. La adopción del enfoque de derechos y las investigaciones que permitan reducir las inequidades de género son dos áreas de intervención que forman parte de las respuestas estructurales al problema del VIH/SIDA, al igual que la integración con los servicios de salud sexual y reproductiva, estrategia que aún no ha sido debidamente incorporada en el quehacer de los países (UNFPA/EAT, 2004c).

Aunque todavía se dista mucho de controlar la epidemia de VIH/SIDA, los avances científicos y tecnológicos, sumados a la voluntad política y la intensa movilización social, están modificando su evolución en muchos países del mundo y también en América Latina y el Caribe. La adopción de estrategias de educación y comunicación y la provisión de servicios de salud siguen siendo fundamentales para contener el avance de la epidemia, mientras que la prevención seguirá constituyendo la principal medida para impedir que alcance las proporciones catastróficas a las que ha llegado en otras regiones. La instrumentación de modelos de atención integral, que incluyan tratamientos con medicamentos antirretrovirales y contra las infecciones oportunistas y mecanismos

para aumentar el acceso a dichos fármacos, requiere de una fuerte voluntad política y financiera para evitar que la epidemia continúe produciendo un sufrimiento innecesario, especialmente entre los más desposeídos.²⁰ Estos modelos deben estar estrechamente vinculados con estrategias sólidas de prevención primaria (OPS, 2001a).

En el caso de la tuberculosis, el tratamiento acertado estrictamente supervisado es la estrategia recomendada por la OMS para el control de la enfermedad, cuyo primer requisito es un compromiso político sostenido de aumentar los recursos humanos y financieros, y hacer del control de la tuberculosis una actividad de alcance nacional y parte integral del sistema de salud (OMS, 2003). Desde finales de los años noventa, esta estrategia ha ido extendiéndose progresivamente en la región, hasta alcanzar una cobertura del 73% en el año 2003 (véase el gráfico V.17) (OMS, 2004). Ese mismo año se registraron 230.000 casos en la región, y actualmente las tasas de detección de tuberculosis infecciosa (con baciloscopia positiva) ascienden a un 44%, en tanto que la tasa de curación es del 81% con el tratamiento recomendado. Estos indicadores ilustran el progreso logrado en la consecución de las metas de la OPS/OMS para el control de la tuberculosis, que han de conducir al cumplimiento de los objetivos de desarrollo.²¹

Gráfico V.17
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EXPANSIÓN DE LA COBERTURA
 POBLACIONAL DE DOTS/TAES**
 (En porcentajes)



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing* (WHO/HTM/TB), Ginebra, 2005.

El control de la tuberculosis requiere un compromiso sostenido en todos los niveles para adoptar las medidas necesarias. Existen muchas limitaciones para mejorar el control de la tuberculosis que están relacionadas con la debilidad y el subfinanciamiento de los sistemas de salud. La prioridad que se habrá de dar al control de la tuberculosis dependerá de la incidencia de esta enfermedad en cada país. La respuesta de los sistemas de salud sigue siendo inadecuada, debido a la insuficiencia de los servicios de atención primaria, la falta de participación del sector privado y la escasa utilización de los trabajadores y recursos comunitarios.

²⁰ Véase OPS, Oficina de Coordinación del Programa para el Caribe, http://www.pahocpc.org/whatsnew/press_releases/nurses/migrate_nurse.htm.

²¹ En la cuadragésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud de la OMS se señalaron las metas para el control de la tuberculosis, con la detección del 70% de los casos infecciosos y curación de, al menos, el 85% de estos, que debía alcanzarse en el año 2005 (véase WHA44/1991/REC/1.1991).

En el caso del paludismo, después de la suspensión del programa de erradicación, los países de América Latina y el Caribe adoptaron la estrategia global de control en 1992. Los principios técnicos de esta estrategia incluyen el diagnóstico temprano y el tratamiento inmediato de la enfermedad; la aplicación de medidas de protección y prevención de la enfermedad; el desarrollo de la capacidad de predecir y contener epidemias, y el fortalecimiento de la capacidad nacional para realizar investigaciones básicas y aplicadas que permitan y faciliten la evaluación sistemática de la situación del paludismo. Con el objetivo primordial de reducir de forma significativa los casos de paludismo en el mundo, la OMS lanzó la iniciativa titulada “Alianza para hacer retroceder el paludismo”, en la que se prevé la participación de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, otras instituciones, la sociedad civil y los gobiernos de los países donde el paludismo es endémico. Los elementos clave de la iniciativa refuerzan los de la estrategia global de control del paludismo. La meta de la Alianza es reducir la mortalidad y morbilidad atribuibles al paludismo en un 50% para el año 2010. Los 21 de la región en los que la enfermedad es endémica se sumaron a la Alianza y entre 1998 y 2003 ha habido una reducción de la incidencia de un 25% en 12 de los países.

En el contexto de los objetivos de desarrollo del Milenio, la meta es detener y comenzar a invertir la incidencia del paludismo para el año 2015. Para ello será necesario un sostenido cumplimiento de los compromisos contraídos por los gobiernos, una mayor colaboración entre programas de salud y entre sectores, un financiamiento adecuado, la necesaria capacitación del personal de salud y de la comunidad y su participación en actividades de prevención y control, la integración del programa para erradicar el paludismo en los servicios de salud, el continuo fortalecimiento de los sistemas de información y la definición de políticas basadas en pruebas concretas.

D. Principios orientadores para las políticas de salud

Los países de América Latina y el Caribe han iniciado el nuevo siglo con numerosos adelantos, entre otros su opción por regímenes democráticos, la adopción de políticas macroeconómicas responsables y la realización de importantes reformas para promover el crecimiento económico y el progreso social. No obstante, aún persisten grandes desafíos, como detener el reciente aumento de la pobreza en muchos países, reducir la desnutrición infantil y las diferencias de género en el mercado laboral y en la participación política, ampliar el acceso a servicios básicos de agua y saneamiento en los países de bajos ingresos y en las regiones más pobres de países con ingresos medios, y mejorar la equidad en el campo de la salud, especialmente en el acceso a los servicios pertinentes.

La región no es la más pobre del mundo, pero sí la que presenta un mayor grado de desigualdad. El país con la menor inequidad de la región en términos de ingresos sigue registrando una mayor desigualdad que cualquier país de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos o de Europa oriental (Banco Mundial, 2003a). Los datos sobre la distribución del ingreso revelan que, en promedio, el 10% más rico de la población de América Latina percibe el 36,1% de todo el ingreso familiar, mientras que el 40% más pobre recibe apenas el 13,6%. En República Dominicana el ingreso per cápita del 20% más adinerado de la población superaba por 24,6 veces el ingreso per cápita del 20% más pobre en el año 2002; en Colombia el factor era de 29,6 y en Bolivia, de 44,2 (Roses, 2004).

La pregunta que cabe plantearse es si las políticas económicas y sociales que se están aplicando actualmente en América Latina y el Caribe son suficientemente eficaces para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio o si se requieren cambios. Como se indicó anteriormente, si se mantienen las tendencias observadas muchos de los indicadores relacionados con los objetivos vinculados a la salud no se alcanzarán en el 2015, lo que apunta a la necesidad de adoptar medidas correctivas.

La comprensión de los objetivos de desarrollo del Milenio como un componente esencial y una fuerza propulsora del desarrollo en materia de salud y de las metas nacionales intersectoriales sobre salud establecidas por los países es un requisito indispensable para que los objetivos de desarrollo no pierdan vigencia al trasladarlos al contexto de la formulación de políticas nacionales, más aún si se considera que en los últimos años se han adoptado una serie de reformas que en algunos países han debilitado los sistemas de salud pública y han reducido el acceso a los servicios.

A continuación se presenta una enumeración de los principales desafíos pendientes en cuanto a las políticas necesarias para cumplir con los objetivos de desarrollo del Milenio:

1. Promover la intersectorialidad e interinstitucionalidad

La salud es un fenómeno multidimensional que requiere de estrategias intersectoriales, que formen parte de estrategias más amplias de desarrollo y de reducción de la pobreza. Por ello, para lograr mejoras en la salud hay que incidir más ampliamente en las políticas sociales, trascender la visión de compartimientos estancos y reconocer los niveles de interdependencia de las metas. Asimismo, es preciso aprovechar la sinergia entre las políticas públicas e intervenciones interdisciplinarias e intersectoriales focalizadas en los grupos más vulnerables y en las zonas y los países con mayores desventajas.

Según la información empírica recopilada, una manera de incidir en la reducción de las tasas de mortalidad infantil y materna es mediante un trabajo conjunto en las áreas de la salud y la educación. Las distintas dimensiones de la salud sexual y reproductiva exigen también respuestas concertadas, en las que participen otros sectores, como el de trabajo y justicia, y medidas orientadas a la potenciación de las personas y las comunidades, sobre todo de las adolescentes y las mujeres.

La alta correlación existente entre el porcentaje de la población con acceso a agua potable y las tasas de mortalidad infantil es otro hecho que corrobora la necesidad de ejecutar programas intersectoriales destinados a transformar el entorno en que se desenvuelve la vida de las personas, dirigidos a los más vulnerables y que tengan como unidad articuladora a la familia, la escuela, la comunidad, segmentos organizados de la sociedad civil o municipios. También es preciso establecer estructuras organizativas intersectoriales. En el recuadro V.2 se describe el programa de municipios saludables como un ejemplo de buena práctica intersectorial en salud que vale la pena destacar.

Recuadro V.2 MUNICIPIOS SALUDABLES

La estrategia de municipios saludables y productivos ha sido identificada por muchos países como un enfoque práctico y aglutinador. Sus objetivos son mejorar las condiciones de salud en las poblaciones más vulnerables e impulsar la sostenibilidad de los programas que se ejecuten en un municipio. La estrategia responde a un enfoque del desarrollo local, que involucra a la población en la toma de decisiones y en la puesta en práctica de los programas.

Un ejemplo de aplicación de esta estrategia es el caso del municipio de Chopinzinho del Estado de Paraná en Brasil, que tiene una población de 20.740 personas, una economía predominantemente agropecuaria que inició un proceso de reconversión tecnológica para superar los bajos niveles de productividad paralelamente a la ejecución del proyecto de municipio saludable. En Canadá se estableció la “Coalición comunitaria saludable de Ontario” que ofrece un marco para establecer comunidades saludables, mediante la realización de diagnósticos que permitan determinar sus problemas y sus necesidades y, a partir de ellos, establecer planes de acción concretos. Destaca en su estrategia la participación de la comunidad y el compromiso adoptado por las diversas instancias gubernamentales, así como el trabajo intersectorial. Bogotá, D.C., que tiene una población de más de 4 millones de personas, es un ejemplo de una estrategia para mantener, fortalecer, consolidar y promover condiciones de vida segura mediante actividades municipales que aglutinan a diferentes actores e involucran a todos los sectores. El municipio de Cumanayagua-Cienfuegos en Cuba está dividido en 13 consejos populares que han comenzado a aplicar el proyecto de municipios saludables a partir de un análisis de la situación de cada uno de ellos. En México destaca la “Red mexicana de municipios saludables”, que forma parte de una estrategia de protección de la salud que permite compartir experiencias y concertar acuerdos de cooperación intermunicipal.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La armonización es otro de los elementos fundamentales para la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio, cuya relevancia ha quedado en evidencia en reuniones y acuerdos adoptados entre gobiernos, organismos de cooperación internacional y otros actores sociales que realizan actividades en la región. Cabe citar, por ejemplo, la Declaración de Brasilia sobre la implementación de los objetivos de desarrollo, de noviembre del 2003 (BID, 2003a), y la Declaración de Nuevo León, de enero del 2004, cuyo propósito era avanzar en la instrumentación de medidas para combatir la pobreza, promover el desarrollo social, lograr crecimiento económico con equidad y reforzar la gobernabilidad democrática.²² En este marco, es necesario concertar y fortalecer acuerdos subregionales relativos a las migraciones y la “portabilidad” de los beneficios.

2. Mejorar la equidad y extender la protección social en materia de salud

El incremento del número absoluto de personas en condiciones de pobreza y de la brecha entre quienes tienen acceso a los beneficios del desarrollo y quienes no lo tienen se refleja también en la protección social relacionada con la salud. Las marcadas inequidades existentes en la actualidad —especialmente las de género, raza y etnia y generacionales— tienen costos muy altos, ya que impiden el ejercicio del derecho al desarrollo y la salud, reproducen los niveles de pobreza y limitan los efectos del desarrollo económico, erosionan la cohesión social y ponen en peligro los procesos democráticos en la región. Para abordar estas desigualdades injustificadas es necesario que los países de la región se comprometan firmemente con los imperativos de equidad y solidaridad, y se adopten medidas sinérgicas en varios niveles, entre otros con los siguientes fines:

- reducir la desigualdad de acceso a los servicios;
- mejorar el funcionamiento de las instituciones en beneficio de todos;
- fortalecer la capacidad de distribución de recursos del Estado;
- incrementar la participación social en los procesos de diseño, monitoreo e implementación de las políticas públicas sobre salud.

Para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio, hay elementos que aparecen como indispensables: el respeto de la diversidad cultural de los distintos grupos sociales, la adopción de medidas que sustenten un crecimiento económico equitativo y sostenible y el reconocimiento del ser humano como elemento central del desarrollo.

La extensión de la protección social en el campo de la salud es otra condición fundamental para el logro de los objetivos, porque, como ya se ha indicado, un alto porcentaje de la población sigue estando excluida de los mecanismos de protección social contra los riesgos de enfermedades y sus consecuencias.

Las estrategias de protección social en salud destinadas a eliminar la exclusión son intervenciones públicas orientadas a garantizar el acceso de los ciudadanos a una atención digna y eficaz y a reducir los efectos negativos, tanto económicos como sociales, que tienen para la población en general y para los grupos vulnerables las situaciones personales difíciles, como las enfermedades y el desempleo, o generales, como los desastres naturales.

²² Véase Cumbre Extraordinaria de las Américas, *Declaración de Nuevo León*, Nuevo León, México, 13 de enero del 2004.

3. Incrementar y hacer más progresivo el gasto corriente y de inversión en salud

Es importante destacar que, dadas la magnitud y composición del gasto de los países destinado a salud y su distribución en la población, es necesario replantear los temas de financiamiento público y de eficiencia y efecto distributivo del gasto. Este replanteo debe tener lugar en el marco del equilibrio que debe existir entre bienes y servicios de salud, por una parte, y el consumo de otros bienes o servicios que repercuten en la salud (alimentación, vivienda, educación, saneamiento) y contribuyen al bienestar individual y social, por otra.

Sobre la base de la información sobre financiamiento de la salud disponible en la región, es posible argumentar a favor de la necesidad de una mayor inversión en programas de salud pública y servicios personales de salud con fondos públicos, mediante el incremento o mejoramiento del mecanismo de recaudación de impuestos o del alza de las contribuciones sociales.

4. Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud

Es importante destacar el vínculo existente entre los objetivos de desarrollo del Milenio y los cambios necesarios en los sistemas de salud. La consecución de los objetivos de desarrollo exige la ejecución de programas específicos, entre otros de salud sexual y reproductiva y de control de las enfermedades infecciosas, así como el desarrollo de los sistemas y servicios de salud indispensables para que los programas y las intervenciones lleguen a todos los ciudadanos (OPS, 2004a).

En el ámbito de los sistemas de salud es necesario trabajar simultáneamente en las áreas de gestión, financiamiento, seguros y prestación de servicios, a fin de que las actividades sean congruentes, se refuercen mutuamente y contribuyan a la equidad (OPS, 2002c). A continuación, se describen los desafíos que se plantean en cada una de estas áreas.

- En lo que respecta a la gestión de las políticas públicas sobre salud y el ejercicio de la autoridad sanitaria por parte de los poderes públicos, se trata de fortalecer esta función y realzar la eficiencia de la estructura.
- En materia de financiamiento, se trata de organizar solidariamente las diferentes fuentes de financiamiento a fin de atender las necesidades de salud de la población en un marco de equidad. En particular, es indispensable garantizar el financiamiento solidario y sostenible tanto de los servicios de salud personales como de las medidas de salud pública.
- En el ámbito de los seguros, se plantean los siguientes desafíos:
 - garantizar un conjunto de prestaciones universales para la ciudadanía, manteniendo un equilibrio adecuado entre los sistemas de seguro financiados mediante contribuciones o sistemas solidarios de carácter público y los de financiamiento privado;
 - disminuir los costos de transacción y las inequidades derivadas de los sistemas segmentados, fragmentados y débilmente regulados que hoy prevalecen en la región. La información disponible indica que la existencia de un seguro público gestionado con criterios de solidaridad, eficiencia, transparencia y obligación de rendir cuentas, y con una posición relevante o dominante en su ámbito es un factor que puede contribuir notablemente a racionalizar el sistema de seguros y reducir los riesgos de exclusión.
- En relación con la provisión de servicios, se plantean los siguientes desafíos:
 - fortalecer una red de servicios que garantice el derecho universal a la salud, incluidos los derechos reproductivos individuales;
 - reorientar el modelo de atención bajo criterios de promoción y prevención y fortaleciendo la estrategia de atención primaria;

- adoptar incentivos adecuados para que los proveedores intermedios y finales actúen de modo que contribuyan a lograr los objetivos de salud y a eliminar la exclusión;
- dar prioridad a las estrategias orientadas a ampliar el acceso a los servicios de salud;
- velar por la continuidad de la atención entre los distintos niveles y subsistemas del sistema de salud;
- respaldar la demanda de servicios de los grupos con mayor riesgo de exclusión (pobres, indígenas y afrodescendientes, entre otros);
- fortalecer la capacidad de los usuarios para reconocer y ejercer sus derechos a la atención de la salud.

Es importante adoptar políticas que amplíen el nivel básico de la atención primaria de salud, considerada como estrategia fundamental para ampliar los sistemas de salud, conforme a criterios de equidad, y mediante la integración de enfoques verticales y el fortalecimiento de la colaboración intersectorial y la participación social en materia de salud (OPS, 2003a). La atención primaria de la salud ha demostrado ser un muy buen mecanismo para responder a los siguientes desafíos:

- garantizar el estatuto de ciudadanía en salud y la universalidad de acceso, junto con dar atención prioritaria a los grupos menos privilegiados;
- reducir las desigualdades en las prestaciones y los sistemas de atención de la salud, incluidas las de género, raza y etnia y generacionales;
- mejorar la salud de la población en general, mediante una reducción significativa de los riesgos de muerte infantil y materna, el aumento de la esperanza de vida y la mejora de la calidad de vida;
- ofrecer atención de la salud, bajo una red integrada de servicios eficaces y de calidad, atienda a individuos, familias y comunidades y en la que todos ellos participen;
- articular a todos los prestadores de servicios de atención de la salud, y fortalecer la infraestructura y las capacidades institucionales para el desempeño adecuado de las funciones esenciales de salud pública.

En el ámbito de los recursos humanos del sector salud, es importante realizar actividades con los siguientes fines:

- realizar actividades de defensa de intereses que refuercen la función esencial de las políticas de recursos humanos;
- elevar la capacidad de los países para organizar procesos concertados y sostenibles de adopción de acuerdos políticos para la implementación de políticas de recursos humanos (“Observatorio de recursos humanos en salud”), en los que se tome en cuenta el alto porcentaje de mujeres que forman parte de la fuerza de trabajo;
- fortalecer y desarrollar los recursos humanos en el campo de la salud pública con una visión de largo plazo y mediante la adopción de incentivos concretos para reorientar los procesos de formación profesional;
- dar forma al mercado de trabajo otorgando particular importancia a la atención primaria de la salud;
- mejorar el desempeño profesional, mediante la adopción de normas con dicho objetivo y actividades de educación permanente;

- acelerar el desarrollo de capacidades institucionales que permitan perfeccionar la atención prestada por los servicios de salud.

Es indudable que el fortalecimiento de los sistemas de salud puede contribuir a garantizar el acceso a los servicios pertinentes y al logro de los objetivos de desarrollo, pero para que eso sea posible las políticas destinadas a fortalecer dichos sistemas deben estar orientadas a reducir su segmentación y fragmentación al interior de ellos y a crear mecanismos que promuevan la equidad.²³ La pregunta clave parece ser cómo formular políticas de salud que faciliten la inclusión de los grupos excluidos (Banco Mundial, 2003b; Gacitúa, Sojo, Davis, 2000; Bhalla y Lapeyre, 1999; Jordan, 1996). La portabilidad de la garantía de acceso a la salud es un elemento fundamental, en un entorno donde la informalidad en el empleo, los movimientos migratorios y la pobreza seguirán teniendo una gravitación considerable en el mediano y largo plazo. En este contexto, es necesario además definir con claridad quiénes serán los “derechohabientes” o sujetos de la garantía, entendiendo el acceso a la salud ya no como un derecho ligado al empleo sino a la condición de ciudadano.

En síntesis, hacer realidad el compromiso asumido por los gobiernos en relación con los objetivos de desarrollo del Milenio en la región sigue siendo un reto. Son pocos los países que han integrado plenamente dichos objetivos en su proceso de formulación de políticas, en cuya formulación e implementación se debe tener en cuenta una serie de factores. Los gobiernos tienen diversas maneras de percibir los problemas que les aquejan y de identificar y dar soluciones que se enmarquen en sus agendas políticas. Sin embargo, si cada país aplica diferentes criterios en la jerarquización de los problemas y no se trabaja al unísono, con una misma orientación, difícilmente se podrán cumplir los objetivos de desarrollo en América Latina y el Caribe.

A la luz de las condiciones socioeconómicas actuales, es necesario reforzar la voluntad política no solo en el plano nacional, sino también en los ámbitos subregional y regional, a fin de darle primera prioridad a la agenda de salud pública.

Los Ministros de Salud de las Américas, reunidos en el 45° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, celebrado en Washington, D.C., en septiembre del 2004, aprobaron la resolución CD 45.R3 sobre los objetivos de desarrollo del Milenio y las metas de salud. En esta resolución se insta a los Estados miembros de la OPS a tomar medidas con los siguientes fines:

- elaborar y ejecutar planes nacionales de acción para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo;
- fortalecer el compromiso político con los objetivos a todos los niveles y considerar su cumplimiento como una prioridad en los planes regionales, subregionales, nacionales y locales de desarrollo económico y social;
- aumentar en los países la conciencia y el sentido de propiedad de las prioridades de salud establecidas en los objetivos mediante una amplia gama de diálogos sobre políticas, asociaciones o alianzas y actividades intersectoriales;
- fomentar el establecimiento de alianzas y asociaciones en los foros subregionales, para fortalecer el compromiso con la salud y el desarrollo social sobre la base de responsabilidades compartidas;

²³ Las recomendaciones de los informes de los equipos de tarea sobre salud maternoinfantil, del Proyecto del Milenio de Naciones Unidas, incluyen el acceso a la salud sexual y reproductiva entre las diez cuestiones clave relativas a los objetivos de desarrollo del Milenio para mejorar la salud de mujeres y niños y garantizar las condiciones necesarias para alcanzar la igualdad de género. En los informes también se recomienda ampliar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, brindar información y suministrar métodos anticonceptivos. En términos programáticos, se reconoce que los sistemas de salud deberían garantizar el acceso universal a estos servicios.

- intensificar las actividades de desarrollo nacional de la salud y protección social en salud;
- integrar mejor los esfuerzos nacionales en pro del cumplimiento de los objetivos mediante la adopción de iniciativas sobre las metas y objetivos de salud y la formulación de políticas de salud orientadas al logro de resultados;
- atraer a otros colaboradores y aliados y aumentar la cooperación con ellos para realizar actividades de consecución de los objetivos;
- apoyar la fuerte participación de la sociedad civil en todos los niveles de la sociedad, con miras a incluir en el cumplimiento de los objetivos a adolescentes, mujeres, personas con discapacidades, grupos étnicos y raciales postergados y grupos indígenas;
- mejorar la medición y vigilancia sistemáticas del progreso alcanzado en la consecución de los objetivos mediante la generación de datos sobre salud de calidad y desglosados, y
- emprender, facilitar y apoyar investigaciones para fortalecer la base de pruebas científicas para el cumplimiento de los objetivos y la generación de nuevos conocimientos, sobre todo en relación con las sinergias favorables a la salud.

Uno de los mayores desafíos que se plantean en este campo es que el derecho a la salud sea reconocido como prioritario en las agendas públicas y en las actividades gubernamentales. Por lo tanto, el liderazgo político del sector salud y la capacidad de facilitar el diálogo entre los diversos actores e interesados en la definición de problemas y estrategias son fundamentales.

Finalmente cabe hacer hincapié en que el derecho a la salud supone reforzar la gobernabilidad democrática en un marco de cohesión social y de derechos humanos, bajo el paradigma de que solo se puede alcanzar una auténtica democracia cuando se asegure que ningún habitante de la región quede excluido de los beneficios del desarrollo y que a nadie se le priva del derecho a la salud. Es así como se podrá materializar la aspiración universal contenida en los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud en nuestra región.