

Distr.  
RESTRINGIDA  
LC/R.554 (Sem.35/10)  
25 de noviembre de 1986  
ORIGINAL: ESPAÑOL

---

C E P A L

Comisión Económica para América Latina y el Caribe

Reunión sobre Crisis Externa: Proceso de Ajuste y su Impacto Inmediato y de Largo Plazo en el Desarrollo Social: ¿Que Hacer? organizada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Lima, Perú, 25 al 28 de noviembre de 1986



EL IMPACTO DE LA CRISIS ECONOMICA EN EL CAMPO DE LA SALUD:  
PROBLEMAS Y ALTERNATIVAS EN LA REGION DE LAS AMERICAS\*/

---

\*/ Este documento ha sido preparado por Irene Klinger, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Las opiniones expresadas en este documento son de la exclusiva responsabilidad de su autora y pueden no coincidir con las de las Organizaciones patrocinadoras del Seminario.

86-12-1978



## Indice

	<u>Página</u>
Introducción.....	1
1. Condiciones de Salud y Situación de la Atención de Salud en la Región .....	3
1.1 Algunos Indicadores de Salud en la Región.....	4
- Esperanza de vida .....	4
- Mortalidad .....	4
- Mortalidad infantil.....	5
- Enfermedades prevenibles por inmunización .....	12
- Situación nutricional y alimentaria .....	12
- Salud del adulto .....	17
- Salud del adolescente y el joven .....	20
- Salud de las personas de edad avanzada .....	21
1.2 Infraestructura de salud .....	23
1.3 Utilización de los servicios de salud .....	27
1.4 Recursos humanos .....	29
1.5 Reflexiones .....	31
2. La Crisis Económica, Ajuste e Impacto.....	33
2.1 Crisis, Ajuste y Costo Social.....	34
2.2 Impacto de la Crisis en los Servicios de Salud.....	36
3. ¿Qué Hacer?.....	46



## INTRODUCCION

La Organización Panamericana de la Salud ha estado participando, desde el comienzo, en discusiones sobre la definición de un proyecto inter-agencial e inter-país destinado al tratamiento integral de la pobreza. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo ha tenido un rol vital en la concepción del Proyecto a la vez que en la coordinación de acciones, asegurando la participación de las diversas agencias del sistema de Naciones Unidas. Previo a la formulación del proyecto, PNUD se encargó de recoger las preocupaciones y visión de todos los gobiernos participantes sobre los problemas de pobreza crítica que les afectan y sobre las posibilidades reales de actuar sobre estos. Con este esquema de trabajo se pensó en garantizar la participación de los países a los niveles más altos de decisión, durante toda la vida del proyecto, para que las conclusiones a que se lleguen se transformen, no sólo en recomendaciones a los gobiernos, sino en acciones y programas de los mismos. Compartiendo el estilo de trabajo y los objetivos globales del proyecto, la OPS se compromete a colaborar plenamente con los países y con las otras agencias del sistema de Naciones Unidas en este loable esfuerzo, haciéndose responsable por los aspectos relacionados con la salud.

La OPS buscará, junto a otras agencias y gobiernos participantes, definir el problema de la pobreza crítica, identificar los grupos de más alto riesgo y buscar soluciones alternativas de políticas y programas de acción para avanzar en la batalla contra la pobreza crítica.

El documento que se presenta en esta ocasión constituye una primera aproximación al análisis del impacto de la crisis económica sobre el sector salud, con especial enfoque en los millones de personas de nuestra región que siguen sufriendo la gravedad de la pobreza extrema, que no sólo se describe a través de cifras e indicadores, sino por el hambre, la enfermedad y las muertes que afectan a nuestra población.

El primer capítulo, Condiciones de Salud y Situación de la Atención de Salud en la Región, trata de resumir los indicadores que describen las condiciones de salud de las poblaciones latinoamericanas y del Caribe, haciendo especial referencia, donde es posible, a los patrones de morbilidad y mortalidad de los grupos más pobres. Aquí ya se manifiesta un problema en relación al tipo de indicadores con que se cuenta. En general, se trata de información que se refiere a promedios nacionales y en los casos en que se cuenta con información más desagregada, por región o por grupo de ingreso, ésta no es siempre la más confiable y completa. Pensamos que, a través de las acciones del Proyecto de Pobreza Crítica, se podrán desarrollar nuevos indicadores y sistemas más perfeccionados de monitoreo de las condiciones de salud de los grupos más vulnerables, en los países participantes.

El segundo capítulo, la Crisis Económica, Ajuste e Impacto, plantea la relación existente entre las realidades socioeconómicas de los países y las condiciones de salud. Se refiere, en particular, al impacto de la crisis económica en el bienestar general de las poblaciones y en especial de los más vulnerables, dando mayor énfasis al impacto de la crisis en la oferta y demanda de servicios de salud y, con las limitaciones existentes, en las condiciones de salud de los grupos más vulnerables.

En función del análisis hecho en los dos capítulos anteriores, en el tercer capítulo, ¿Qué Hacer?, se hacen algunas sugerencias iniciales sobre el tipo de estudios y procesos político-administrativos necesarios para permitir el desarrollo de nuevas políticas y programas de carácter tanto sectorial como intersectorial, para atacar el problema de pobreza crítica en su relación con salud. Se espera que el Proyecto de Pobreza Crítica sea el motor que promueva el diseño e implantación de estas nuevas políticas y programas en los países.

1. Condiciones de Salud y Situación de la Atención de Salud en la Región

La Región de las Américas, como lo expresa la publicación Las Condiciones de Salud en las Américas (1981-1984) (1), presenta una gran diversidad en términos de desarrollo económico y social, organización política, situación demográfica y de salud, así como de estructura del sector salud y de cobertura de los servicios que éste presta, tal como se describe en los párrafos siguientes.

Desde el punto de vista demográfico cabe apuntar que, en la mayoría de los países, la población seguirá aumentando, aún cuando las tasas de crecimiento muestren una tendencia al descenso. Proseguirá la acentuada disminución de la fecundidad, junto con una reducción menos pronunciada de la mortalidad. El aumento de la proporción de personas en edad avanzada y el creciente proceso de urbanización, geográfico y cultural, serán también factores de gran impacto sobre la salud. Sin embargo, la población de la Región, como un todo, sólo alcanzará una esperanza de vida de 70 años alrededor del 2010, cerca de medio siglo después de que los países desarrollados de las Américas lograron superar esa cifra.

En los perfiles de mortalidad de la Región, el predominio de las enfermedades infecciosas está dando paso a las enfermedades crónicas, las afecciones perinatales, los accidentes y violencias y a los problemas derivados del medio ambiente, como causas importantes de muerte. Cabe señalar, sin embargo, que estas tendencias regionales no son uniformes y que existen diferencias pronunciadas entre los países, así como en el interior de cada país, en función de la diversidad geográfica y de estratos sociales.

Muchos de los problemas de salud en la Región pueden ser reducidos con el conocimiento y las tecnologías existentes. A pesar de ello, la desnutrición, las enfermedades tropicales, las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas persisten como problemas en todos los países y son las causas predominantes de mortalidad en muchos de ellos.

Amplios sectores de la población en la mayoría de los países de la Región, se mantienen sin acceso real a los servicios y, en los próximos años constituirán un gran desafío a la capacidad de organización y gestión de los sistemas de salud. Si las estimaciones de cobertura son válidas y el crecimiento de la población evoluciona de acuerdo con las proyecciones, el desafío consistirá en la necesidad de ampliar la cobertura de los servicios para poder atender a 310 millones más de personas, 140 millones que no tienen acceso permanente hasta el momento y 170 millones adicionales que se sumarán durante el período 1986-2000.(2)

En lo que sigue se analizarán con mayor detalle algunos aspectos específicos que otorgan una visión global sobre las condiciones de salud y la atención de salud en la Región.

### 1.1 Algunos Indicadores de Salud en la Región

#### Esperanza de vida

Según la División de Población de Naciones Unidas, la esperanza de vida al nacer estimada y proyectada para ambos sexos en los países de la Región para el año 2020 será similar a aquella existente en los Estados Unidos de América en el período 1950-55, alcanzándose un promedio de 70 años para ambos sexos (3).

Estos valores promedio para toda la Región no dan información sobre las diferencias entre países, ni mucho menos sobre diferencias entre subgrupos de población dentro de un mismo país. Si analizamos la situación de esperanzas de vida, por país en la Región en el período 80-85 ésta varía de un promedio de 50 y 52 años para Bolivia y Haití, hasta los 73 años para Costa Rica, Cuba y Jamaica.

#### Mortalidad

La mayoría de los países de la Región siguen acusando un descenso de la tasa bruta de mortalidad. En algunos casos, las tasas parecen haberse



estabilizado y mantenerse relativamente constantes. En otros países se observan aumentos aparentes debidos a cambios en la fuerza de la mortalidad, la composición de la población por edad, o ambos factores. En muchos países una gran parte de la población pertenece todavía a grupos jóvenes y por eso existen tasas brutas de mortalidad comprensiblemente bajas. En otros países, como los del Cono Sur, una gran parte de la población pertenece al grupo de edad avanzada, lo que ocasiona elevadas tasas brutas de mortalidad.

Mientras que las enfermedades infecciosas como grupo siguen causando una tasa elevada de mortalidad y morbilidad en América Latina, las enfermedades infecciosas específicas raramente aparecen entre las cinco causas más importantes.

En general, independientemente del estado de desarrollo o de progreso de un determinado país en materia de atención de salud, la muerte violenta de una forma u otra domina el perfil de mortalidad de los grupos de 5 a 24 años de ambos sexos. Esas defunciones fueron asociadas con accidentes de vehículos de motor, todos los accidentes considerados en conjunto, suicidio y homicidio. Cabe recalcar que, independientemente del estado de desarrollo de un país, en el grupo de 45 a 64 años y en el de 65 años y más predominan las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares y los tumores malignos.

#### Mortalidad infantil

La relación entre el número de defunciones de menores de un año y el de nacidos vivos en el mismo período tiene un significado que trasciende la interpretación aislada de los hechos vitales contenidos en el numerador y el denominador. El que la tasa de mortalidad infantil de un país sea de 60 por 1.000 nacidos vivos y la de otro 15 no sólo señala la ocurrencia de fenómenos biológicos sino que sugiere condiciones de vivienda, alimentación, educación, saneamiento ambiental y otros factores que caracterizan el estilo y la calidad de vida de la sociedad en que ocurren.

Al analizar las metas establecidas por los países para el decenio 1960, la Organización Panamericana de la Salud comprobó que apenas se había logrado en un tercio la meta de reducir la mortalidad infantil en un 50%, en Mesoamérica se observó una reducción del 18% y en América del Sur del 24%. Sin embargo, a partir de 1970 empezaron a advertirse progresos más acelerados, especialmente en aquellos países que emprendieron programas integrados de salud con énfasis en las acciones preventivas y en la aplicación de tecnologías apropiadas para la atención materno-infantil. En el período de 1971 a 1975 se notó en casi todos los países un descenso más veloz, en proporciones que variaban entre el 2 y el 86%; cuatro países mostraban reducciones de más del 50% cumpliendo así con la meta del decenio; 10 países alcanzaron reducciones de más del 30% (4). Todos los países considerados habían logrado sus propias metas nacionales establecidas con criterios de factibilidad a principios del decenio.

Durante el período de 1970-1975 cinco países tenían tasas de mortalidad infantil superiores a 100 por 1.000 nacidos vivos. Entre ellos la tasa más alta correspondía a Bolivia con más de 150 por 1.000.

El análisis de las estimaciones realizadas por las Naciones Unidas por países y tal como aparece en el Cuadro 1, indica un descenso general de la mortalidad aunque con una escala muy amplia de fluctuación individual. Para Bolivia (1980-1985), por ejemplo, es de solo un 21% mientras que para Costa Rica es del 64% (5).

Para el período de 1980-1985 sólo en dos países de la Región se estiman tasas de mortalidad superiores a 100 (Bolivia y Haití); en nueve países las tasas son inferiores a 30. Solo ocho países tienen tasas de mortalidad superiores a 70, pero es en esos países donde vive el 47% de la población de América Latina.

A principios del presente decenio dos países de América Latina habían alcanzado cifras inferiores a 20 por 1.000 nacidos vivos: Cuba y Costa Rica. Posiblemente Chile y Panamá se encuentran en situación similar.

Cuadro I

Estimaciones y Proyecciones de las Tasas de Mortalidad Infantil por País,  
1960-1965 a 1995-2000, Variante Media de Naciones Unidas

País	1960- 1965	1965- 1970	1970- 1975	1975- 1980	1980- 1985	1985- 1990	1990- 1995	1995- 2000
Argentina	60.0	56.0	49.0	41.0	36.0	32.0	29.0	26.0
Barbados	61.0	46.0	33.0	27.0	14.0	11.0	10.0	9.0
Bolivia	164.0	157.0	151.0	138.0	124.0	110.0	93.0	74.0
Brasil	109.0	100.0	91.0	79.0	71.0	63.0	57.0	51.0
Canadá	26.0	21.0	16.0	12.0	9.0	8.0	7.0	7.0
Colombia	84.0	74.0	65.0	55.0	50.0	46.0	42.0	39.0
Costa Rica	81.0	66.0	51.0	30.0	20.0	18.0	17.0	16.0
Cuba	56.0	49.0	36.0	23.0	17.0	15.0	13.0	11.0
Chile	111.0	95.0	70.0	46.0	23.0	20.0	19.0	18.0
Ecuador	119.0	107.0	95.0	82.0	70.0	63.0	57.0	52.0
El Salvador	131.0	112.0	97.0	82.0	70.0	59.0	48.0	40.0
Estados Unidos	25.0	22.0	18.0	14.0	11.0	10.0	8.0	7.0
Guadalupe	45.0	50.0	42.0	25.0	14.0	12.0	11.0	9.0
Guatemala	119.0	108.0	95.0	82.0	70.0	59.0	48.0	40.0
Guyana	61.0	56.0	56.0	49.0	36.0	30.0	26.0	22.0
Haití	188.0	172.0	155.0	139.0	128.0	117.0	106.0	95.0
Honduras	136.0	123.0	110.0	95.0	82.0	69.0	57.0	46.0
Jamaica	54.0	45.0	36.0	25.0	21.0	18.0	16.0	14.0
Martinica	48.0	42.0	35.0	22.0	14.0	13.0	11.0	10.0
México	86.0	79.0	69.0	60.0	53.0	47.0	41.0	37.0
Nicaragua	131.0	115.0	100.0	93.0	76.0	62.0	50.0	41.0
Panamá	63.0	52.0	43.0	32.0	26.0	23.0	21.0	19.0
Paraguay	81.0	67.0	53.0	49.0	45.0	42.0	39.0	36.0
Parú	136.0	126.0	110.0	105.0	99.0	88.0	76.0	66.0
Puerto Rico	45.0	33.0	25.0	20.0	17.0	15.0	13.0	11.0
República Dominicana	117.0	105.0	94.0	84.0	75.0	65.0	57.0	49.0
Suriname	63.0	55.0	49.0	44.0	36.0	30.0	26.0	22.0
Trinidad y Tabago	44.0	41.0	30.0	26.0	24.0	20.0	18.0	15.0
Uruguay	48.0	48.0	47.0	44.0	30.0	27.0	25.0	23.0
Venezuela	73.0	60.0	49.0	43.0	39.0	36.0	33.0	31.0
Islas de Barlovento <sup>a/</sup>	80.0	55.0	43.0	33.0	30.0	27.0	23.0	20.0
Otras áreas del Caribe <sup>b/</sup>	50.0	41.0	32.0	29.0	26.0	23.0	20.0	17.0

Fuente: Naciones Unidas. World Population Prospects: Estimates and Projections as Assessed in 1984. ST/ESA/SER.A/98. Nueva York, 1986.

<sup>a/</sup> Incluye Dominica, Grenada, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas.  
<sup>b/</sup> Incluye Anguila, Antigua, Antillas Neerlandesas, Bahamas, Islas Caimán, Islas Vírgenes (EUA), Islas Vírgenes (RU), Montserrat, San Cristóbal-Nieves e Islas Turcas y Caicos.

Las causas infecciosas reducibles mediante las acciones básicas como vacunación, rehidratación oral y saneamiento dominaban en los países con altas tasas de mortalidad infantil.

En el decenio de 1970 la gran mayoría de los países de la Región experimentó reducciones en la mortalidad infantil con un ritmo más acelerado que en el anterior. En los primeros años del presente decenio este descenso se mantiene; no obstante, subsisten grandes diferencias entre los países, lo que hace que la situación sea bastante heterogénea. Se sabe además que en cada país hay variaciones extremas de la mortalidad infantil y que en América Latina y el Caribe existen sectores mayoritarios de la población en los cuales los niños están expuestos a altos riesgos evitables.

Las reducciones señaladas han ocurrido a pesar de un marco económico desfavorable y, a veces, en países donde se ha observado una evolución socioeconómica regresiva.

No es lógico suponer que las acciones de salud puedan determinar por sí solas el nivel de la mortalidad infantil y de ninguna manera cabe concebir que sean un remedio permanente para las desigualdades y deformaciones sociales que acompañan el subdesarrollo. Ante los datos que reflejan una reducción de mortalidad infantil se debe adoptar una actitud cautelosa y tratar, por una parte, de determinar su grado de validez y, por la otra, de analizar el efecto que pueden haber tenido algunos adelantos organizativos y tecnológicos en la prestación de los servicios de salud.

Las modificaciones en la importancia relativa de las diversas causas de defunción, así como la disminución de las muertes relacionada con la aplicación de técnicas específicas, sugieren que se ha acrecentado la capacidad del sector salud para modificar la mortalidad infantil y preescolar. El hecho parece radicar en una mayor capacidad real de aplicar el conocimiento a sectores más amplios de la población y con prioridad a los que están expuestos a mayores riesgos. Las experiencias de varios países de la Región señalan una posible ampliación de los efectos de las intervenciones de

salud en la mortalidad infantil, lo cual implica una mayor responsabilidad para el sector salud y sus dirigentes al disponer de instrumentos eficaces para reducir las muertes infantiles.

Además de las intervenciones directas de salud, varios estudios han demostrado que existen otros factores claves, tales como la educación de la mujer, que tienen un impacto favorable sobre los índices de mortalidad infantil. En el documento de referencia para las discusiones técnicas de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1986, se hizo hincapié en la educación básica y su rol en el fortalecimiento de la comprensión de los problemas de salud, especialmente, la capacidad de las mujeres de entender la necesidad del cuidado materno-infantil (6).

Los Gobiernos Miembros de la OPS, al adoptar las estrategias regionales de Salud Para Todos y el Plan de Acción para su instrumentación con el propósito de disminuir las diferencias en salud existentes tanto entre los países de la Región como dentro de cada uno de ellos, definieron seis metas mínimas regionales. Una de ellas hace referencia específica a la mortalidad en niños de 1 a 4 años, estipulando que en ningún país de la Región la tasa de mortalidad deberá ser superior a 2,4 defunciones por 1.000 para niños de 1 a 4 años (7).

La mortalidad en niños de 1 a 4 años se acepta cada vez más como un indicador del nivel de vida de la población, de su grado de desarrollo socioeconómico y de la influencia de algunos factores culturales y ambientales sobre la salud y la disponibilidad, calidad y eficiencia de la estructura de los servicios de salud.

Entre 1970 y comienzos del decenio de 1980 la mortalidad de 1 a 4 años continuó el descenso sostenido en la mayor parte de los países de la Región. Este descenso de la mortalidad en la mayoría de los países se debe principalmente a reducciones en las muertes por enfermedades respiratorias y diarreicas.

En el análisis de un grupo de países con altas tasas de mortalidad como se ve en el Cuadro 2 que sigue, existe un predominio evidente de las enfermedades transmisibles y es característica la enteritis como primera causa de mortalidad en todos los países. Las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles como neumonía y enteritis muestran diferencias notables entre los grupos de países con altas tasas de mortalidad y aquellos con tasas bajas. En el caso de enteritis, por ejemplo, en el primer grupo las tasas oscilan entre 33,8 y 370,2 defunciones por 100.000 mientras que en el grupo de países con tasas bajas se mantienen por debajo de 20.

El mayor progreso que se podría lograr en el próximo decenio, especialmente en los países con tasas más altas, sería una continuación de la reducción de la mortalidad por infecciones respiratorias y por diarreas y, en menor escala, de la producida por accidentes. Respecto a las dos primeras causas se puede predecir que la tendencia a la reducción se mantendrá en los próximos años con repercusiones inmediatas en la estructura de la mortalidad del grupo de 1 a 4 años.

Puesto que las tasas representan promedios nacionales no revelan las variaciones geográficas y sociales que pueden existir en cada país; además, los certificados de defunción que se usan no dan cabida a información socioeconómica. Igualmente plantea serias limitaciones la dificultad de correlacionar los datos de mortalidad con indicadores de desarrollo económico y social, y de disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud, agua y saneamiento. Estos inconvenientes señalan la necesidad de realizar investigaciones específicas con el propósito de identificar los grupos de población de más alto riesgo y las variables sociales, económicas y culturales-incluida la accesibilidad a los servicios de salud-que condicionan la enfermedad y la muerte en los niños de 1 a 4 años.

#### Agua y saneamiento ambiental

Entre los factores que han aportado al descenso de la mortalidad infantil, no debemos olvidar el acceso y disponibilidad de fuentes de agua y

Cuadro 2

Cinco Principales Causas de Defunción, con Tasas por 100.000 Habitantes en Niños de 1 a 4 Años de Edad. En algunos países con tasas altas de mortalidad en este grupo. Año más reciente

País (año)	No. de orden				
	1	2	3	4	5
Honduras (1981)	Infecciones intestinales debidas a organismos especificados y la mal definida (007-009) 106,3	Sarampión (055) 27,0	Influenza y neumonía (480-487) 26,7	Bronquitis, enfleasas y asma (490-493) 16,3	Tos ferina (033) 14,9
El Salvador (1982)	Infecciones intestinales debidas a organismos especificados y la mal definida (007-009) 78,3	Bronquitis, enfleasas y asma (490-493) 24,1	Accidentes (E800-E949, E980-E989) 17,0	Sarampión (055) 16,7	Influenza y neumonía (480-487) 15,5
Guatemala (1981)	Infecciones intestinales debidas a organismos especificados y la mal definida (007-009) 370,2	Influenza y neumonía (480-487) 223,5	Sarampión (055) 122,2	Deficiencias de la nutrición (260-269) 60,0	Tos ferina (033) 46,7
República Dominicana (1981)	Infecciones intestinales debidas a organismos especificados y la mal definida (007-009) 33,8	Deficiencias de la nutrición (260-269) 30,6	Influenza y neumonía (480-487) 22,9	Accidentes (E800-E949, E980-E989) 18,7	Enfermedades del corazón (390-429) Anemias (280-285) 7,6
Paraguay* (1984)	Infecciones intestinales debidas a organismos especificados y la mal definida (007-009) 104,4	Influenza y neumonía (480-487) 57,0	Deficiencias de la nutrición (260-269) 25,9	Accidentes (E800-E949, E980-E989) 24,8	Sarampión (055) 8,9

\* Area de información.

los servicios de saneamiento básico. De acuerdo a la OMS, cerca del 80% de todas las enfermedades que ocurren en los países en desarrollo están relacionadas con abastecimiento de agua insalubre y saneamiento inadecuado.

La situación, sin embargo, aún deja que desear, según se aprecia en el Cuadro 3.

A juzgar por los datos, es evidente que en América Latina y el Caribe durante los primeros años de la década de 1980, 11 o 55% de los 20 países listados proveían agua potable a más del 50% de sus habitantes. En el Caribe de habla inglesa, vemos que el abastecimiento de agua potable abarca a más del 70% de la población. Se debe recordar, sin embargo, que la situación de los servicios de abastecimiento de agua en América latina varía radicalmente entre las zonas urbanas y rurales. De acuerdo a estimaciones de OPS, se ha calculado que alrededor de 1979 sólo 170 millones de habitantes de zonas urbanas y tan sólo 37 millones de residentes en el medio rural habían recibido esos servicios satisfactoriamente. En relación a las instalaciones sanitarias, la OPS ha calculado que alrededor de 1979 sólo 86 millones de residentes en zonas urbanas y poco más de 3 millones de habitantes rurales contaban con servicios de alcantarillado.

#### Enfermedades prevenibles por inmunización

Las enfermedades prevenibles con vacunación siguen constituyendo una de las principales prioridades sanitarias de la Región. No obstante, pese a los grandes logros alcanzados, la poliomielitis, el sarampión, la difteria, la tos ferina y el tétanos seguían siendo causas de morbilidad y mortalidad en el período de 1981 a 1984. La cobertura de la inmunización, después de que la OPS inauguró el programa del PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) en 1977, aumentó de 30% en 1977 a 60% en 1985 (8).

#### Situación nutricional y alimentaria

Resulta difícil definir, aun con el mínimo rigor, la situación alimentaria y nutricional en las Américas durante el período 1981-1984. En



Cuadro 3

Indicadores de Salud Ambiental

	<u>% de la población con servicios de agua potable</u>		<u>% de la población con servicio de alcantarillado y desagüe</u>	
	<u>Año</u>	<u>Índice</u>	<u>Año</u>	<u>Índice</u>
<b>Area: Andina</b>				
Bolivia	1980	36.0	1980	18.0
Colombia	1983	64.6	1983	47.7
Chile	1985	99.0	1985	80.0
Ecuador	1983	38.2	1983	42.9
Perú	1983	49.0	1983	36.0
Venezuela	1982	90.3	1982	78.2
<b>Area: Atlántica</b>				
Argentina	1980	69.0	1980	79.2
Brasil	1983	80.5	1983	33.5
Paraguay	1983	25.0	1983	87.8
Uruguay	1981	75.0	1981	40.0
<b>Area: Centroamérica</b>				
Belize	-	-	-	-
Costa Rica	1983	87.5	1981	91.4
El Salvador	1982	53.2	1982	49.3
Guatemala	1982	49.8	1982	33.6
Honduras	1980	55.0	1980	15.0
Nicaragua	1981	42.2	1981	21.9
Panamá	1980	100.0	1980	33.0
<b>Area: México y el Caribe</b>				
Cuba	1982	61.2	1982	31.0
Haití	1984	32.0	1984	19.0
México	1980	71.0	1980	50.7
Rep. Dominicana	1983	65.0	1983	27.5
<b>Area: Caribe (otros países y territorios)</b>				
Antigua	1983	95.0	1983	100.0
Bahamas	-	-	-	-
Barbados	1983	100.0	1983	90.0
Dominica	1983	77.0	1980	86.0
Grenada	1983	85.0	-	-
Guyana	1984	98.0	-	-
Jamaica	1984	90.0	1977	94.5
San Vicente	1981	75.0	1981	88.0
Sta. Lucía	1985	100.0	1985	100.0
Suriname	1983	95.0	1983	80.0
Trinidad y Tobago	1984	95.0	1984	100.0

Fuente: World Bank, World Development Report, 1985, y OPS/OMS, Informe Anual del Director 1984, 1985.

gran parte esto se debe a que, con raras excepciones, los países de la Región carecen de sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional que permitan el estudio sistemático de indicadores confiables de la situación alimentaria y nutricional de sus distintos grupos de población.

El mantenimiento de un adecuado estado de nutrición en la población requiere que se disponga de alimentos en cantidad suficiente como para cubrir las necesidades nutricionales; que los alimentos se distribuyan de forma equitativa en los distintos grupos sociales; que se consuman en cantidad y calidad apropiadas, y que se garantice un adecuado aprovechamiento de los nutrientes. Pero diversos factores interfieren en esta secuencia e impiden el alcanzar y mantener ese estado nutricional, incluyendo el impacto de las infecciones parasitarias que limitan el aprovechamiento de los nutrientes. La pobreza y la inadecuada utilización de los escasos recursos alimentarios y de los servicios de salud, educación y desarrollo agrícola y económico perpetúan los problemas.

No cabe duda de que la subalimentación crónica de las poblaciones es uno de los más serios problemas que enfrentan los países en desarrollo, y que la desnutrición concomitante representa uno de los mayores obstáculos para elevar los niveles de salud y bienestar de las comunidades en general y de los infantes y niños en particular.

La Región ha enfrentado por muchos años una serie de problemas nutricionales y alimentarios derivados en gran parte de las condiciones sociales y económicas caracterizadas por una falta de equidad en la distribución de la riqueza, de los medios de producción y de los servicios, más que por deficiencias primarias en la producción y disponibilidad de alimentos. A principios del decenio de 1970, la situación alimentaria y nutricional de América Latina y del Caribe se caracterizó por una evidente desigualdad entre estratos socioeconómicos en la disponibilidad y el consumo de alimentos básicos, y por la persistencia de condiciones ambientales y de salud que afectaban en forma negativa la utilización de los alimentos consumidos, particularmente entre los grupos de bajos ingresos. Según el

INCAP (Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá) la desnutrición puede ser considerada como un indicador más del grado que ha alcanzado la pobreza en la Región.

El Cuadro 4 presenta información sobre el porcentaje de niños nacidos con bajo peso ( 2.500 gr.) en diferentes países latinoamericanos. Este indicador, se ha argumentado, es de gran utilidad debido a su importancia pronóstica en términos de desarrollo postnatal, morbilidad y mortalidad de los recién nacidos y de los niños menores de 5 años. Además, este indicador refleja el estado nutricional y de salud de la madre, ya que en varios estudios se ha demostrado que existe una relación directa entre la falta de peso en los niños recién nacidos y la presencia de deficiencias dietéticas tales como una baja ingesta calórica y proteínica de Vitamina A, hierro y yodo en las madres, especialmente entre las mujeres de ingresos bajos en los países en desarrollo. De esta manera, se reconoce en general que el bajo peso al nacer está relacionado con una injusta distribución del ingreso y especialmente con las deficientes ingestas de nutrición durante el embarazo.

El porcentaje de niños nacidos con bajo peso ( 2,500 gramos) en la Región osciló entre 17.0% en Haití y 3.4% en Colombia. Teniendo en cuenta, de acuerdo a normas de la OMS, que el estado nutricional de los niños es satisfactorio cuando por lo menos el 90% de los recién nacidos tienen un peso al nacer de 2,500 gramos como mínimo, cifras menores a esta proporción se observaron en Bolivia, Guatemala, Nicaragua y México; y en el Caribe, en Dominica, San Vicente y Suriname. Información puntual, en términos absolutos, sobre los países centroamericanos, por ejemplo, permite apreciar la verdadera magnitud que ha adquirido el problema de la desnutrición en América Central. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha estimado que de aproximadamente 850,000 niños que nacen cada año en Centroamérica, más de 100,000 tendrán bajo peso al nacer y 100,000 habrán fallecido antes de cumplir los cinco años. Cerca de dos tercios de los que sobrevivan, se ha calculado además, padecerán algún grado de desnutrición y, como resultado, alrededor del 10 por 100 sufrirá problemas de desarrollo físico y mental (9).

Cuadro 4

Porcentaje de Niños Nacidos con Bajo Peso ( 2,500 gramos)  
en América Latina y el Caribe

	<u>Año</u>	<u>%</u>
<b><u>Area: Andina</u></b>		
Bolivia	1981	10.0
Colombia	1977-81	3.4
Chile	1983	6.8
Perú	1982	9.0
Venezuela	1983	9.1
<b><u>Area: Atlántica</u></b>		
Paraguay	1981	6.5
Uruguay	1977	8.3
<b><u>Area: Centroamérica</u></b>		
Costa Rica	1983	9.6
El Salvador	1982	8.7
Guatemala	1980	10.0
Honduras	1981	9.2
Nicaragua	1984	15.0
Panamá	1982	8.2
<b><u>Area: México y el Caribe</u></b>		
Cuba	1983	8.5
Haití	1983	17.0
México	1978	15.0
<b><u>Area: Caribe (otros países y territorios)</u></b>		
Antigua	1982	8.2
Dominica	1983	10.5
San Vicente	1982	10.0
Santa Lucía	1984	9.7
Suriname	1980	13.0

Fuente: OPS/OMS, Informe Anual del Director 1984, 1985.

---

A comienzos del decenio de 1980 y tal como se evidencia en el Cuadro 5, no se percibieron variaciones notables, según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), en 1981-1982 en los países de América del Norte, la Argentina, Trinidad y Tobago y Barbados la disponibilidad diaria era de más de 3.000 calorías per cápita; en 16 de los 40 países de los cuales se tiene información, dicha disponibilidad osciló entre 2.500 y 3.000 calorías, y en 18 países se ubicó entre 2.000 y 2.500; únicamente en Haití descendió por debajo de 2.000 calorías. La disponibilidad diaria per cápita de proteína era especialmente alta en América del Norte, la Argentina, Barbados, Bermuda, Guayana Francesa, Guadalupe, Martinica, Antillas Neerlandesas y el Uruguay, mientras que en seis países era inferior a 55 g; la República Dominicana alcanzó solamente 46,4 y Haití 45,2 g. Lamentablemente, las cifras de disponibilidad de calorías y proteínas per cápita no permiten cuantificar la verdadera magnitud del problema alimentario en cada país, pues corresponden a promedios nacionales y ocultan las grandes desigualdades que existen en disponibilidad y consumo de alimentos entre los diferentes grupos socioeconómicos.

Con respecto a los niveles de consumo, aún cuando los grupos de menor ingreso gastan una mayor proporción en alimentos, con frecuencia sus ingestas de nutrientes no alcanzan un nivel aceptable. El nivel inferior de ingresos consume, en promedio, cantidades aparentemente insuficientes para cubrir sus necesidades biológicas y sociales dentro del concepto amplio de salud.

#### Salud del adulto

A medida que envejecen las poblaciones de los países de las Américas, se diversifican cada vez más los problemas de salud que afrontan y los servicios medicoasistenciales que necesitan. Independientemente de la naturaleza de los problemas de salud, es evidente que la atención de salud de la población adulta exigirá una proporción cada vez mayor de los recursos que los países destinan a ese fin. Entre los principales problemas de importancia para la salud pública y particular, se destacan las enfermedades

Cuadro 5

Disponibilidad Per Cápita de Calorías y Proteínas en 1975-1977 y en 1981-1982, e Índice de Producción de Alimentos (IPS), 1980-1982

País	1975-1977		1981-1982		IPA per cápita en 1980-1982 (1969-1971=100)
	Calorías	Proteínas (g)	Calorías	Proteínas (g)	
Antigua	2.036	56,3	2.065	55,8	...
Antillas Neerlandesas	...	...	2.724	86,2	...
Argentina	3.358	110,2	3.369	112,8	122
Bahamas	2.293	62,5	2.489	70,4	...
Barbados	3.047	79,6	3.104	89,6	...
Bermuda	2.737	96,7	2.799 <sup>a</sup>	102,7 <sup>a</sup>	...
Belice	2.510	64,3	2.713	67,7	...
Bolivia	2.049	53,4	2.125	56,3	100
Brasil	2.521	60,9	2.585	61,7	133
Canadá	3.345	101,9	3.340 <sup>a</sup>	98,2 <sup>a</sup>	119
Colombia	2.246	48,6	2.563	57,1	124
Costa Rica	2.487	58,1	2.637	61,8	100
Cuba	2.630	67,7	2.961	78,1	113
Chile	2.644	70,3	2.705	74,9	98
Dominica	2.093	51,9	2.217	58,8	...
Ecuador	2.111	50,1	2.089	48,9	101
El Salvador	2.071	54,4	2.094	53,7	97
Estados Unidos	3.539	106,2	3.641 <sup>a</sup>	105,6 <sup>a</sup>	119
Guayana Francesa	2.481	69,4	2.871	95,0	...
Grenada	2.099	62,6	2.217	63,8	...
Guadalupe	2.584	78,7	2.557	84,4	...
Guatemala	2.023	53,7	2.099	56,6	114
Guyana	2.431	59,2	2.344	54,5	...
Haití	2.041	49,1	1.905	45,2	85
Honduras	2.084	51,5	2.171	55,6	79
Jamaica	2.662	70,1	2.517	62,8	90
Martinica	2.623	78,0	2.725	82,9	...
México	2.668	66,1	2.952	76,7	104
Nicaragua	2.452	70,1	2.260	56,6	77
Panamá	2.346	57,8	2.441	66,8	103
Paraguay	2.808	80,1	2.823	79,2	111
Perú	2.284	58,5	2.141	58,3	87
República Dominicana	2.109	43,0	2.154	46,4	104
San Cristóbal y Nieves	2.166	55,0	2.239	67,9	...
Santa Lucía	2.201	56,0	2.426	64,1	...
San Vicente	2.281	49,3	2.388	55,3	...
Suriname	2.284	50,8	2.480	61,8	...
Trinidad y Tabago	2.686	70,0	3.073	81,7	62
Uruguay	2.927	87,5	2.788	84,1	109
Venezuela	2.436	64,9	2.562	70,2	95

Fuentes: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Food Balance Sheets (1975-1977, Average), Roma, 1980; Food Balance Sheets, Tabulados preliminares (1981, 1982), Roma, 1985. Banco Mundial. World Development Report, 1984. Oxford University Press, 1984.

<sup>a</sup> Promedio 1979-1981.

cardiovasculares, los tumores malignos, otras enfermedades crónicas degenerativas, la salud mental, la salud de los trabajadores, los problemas especiales de los discapacitados y la salud de los ancianos.

Los cambios demográficos que están ocurriendo en los países de la Región de las Américas -aumento de la esperanza de vida al nacer, migración a la ciudad, disminución de la natalidad y mortalidad general e infantil, así como los procesos de urbanización e industrialización- son, entre otros, factores responsables del creciente incremento de las enfermedades y riesgos que afectan a la población adulta. Estas condiciones, como conjunto, se caracterizan por ser generalmente crónicas, no transmitibles y en su causalidad intervienen múltiples factores biológicos y ambientales. Las tendencias en las causas de muerte en los países revelan los cambios de perfiles epidemiológicos.

Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de defunción en 31 países de la Región (10). Los tumores malignos ocupan el segundo lugar como causa de defunción en el Caribe, América del Sur Templada, Cuba, Colombia y Costa Rica. Los accidentes figuran dentro de las primeras cinco causas de defunción en todos los países y la diabetes mellitus aparece también dentro de las primeras causas en varios países.

Varias de las principales causas de defunción en los países están estrechamente relacionadas con aspectos socioculturales complejos que determinan la presencia de factores de riesgo en la población. Por ejemplo, el consumo excesivo de alcohol y drogas, el hábito de fumar, la obesidad y las tensiones emocionales son factores que tienen conexión con las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes de vehículos de motor y con otras violencias.

Si bien se reconoce que los procesos de industrialización en los países contribuyen al mejoramiento del nivel de vida y al aumento de la longevidad, también es cierto que causan daños a la salud en algunos aspectos. Los cambios que se operan al pasar de sociedades tradicionales o agrícolas a

sociedades urbanas y suburbanas agresivas han sido reconocidos por los investigadores como responsables de patrones de enfermedad cada vez más frecuentes en países en vías de desarrollo.

### Salud del adolescente y el joven

En los últimos decenios la población de adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas ha experimentado un aumento considerable en relación con otros grupos de edad, tanto en números absolutos como en proporción. En América Latina y el Caribe, la proporción del grupo de 15 a 24 años supera el 20% de la población total y ha llegado a ser una de las más elevadas del mundo, comparable solo con la correspondiente al sur de Asia.

En 1960 el número total de jóvenes en América Latina y el Caribe ascendía a 38,5 millones y en 1980 a 73 millones, de modo que en 20 años casi se había duplicado. Las proyecciones de las Naciones Unidas estiman que hacia el año 2000 habrá alrededor de 107 millones de jóvenes en la Región, virtualmente tres veces más que en 1960. Entre 1960 y 1980, la proporción de jóvenes aumentó en relación con el total de la población, del 17,9 al 20,2%. Las variaciones en las tendencias demográficas permiten esperar que para el año 2000 esta proporción se reduzca levemente, pero manteniéndose siempre en una cifra cercana al 20% (11).

Este fenómeno de crecimiento relativo de la población juvenil se asocia a un alto ritmo de urbanización, más pronunciado aún que el observado en la población general. En la mayoría de los países de la Región existe un intenso proceso de migración interna de los jóvenes desde las zonas rurales a las urbanas. Se supone que esas tendencias se acentuarán en el futuro y que la concentración urbana convergirá preferentemente en las grandes metrópolis, cuyos cinturones marginales representan áreas de riesgo para contraer enfermedades y adquirir comportamientos negativos por parte de jóvenes y adolescentes.



Al examinar las cinco primeras causas de defunción en jóvenes de 15 a 24 años presentados en el Cuadro 6, es evidente que los accidentes y la violencia tienen una enorme importancia para la mortalidad en ambos sexos; en las mujeres se suman además las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. En vista de ello, es conveniente analizar, brevemente, las tendencias de la mortalidad por estas causas en años recientes.

Los accidentes como causa de muerte ocupan el primer lugar entre los niños mayores, adolescentes y jóvenes. En algunos países los accidentes ocasionan más del 50% de las defunciones en esos grupos.

#### Salud de las personas de edad avanzada

De acuerdo con las estimaciones y proyecciones para todas las edades para la población de 60 años y más en América Latina y el Caribe en 1980 había 361,4 millones de habitantes con un componente de envejecimiento, es decir, personas de 60 años y más, de 23,4 millones (6,5%). Para el 2000 se estima que alcance los 546,4 millones de habitantes, lo cual representa un aumento en relación a 1980 de 185,0 millones de habitantes. Para ese mismo año se estima que el grupo de personas de 60 años y más alcance los 41,9 millones y, en consecuencia, su proporción con respecto a la población general pase al 7,7% (12).

Los datos estimados en el período antes mencionado permiten afirmar que en la evolución de la población de América Latina y el Caribe se observa: a) una tendencia al incremento franco de la población general, y b) un crecimiento sostenido de la población de 60 años y más, proporcionalmente mayor al del resto de la población. El examen de estas cifras nos indica que la población de América Latina y el Caribe ha entrado en los últimos años en un proceso de envejecimiento.

Para estimar la magnitud de la carga económica a que sería sometida la población productiva en los países de América Latina y del Caribe si se cumpliesen las proyecciones demográficas, se usan las razones de dependencia

Cuadro 6

Número de Defunciones en la Población de 15 a 24 Años y Tasas de Mortalidad por 100.000 Habitantes, Según grupos de causas, por sexo y país, alrededor de 1983

País (año)	Sexo	Todas las causas		Tasa según grupo de causas <sup>a</sup>				
		Número	Tasa	Tumores malignos	Enfermedades del corazón	Causas maternas	Accidentes	Suicidio
Argentina (1981)	M	2.998	155,0	10,0	9,5	-	55,4	7,0
	F	1.794	95,7	7,0	8,1	5,6	13,7	4,3
Costa Rica (1983)	M	263	95,3	11,6	4,7	-	38,0	10,5
	F	96	35,7	7,8	1,5	0,4	5,9	3,7
Cuba (1983)	M	1.184	119,0	8,4	4,0	-	...	...
	F	956	100,5	5,3	4,1	3,4	...	...
Chile (1983)	M	1.692	140,6	9,3	3,7	-	81,2	11,1
	F	623	52,8	6,0	2,5	2,5	16,1	3,2
Ecuador (1980)	M	1.840	213,4	7,3	8,1	-	96,2	8,6
	F	1.167	150,0	4,6	10,3	17,5	20,6	8,0
Estados Unidos (1983)	M	28.847	140,2	6,6	3,2	-	76,5	19,3
	F	10.235	50,7	4,7	2,0	0,6	22,4	4,3
Guatemala (1981)	M	4.262	590,3	5,1	9,1	-	194,6	1,1
	F	1.636	235,1	3,3	7,3	13,5	36,1	0,3
México (1982)	M	17.944	240,1	6,4	7,5	-	134,3	3,9
	F	6.906	94,8	5,5	7,7	9,5	24,2	1,6
Panamá (1984)	M	260	115,2	8,0	4,9	-	67,4	2,7
	F	120	54,4	4,5	2,7	3,2	14,5	0,9
Paraguay <sup>b</sup> (1984)	M	279	121,8	4,8	2,2	-	50,2	4,8
	F	218	93,2	4,3	6,4	21,8	9,4	2,1
Perú (1982)	M	2.118	113,5	3,9	3,8	-	...	...
	F	1.604	88,4	5,3	4,3	7,6	...	...
Trinidad y Tabago (1979)	M	177	144,6	6,5	5,7	-	70,3	9,8
	F	87	73,5	5,1	4,2	4,2	23,6	5,1
Uruguay (1984)	M	243	99,1	6,1	4,5	-	49,8	7,7
	F	118	49,5	3,8	3,8	2,9	8,4	2,9
Venezuela (1981)	M	3.571	217,9	7,6	4,1	-	127,3	9,0
	F	1.250	78,9	5,2	3,5	5,4	23,9	3,9

<sup>a</sup> Incluye los siguientes códigos de la CIE-9: tumores malignos, 140-208; enfermedades del corazón, 390-429; causas de mortalidad materna, 630-676; accidentes, E800-E949, E980-E989; suicidio, E950-E959.

<sup>b</sup> Area de información.

(total, juvenil y anciana). La razón de dependencia total (es decir, el número de personas de 0 a 14 años y de 60 años y más sobre la población en edad productiva de 15 a 59 años) declinará en casi todos los países de la Región entre 1980, el 2000 y 2025; sin embargo, esto dependerá casi exclusivamente del descenso de la razón de dependencia juvenil (es decir, la de personas de 0 a 14 años sobre la población de 15 a 59), asociada con una fecundidad también en descenso.

En contraste, la razón de dependencia anciana se incrementará en todos los países, excepto Haití y Suriname. Estos aumentos en el número de ancianos en relación con el número de personas de 15 a 59 años implicarán una significativa carga financiera sobre la fuerza de trabajo.

El envejecimiento de la población tiene una particular significación para el sector salud. Los ancianos en general presentan más problemas de salud que los miembros más jóvenes de la sociedad y en consecuencia utilizan más los servicios de salud e incurrir en mayores gastos.

## 1.2 Infraestructura de salud

Para hacer más efectiva y equitativa la entrega de servicios a la comunidad y para atender los problemas de morbilidad y mortalidad, la mayor parte de los países de la Región propusieron su organización y funcionamiento en niveles de atención. A pesar de que se han logrado algunos avances hay aún grandes problemas en lo que se refiere a la aceptación del concepto de atención primaria de salud, lo que ha determinado que en gran medida los programas de salud sigan lineamientos tradicionales que limitan el desarrollo de las formas más equitativas y eficaces de prestación de servicios (13).

En lo que respecta a establecimientos hospitalarios, en 1983 se notificaron en la Región 22.493, de los cuales 10.103 (44,9%) eran públicos y 12.390 (55,1%) privados. Si se sustrae el efecto que tenía Brasil y Estados Unidos en el promedio, el 54% de los hospitales y aproximadamente el 81% de las camas hospitalarias son propiedad del sector público en la Región.

El índice general de camas por 1.000 habitantes es de 2,8 para América Latina, 3,2 para el Caribe y 5,9 para América del Norte (14).

El índice por país en la subregión del Caribe de habla inglesa muestra una alta relación de camas-población, con varios países con índices superiores a 4,0, tal son los casos de Barbados con 8,0, Dominica con 7,1 y Suriname, San Cristobal y Nieves, Montserrat, Bermuda y Anguila con 5 y más. El índice de camas del Caribe de habla hispana está influido por Cuba, que presenta una tasa de 6,1, mientras que la de Haití es de 0,8. La observación detenida del índice de camas en relación con las subregiones y con los países parece coincidir con el grado y el estilo de desarrollo de los mismos, sobre todo en lo referente al desarrollo social.

El índice de camas en general ha disminuido en toda la Región exceptuando tres países, cuando se comparan los índices actuales con los del período 1970-1972. En la mayor parte de los casos se debe a una desproporción del crecimiento poblacional en relación a la capacidad de crecimiento de la infraestructura física hospitalaria y en otros, como en América del Norte y algunos países del Caribe, a la mejoría de las condiciones de salud o a cambios en la estructura de atención.

Los países de la Región constituyen un mosaico heterogéneo en que los sistemas de salud han logrado progresos muy diferentes. Los servicios de laboratorio han seguido un curso paralelo, convirtiéndose así en un indicador muy sensible de la ejecución de los programas nacionales de salud. Aunque las enfermedades infecciosas continúan teniendo una prevalencia elevada en la mayor parte de los países, el escenario de la patología regional ha sufrido un cambio espectacular con la aparición de entidades que, en el pasado, caracterizaban a los países industrializados. Al presentarse, de manera concomitante, cuadros de enfermedades infecciosas y enfermedades no transmisibles, los servicios de laboratorio, que deberían tener una mayor capacidad para un desempeño adecuado de sus funciones, resultan insuficientes.

En los países donde predominan las enfermedades infecciosas hay programas verticales de control de estas enfermedades que disponen de servicios propios de laboratorio. Eso conduce a una duplicación de servicios, escasa eficiencia y elevado costo. La carencia de buenos procedimientos administrativos favorece la atomización de los servicios; esto a su vez va acompañado de sistemas de suministro de reactivos inadecuados, equipos obsoletos e inactivos, programas insuficientes para la garantía de la calidad de las pruebas realizadas, difícil supervisión y, en general, una escasez de información que impide el uso racional de los escasos recursos asignados a los laboratorios. La falta de calidad de las pruebas crean en el usuario del laboratorio (clínicos, epidemiólogos) desconfianza en los datos y uso deficiente de los servicios. La situación se observa con mayor frecuencia en los niveles primario y secundario y genera una demanda desproporcionada en el nivel terciario de atención.

En cambio, en los laboratorios de los centros urbanos avanzados las circunstancias difieren considerablemente. El enorme desarrollo tecnológico que se produjo en los dos últimos decenios en el campo del laboratorio ha llevado a la adquisición de instrumentos avanzados que, en muchos casos, no se utilizan. La disponibilidad de una tecnología de alta productividad asocia la atención de salud con la demanda de un número creciente de procedimientos de laboratorio. Así se sobrecarga a los laboratorios y se genera una información que es irrelevante o, en el peor de los casos, carece de validez. Lamentablemente, el uso poco prudente del laboratorio clínico ha contribuido a elevar el costo de la atención médica que llegó a representar una proporción considerable de los gastos de atención de salud en que incurren buena parte de los países de la Región.

En los sectores público y privado continúan subiendo los gastos en medicamentos, si bien una gran parte del total de más de \$5.100 millones en productos farmacéuticos comercializados en 1983 en América Latina y el Caribe no refleja las necesidades reales de salud de la Región (15). Otro problema grave es el de la disparidad entre el suministro frecuentemente inadecuado y costos de los medicamentos que se necesitan para la extensión de la cobertura de salud en el sector público y la fácil disponibilidad de productos

farmacéuticos para el sector privado de la población urbana que dispone de medios económicos y de acceso a la atención médica. En consecuencia, existe la necesidad de que se instituyan políticas nacionales en materia de medicamentos con vistas a racionalizar la selección, adquisición, distribución y utilización de medicamentos con el fin de garantizar su disponibilidad a un costo razonable. En la actualidad las políticas vigentes se orientan principalmente hacia los aspectos industriales y comerciales; a veces se observa la coexistencia de políticas contradictorias en materia de medicamentos, aplicadas por diferentes sectores del Estado.

La calidad de los medicamentos disponibles en la Región es también un problema importante. Los organismos nacionales de fiscalización de la calidad de los medicamentos carecen del personal necesario para evaluar adecuadamente los productos farmacéuticos cuyo registro se les solicita, desempeñar sus funciones de inspección o someter a pruebas el volumen de medicamentos que se deben examinar. El personal frecuentemente carece de adiestramiento adecuado y los establecimientos de capacitación e instalaciones físicas y equipos no son apropiados o están obsoletos. En un estudio en colaboración patrocinado por la OEA se documentaron las características de disolución impropias de muchos productos comercializados en América Latina; dicho estudio dio un impulso muy necesario al mejoramiento de los procedimientos de formulación de muchas empresas farmacéuticas. Las autoridades y profesionales de la salud a los cuales competen respectivamente la fiscalización y el empleo de nuevos medicamentos no tienen a su alcance informaciones objetivas y actualizadas sobre su seguridad y eficacia. Además debe señalarse que los países de América Latina y del Caribe no han instituido todavía sistemas eficaces para la detección y notificación de las reacciones adversas causadas por los medicamentos.

Las tendencias demográficas y de salud en América Latina y el Caribe son muy significativas para la industria farmacéutica. En primer lugar, el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, que han tenido efectos tan perjudiciales en los países en desarrollo, en especial en los niños, seguirá siendo objeto de alta prioridad en la mayoría de los programas de salud pública. Aunque la introducción de mejoras en las condiciones

ambientales y nutricionales suelen ser la mejor estrategia a largo plazo que puede seguir un país, también necesitará un buen número de medicamentos y vacunas esenciales para mantener bajas las tasas de mortalidad. Se ejercerán presiones crecientes para asegurar la disponibilidad y reducir los costos de esos medicamentos, mediante planes centralizados de adquisición y de producción local. Por otra parte, la distribución cambiante de edad de la población en América Latina y el Caribe significa que se necesitarán medicamentos más nuevos y también en mayores cantidades, y el perfil de enfermedades en la Región llegará a asemejarse al típico de las sociedades industriales avanzadas. Las enfermedades crónicas asociadas con la industrialización, urbanización y vejez -cáncer, enfermedades del corazón y los pulmones, hipertensión y varias formas de trastornos mentales- ya están haciéndose más comunes en la Región. El acceso a los nuevos medicamentos para combatir esos malestares crónicos requiere que haya una relación estrecha con las empresas más innovadoras en la industria farmacéutica.

### 1.3 Utilización de los servicios de salud

La utilización de los servicios de salud está vinculada a diversos factores como la oferta, la accesibilidad y el rendimiento de los servicios; las pautas culturales y la percepción de enfermedad desde el punto de vista de los receptores.

El rango de consultas por habitante varía bastante. Cinco países informaron tres o más consultas anuales por habitante y seis países informaron menos que una consulta anual por persona. Cabe también señalar que de acuerdo al Cuadro 7, en un porcentaje importante de países no se ha logrado aún la meta del Plan Decenal de Salud de las Américas, que sugirió una meta de dos consultas médicas por habitante para 1970 (16).

La información disponible permite llegar a la conclusión de que existen diferencias marcadas entre países y dentro de cada país, cuando se consideran los distintos grupos sociales o áreas geográficas, en cuanto a la utilización de los servicios de salud. Además, para algunos de los países las tasas de utilización observadas en años recientes han dejado de aumentar y hasta

Cuadro 7

Atenciones de Salud (Consultas) por Habitante por Año

	<u>Año</u>	<u>Índice</u>
<u>Area: Andina</u>		
Bolivia	-	-
Colombia	1983	9.5
Chile	1983	1.3
Ecuador	1983	0.8
Perú	1982	0.6
Venezuela	1981	1.8
<u>Area: Atlántica</u>		
Argentina	1980	6.2*
Brasil	1980	1.5**
Paraguay	1982	0.7
Uruguay	1981	3.5
<u>Area: Centroamérica</u>		
Belize	1983	1.9
Costa Rica	1982	2.6
El Salvador	1984	1.1
Guatemala	1982	0.4
Honduras	1983	1.0
Nicaragua	1983	2.1
Panamá	1983	1.5
<u>Area: México y el Caribe</u>		
Cuba	1983	5.2
Haití	1983	0.2
México	1982	1.4
Rep. Dominicana	1983	0.9
<u>Area: Caribe (otros países y territorios)</u>		
Bahamas	1983	7.9
Jamaica	1983	1.6

\* Buenos Aires

\*\* (INAMPS)

Fuente: OPS/OMS, Informe Anual del Director 1984, 1985.

---



decrecieron. Al mismo tiempo, la productividad de los servicios existentes es usualmente baja, lo cual agrava el panorama de las diferencias en la disponibilidad de servicios interpaíses e intrapaíses.

En lo que se refiere a cobertura de salud, es muy difícil comparar índices globales ya que éstos son definidos de distinta forma en los diversos países. Sin embargo, algunos índices específicos como los de cobertura institucional de partos pueden ser muy útiles. Este índice, por ejemplo, varía entre un 19% en Guatemala y un 92% en Guyana (17).

#### 1.4 Recursos humanos

En el Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980, se señalaron una serie de metas cuantitativas de disponibilidad de recursos humanos, que debían ser alcanzadas por los países. Sin embargo, había muy pocas referencias con respecto a la relación entre recursos humanos y servicios y programas de salud. El hecho de no tomar en cuenta criterios de utilización de los recursos humanos produjo algunos problemas de desempleo o subempleo profesional, con un alto costo social para países con graves problemas económicos.

El período correspondiente a 1981-1984 presenta rasgos que lo diferencian de períodos anteriores en lo que se refiere al panorama del desarrollo de los recursos humanos en la Región. En la época presente existen evidencias que indican con claridad que la situación se ha invertido, pues se pasó a un exceso relativo de estos profesionales, que se manifiesta en crecientes problemas de desempleo y subempleo en las grandes áreas urbanas. Esta situación debe agudizarse en los próximos años si se considera el rápido y constante crecimiento del número de instituciones y de la matrícula en los sistemas de formación, así como la ausencia de políticas, estrategias, programas y planes de utilización de los recursos humanos.

Sin embargo, el panorama para las categorías no profesionales del personal de salud, sobre todo para el personal técnico medio y auxiliar, es muy distinto. Aún se experimentan déficit de estos recursos humanos, a pesar

del incremento de su formación en los últimos años. El personal técnico medio en salud varía en la Región en cuanto a tipo, nivel de formación, funciones que debe cumplir, posibilidades de desarrollo y metodologías y técnicas empleadas para su formación; esto dificulta la comprensión global de los problemas que se presentan en el proceso de su formación, desarrollo y utilización. En la mayor parte de los casos no existe una clara correspondencia entre el proceso de formación de personal y el de prestación de servicios. Tanto para esta categoría del personal como para el resto, en la mayoría de los países no se aplica el concepto de desarrollo de recursos humanos en su más amplia concepción, es decir, su planificación, formación y utilización.

Existen serias dificultades derivadas de la escasez y mala calidad de la información disponible en casi todos los países para poner en evidencia problemas relacionados con la estructura, distribución y utilización de la fuerza de trabajo en salud. Se han señalado muchas veces las limitaciones tanto de las cifras absolutas de personal como de las razones por 10.000 habitantes. La naturaleza misma de los datos, que se dan en promedios, oculta diferencias en el interior de los países; inclusive la ausencia de indicadores que reflejen las características esenciales de los mismos hace que la utilización de estos datos para fines de comparación sea de utilidad limitada y discutible.

A la vista de estas limitaciones es muy difícil el requisito del análisis de los recursos humanos en interrelación con los servicios. En esta área se debe impulsar el desarrollo urgente de sistemas de información apropiados para facilitar la comprensión y la dirección del proceso de desarrollo de recursos humanos.

Es pertinente resaltar que estas diferencias de disponibilidad de médicos no se dan solo entre grandes subregiones y áreas sino también en el interior de los países, entre zonas urbanas y rurales y entre grandes y pequeñas ciudades. Otra observación es que ya transcurrida la primera mitad del decenio de 1980 existen aún nueve países latinoamericanos (de 22) y 11 en

el Caribe (de 20) que no lograron alcanzar la meta de ocho médicos por 10.000 habitantes que planteaba el Plan Decenal de Salud para el decenio de 1970 (18). Estos son precisamente los países de menor desarrollo ubicados en el Area Andina, América Central y el Caribe. A nivel regional son seis los países (de 45) que han logrado alcanzar o superar el doble de dicha meta.

### 1.5 Reflexiones

La descripción anterior de las condiciones de salud de la Región permite visualizar las diferencias entre los distintos países en términos de los distintos niveles de desarrollo socioeconómico. Los promedios nacionales presentados son suficientes para identificar las causas de morbilidad y mortalidad de los grupos pobres en los países donde estos grupos representan la gran mayoría de la población. Sin embargo, en otros casos, los promedios nacionales esconden la situación de salud de esos grupos. Para conocer su situación es necesario un análisis más desagregado. La necesidad de este análisis es aún más evidente cuando se revisan las grandes disparidades que algunos estudios previos y otros actualmente en desarrollo nos presentan.

Por ejemplo, en el caso de Argentina, un estudio de 1986 muestra la varianza entre las cifras nacionales y su desagregación por provincias. "Para 1980, el porcentaje de defunciones de menores de 28 días reducibles por buen control del embarazo, que en el nivel nacional era de 2.3%, alcanzaba a 10.9% en Formosa; el correspondiente a reducibles por buena atención del parto, que en nivel nacional era de 12.4%, llegaba en Tucumán a 21.8 y el correspondiente a reducibles por diagnóstico y tratamiento precoces (25.9% en el agregado nacional) era de 40.5 en Neuquén, 39,4 en Misiones, 37.8 en Entre Ríos y 36.8% en Chaco (19).

En el caso de Perú, como lo muestra un análisis preliminar hecho en el marco del estudio de OPS/ILPES, llamado "La Dimensión de Salud y su Articulación Intersectorial", la desigualdad entre los indicadores de la expectativa de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil por regiones socioeconómicas es evidente. Así "la Expectativa de Vida al Nacer (EVN)

muestra una variación de 23.4 años entre el departamento de Lima (67.3 años) y el departamento de Huancavelica (43.9 años). La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) del departamento de Lima es de 57 por mil nacidos vivos, mientras que el mismo indicador alcanza a 275 por mil en Huancavelica (20).

En otro estudio desarrollado también bajo el marco del estudio OPS/ILPES, denominado Metropolitización y Aspectos Intersectoriales de la Salud en la Región Metropolitana de Sao Paulo (21), se cita que en 1981, el riesgo de morir de neumonía, asociado a las condiciones de vivienda y de nutrición, era 139% más alto en las áreas marginales que en la zona central de Sao Paulo y que el riesgo de morir de diarrea, relacionado con el acceso a saneamiento básico, era 98.7% más alto en los suburbios pobres que en el área central.

Es importante reconocer también que los más pobres no sólo están expuestos a enfermedades del subdesarrollo, sino también a las del desarrollo, como lo muestra un estudio bajo el mismo marco que el anterior, sobre el Problema Agrario y Salud en el Brasil Moderno (22). Según se registra en este estudio, 20% de las muertes entre los pobladores de la zona de la Rondonia, entre 1975-1980, era causada por accidentes del trabajo y por el hecho de que los trabajadores por sus condiciones alimentarias estaban predispuestos a fatigarse. El mismo estudio muestra la diferencia entre el índice de mortalidad infantil para Brasil como un todo, el que era 87.3 por mil en 1980, y el de el Nordeste que era de 130. Además se agrega que 91% de las familias en el Nordeste sufre de deficiencia energética.

## 2. La Crisis Económica, Ajuste e Impacto

Aunque el análisis profundo de las causas de la crisis, consecuencias e impacto en términos globales son el objeto de otros documentos de esta conferencia, no es posible referirse a un sector de la economía sin enmarcarlo en el contexto global.

En el mundo moderno en que vivimos, el avance en las comunicaciones y el desarrollo tecnológico han hecho disminuir las distancias y ayudado a comprender y visualizar las relaciones existentes entre acciones y decisiones de distintos actores del escenario nacional, regional y mundial.

Así entonces, para poder analizar la situación del sector salud en particular, debemos entender su inserción en la economía nacional y la de ésta en la regional y mundial.

Los eventos que están caracterizando hoy al mercado internacional llegarán a través de distintos canales, directos o indirectos a tener un impacto en el sector salud de un país determinado.

De aquí entonces la necesidad de que al hacer un análisis en el campo de la salud, tomar en cuenta la situación en que se encuentran insertas las economías latinoamericanas, dentro de las cuales el sector salud es el que nos preocupa particularmente, pero junto al resto de sectores económicos y sociales, que conforman el todo nacional.

El análisis de los últimos cinco años en la región de Latinoamérica nos presenta un cuadro poco alentador.

La vulnerabilidad de las economías Latinoamericanas frente a factores externos y a fluctuaciones del mercado internacional afecta también a las políticas internas de los países. Estas políticas deben ser diseñadas en función del logro de objetivos fundamentales, tales como disminución del desempleo y miseria y, a la vez, en la búsqueda de equilibrios fiscales,

monetarios y de Balanza de Pagos. El servicio de la deuda y la aplicación de políticas de ajuste deben tomar en cuenta las implicaciones económicas, sociales y políticas que conllevan.

## 2.1 Crisis, Ajuste y Costo Social

Frente a la crisis, los países de Latinoamérica tuvieron que ajustar sus economías a la nueva situación. Así entonces, se enfrentó la restricción externa con medidas de política fiscal y monetaria que se tradujeron en una disminución del producto interno bruto y de las importaciones, con el objeto de equilibrar la Balanza de Pagos.

Las reducciones en el crecimiento se tradujeron en un incremento de la desocupación, lo que dejó a porcentajes importantes de la población latinoamericana sin ingresos.

Las políticas de ajuste tuvieron un impacto muy negativo en el bienestar de las poblaciones, impacto que, en el caso de algunos países, fue aún mayor para los grupos más vulnerables.

Así la desocupación abierta urbana sube para América Latina de 6.5% en 1970 a 10.4% en 1983. Esto va acompañado además de una disminución en los salarios reales a partir de 1980 (23). Según PREALC, 60% de los países para los que hubo información sobre salarios industriales y de la construcción y 82% para los que se contó con salarios mínimos tenían, en 1983, niveles reales inferiores a 13 años antes (24).

Otro efecto importante de la crisis es el incremento del sector informal urbano, o sea, un aumento de la ocupación en actividades de baja productividad e ingresos.

El deterioro en el acceso al trabajo, a los ingresos y a la satisfacción de las necesidades básicas de la población generó situaciones de pobreza inaceptables y una situación de inestabilidad política en muchos

países de la región, llegando a situaciones de violencia debido a la falta de esperanza de las masas de solucionar sus problemas básicos.

La banca internacional que hizo préstamos a los países latinoamericanos en la época del "boom" está actualmente renegociando y recibiendo el pago de intereses por servicio de esa deuda. Los gobiernos latinoamericanos están pagando las consecuencias de malas inversiones, realizadas muchas veces por administraciones anteriores.

Las masas están sintiendo el impacto del servicio de la deuda que ha significado menos obras públicas, gran cantidad de quiebras, altos intereses al crédito nacional, limitación de importaciones y presión por exportaciones. Esto ha tenido un impacto en la distribución del ingreso y en los logros anteriormente alcanzados en algunos indicadores sociales.

Los países se encuentran en un círculo vicioso, debido a que deben usar un porcentaje muy grande de sus ahorros en el servicio de la deuda, su habilidad para invertir se haya disminuida y así también sus posibilidades de crecimiento y nuevos préstamos.

A través de toda América Latina, la situación es más o menos parecida, escasez, obras públicas deterioradas o a medio terminar, junto a una mayor demanda por mejores servicios de transporte, saneamiento, salud, educación, comunicaciones y energía.

Según CEPAL la inversión del gobierno central disminuyó entre 1980 y 1985 en porcentajes alarmantes en la Región. Así por ejemplo, Argentina experimentó una reducción del 85%, Bolivia 66%, Guatemala 57%, México, Panamá, Perú y Venezuela alrededor de 45%, El Salvador, Paraguay, Uruguay aproximadamente 35% (25).

La reducción en los gastos de gobierno en los sectores sociales ha tenido efectos regresivos importantes.

La inversión y las importaciones han sido los factores más afectados por el proceso de ajuste implantado en la Región para hacer frente al problema de endeudamiento.

Según el Informe Anual Sobre el Progreso Económico y Social del Banco Interamericano para 1986, el volumen de importaciones para la Región fue en 1985 un tercio más bajo que en 1980 y la inversión interna bruta real se situó alrededor de un 27% por debajo del nivel año (26).

El crecimiento económico estimado para la Región en el período 1980-1985 es de 3.9%, cifra atribuible casi exclusivamente al crecimiento del 8,3% de Brasil. Si se considera que la población creció en aproximadamente un 12.7% en ese mismo período, se puede concluir que el nivel de vida de los latinoamericanos ha descendido. El ingreso per cápita bajó de 1.933 a 1.782 dólares (27).

Hay pocas esperanzas para que América Latina salga de la crisis en que se encuentra desde 1981 sin reducir significativamente su transferencia de recursos al extranjero por servicio de la deuda.

## 2.2 Impacto de la Crisis en el Campo de la Salud

Como hemos visto en el capítulo anterior, la crisis económica ha tenido repercusiones graves para la población de América Latina, lo que se refleja en los diversos indicadores económicos y en las condiciones de vida que muestran un deterioro importante.

En el primer capítulo, se hizo referencia a las condiciones globales de salud en la Región y a algunos pronósticos sobre lo que se espera serán las condiciones de salud en el año 2000, de mantenerse sin cambio las tendencias actuales. Es importante señalar que muchas de estas tendencias no incluyen todavía los efectos que la crisis económica ha tenido sobre la situación durante los últimos años. La razón básica es que la crisis tiene consecuencias directas e indirectas sobre la salud, algunas de ellas no se han reflejado aún en los indicadores con que se cuenta actualmente. Parte del



problema se basa en el retraso en la recolección de información y parte en el período que debe transcurrir entre el cambio y su reflejo en el indicador.

Sin embargo, contamos, por diversas fuentes, con evidencia casuística de implicaciones graves sobre la situación de salud, especialmente en lo que se refiere a los grupos más vulnerables, los de más bajos ingresos y entre ellos los niños menores de 4 años. Por ejemplo, un estudio hecho en la ciudad de Sao Paulo mostró una epidemia de sarampión en 1984, después de una postergación de los esfuerzos de inmunización, el que fue responsable por un repentino aumento de la mortalidad infantil. Los investigadores también plantearon su preocupación de que el impacto de esta enfermedad fue mayor, debido a condiciones deterioradas de nutrición en la población infantil de grupos vulnerables de esta área metropolitana (28).

También hay evidencia de que en Costa Rica se ha duplicado la prevalencia de desnutrición severa entre 1981 y 1982 (29). En el caso de Bolivia, un estudio muestra cambios en las causas de mortalidad infantil entre 1973 y 1982, con un dramático incremento en las muertes por las enfermedades diarreicas y todas las enfermedades infantiles relacionadas con la desnutrición (30). Por último el informe de UNICEF sobre el Estado Mundial de la Infancia, 1986, concluye que "En América Latina, ... existen pruebas fragmentarias pero alarmantes de un aumento en la incidencia de la desnutrición y de la morbilidad, un incremento del número de casos de bajo peso al nacer, un aumento de las tasas de mortalidad de la primera y segunda infancia y del número de niños abandonados en las calles de las ciudades" (31).

Como se planteó anteriormente, los gobiernos enfrentados a la crisis han debido reducir los déficits del sector público, reduciendo los presupuestos para inversiones aún más que aquellos para cubrir gastos de operación. Esto tiene su justificación ya que se ha tratado de afectar, lo menos posible, al empleo y a los programas de subsidios con el fin de mitigar las consecuencias sociales negativas que ellos acarrearán.

Es así cómo, en actividades de poco valor para restablecer el equilibrio externo, como son los sectores sociales, tales como salud, educación, etc., no sólo se ha reducido el gasto en general sino que particularmente se han reducido las inversiones de capital.

En el Informe Anual del Banco Mundial hay una relación entre el nivel de ingreso per cápita y los indicadores de salud pública. "De 42 países con un índice de mortalidad infantil sobre 100, 26 tienen ingresos per cápita bajo EU\$400, 9 tiene ingresos per cápita entre EU\$400 a EU\$670, y solo unas pocas excepciones con ingresos per cápita más arriba de EU\$800 tienen un índice de mortalidad infantil sobre 100" (32).

Sin embargo hay excepciones extremadamente importantes, según lo demuestran los estudios de algunos países, cuyos niveles de salud son mucho mejor que la mayoría de los países con el mismo nivel de ingreso per cápita. En la región, Costa Rica puede ser un ejemplo importante y existen otros países fuera de la región latinoamericana, que también han logrado mejores indicadores de salud que lo que correspondería a su situación económica. El impacto en los indicadores dependerá además del tipo de recortes de recursos que se haga y de los programas que se considere prioritario mantener y/o fortalecer.

La salud no depende tan sólo de los ingresos corrientes, sino que también del capital acumulado tanto en infraestructura física (equipo, sistemas de agua y saneamiento) como en capital humano. Esto explica que en el corto plazo la crisis económica puede o no reflejarse inmediatamente en un deterioro de los indicadores.

La respuesta que los países han dado para enfrentar la crisis depende de la capacidad que tienen para aplicar políticas de ajuste manteniendo los niveles mínimos de bienestar, reduciendo el gasto público en salud menos que en otros sectores, manteniendo una combinación de gasto adecuada, concentrando el esfuerzo en programas tales como inmunización, salud infantil, nutrición, etc., instaurando programas redistributivos o de subsidio dándole simplemente mayor prioridad a la salud que a otras necesidades básicas.

El nivel de pobreza que afecta a la población de latinoamérica lleva implícita la incapacidad de ciertos grupos de la población dentro de cada país para alcanzar a satisfacer algunas necesidades consideradas básicas, cuya insatisfacción está directamente vinculada además al desigual acceso a los bienes y servicios públicos derivados de la desigual distribución espacial y regional de la oferta de los bienes y servicios básicos.

Cabe preguntarse en qué medida la situación de crisis económica afectó al gasto estatal tendiente a satisfacer las necesidades básicas de salud de los estratos de ingresos más bajos de la población y como además se afectó la capacidad de la población de adquirir esos servicios.

En lo que respecta al gasto público en salud, como porcentaje del presupuesto nacional, el Cuadro 8 evidencia que a partir de 1978 éste ha ido disminuyendo en 10 países, o el 76.9% de los 13 países de América Latina y El Caribe para los cuales hay datos disponibles.

En lo que respecta a la contribución del Estado para la Seguridad Social, como lo muestra el Cuadro 9, ésta muestra una tendencia a reducirse a partir de 1978 en siete países, o lo que es lo mismo, en el 54% de los países para los que hay información.

Cabe hacer notar que en algunos países, el gobierno central es el principal contribuyente en el financiamiento de la Seguridad Social, ya sea pagando cuotas como empleador o subsidiando las mismas.

Cuadro 8

Gastos del Gobierno Central en Salud como Porcentaje del Total de Gastos del Gobierno Central

	<u>1978</u>	<u>1979</u>	<u>1980</u>	<u>1981</u>	<u>1982</u>
<b><u>Area: Andina</u></b>					
Bolivia	8.32	8.63	12.06	7.21	1.96
Colombia					
Chile	6.85	6.54	7.37	6.54	6.80
Ecuador					
Perú	5.64	6.13	4.52	5.30	
Venezuela					
<b><u>Area: Atlántica</u></b>					
Argentina	2.24	1.70	1.73	1.37	1.09
Brasil	7.30	7.40	6.54	7.37	7.82
Paraguay	2.64	3.67	3.59	4.51	3.67
Uruguay	5.04	4.69	4.89	3.76	3.29
<b><u>Area: Centroamérica</u></b>					
Costa Rica	25.41	25.00		29.74	32.76
El Salvador	8.86	8.71	8.97	8.39	7.14
Guatemala	7.05	7.64			
Honduras	8.64	8.02			
Nicaragua	9.96	10.30	14.58		
Panamá	15.08	12.15	12.71	13.24	13.14
<b><u>Area: México y el Caribe</u></b>					
Cuba					
Haití					
México	3.97	3.90	2.37	1.86	1.29
Rep. Dominicana	9.43	9.07	9.30	9.70	10.66
<b><u>Area: Caribe (otros países y territorios)</u></b>					
Bahamas	15.56	13.92			
Barbados	11.48	10.33	11.19	10.76	10.79
Dominica	9.57	8.84			
Guyana	5.67				
Antillas Holandesas	7.98	7.86			
Sta. Lucía					
San Vicente	13.86	13.87	11.84	9.97	10.36
Trinidad y Tobago	6.86	6.36	5.78	5.91	

Fuente: International Monetary Fund, Government Finance Statistics Yearbook, 1984.

Cuadro 9

Gastos del Gobierno Central en Programas de Seguridad Social  
como Porcentaje del Total de Gastos del Gobierno Central

	1978	1979	1980	1981	1982
<b>Area: Andina</b>					
Bolivia	4.16	5.64	.98	.92	.40
Colombia					
Chile	28.36	30.71	32.26	36.63	41.84
Ecuador					
Perú	.19	.17		.15	
Venezuela					
<b>Area: Atlántica</b>					
Argentina	29.82	34.65	35.81	33.82	28.81
Brasil	35.55	37.88	33.01	34.62	35.34
Paraguay	15.78	19.11	15.92	19.03	29.65
Uruguay	46.73	40.73	48.40	51.64	54.23
<b>Area: Centroamérica</b>					
Belize	2.40	2.51	1.71	1.70	1.62
Costa Rica	8.07	7.64		10.27	11.21
El Salvador	3.82	4.30	3.34	3.78	3.76
Guatemala	4.11	3.17			
Honduras	3.62	4.51			
Nicaragua	8.49		4.44		
Panamá	9.77	10.14	10.39	9.30	8.31
<b>Area: México y el Caribe</b>					
Cuba					
Haiti					
México	19.98	18.83	15.97	14.70	10.56
Rep. Dominicana	6.89	7.43	6.90	7.47	8.44
<b>Area: Caribe (otros países y territorios)</b>					
Bahamas	7.30	7.37			
Barbados	15.08	14.20	13.61	14.27	17.75
Dominica	2.90	1.48			
Antillas Holandesas	9.00	11.38			
Trinidad y Tobago	6.28	6.25	5.19	5.95	

Fuente: International Monetary Fund, Government Finance Statistics Yearbook, 1984.

Los actuales problemas de desempleo en América Latina tal como ha sido expuesto anteriormente, tienen a su vez, repercusiones negativas en el financiamiento de la Seguridad Social, que depende de aportaciones de los trabajadores, patronos y el gobierno.

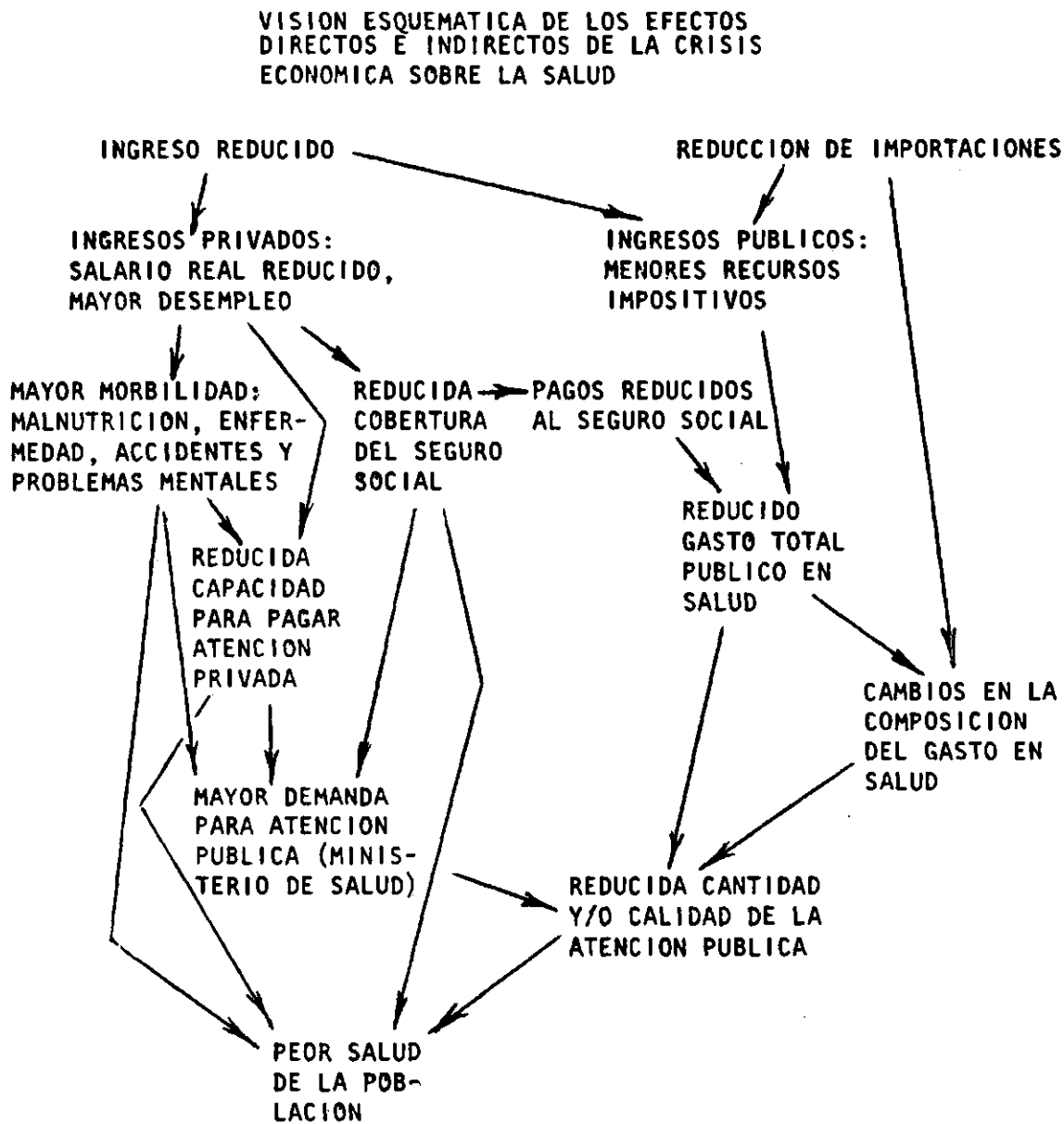
El esquema siguiente, Figura 1, presenta una visión esquemática de los efectos directos e indirectos de la crisis sobre las condiciones de salud.

En el corto plazo los mayores efectos serán resultado de la reducción en ingresos e importaciones, producto del ajuste de la Balanza de Pagos. La disminución en inversiones provocará, en el más largo plazo, mayor desempleo y menores ingresos. La deprivación económica implicará un incremento de la morbilidad y mortalidad producida por ciertos problemas de salud. En el caso de desnutrición, ésta sin duda se verá afectada ya que depende del consumo inmediato, más aún, si consideramos el hecho de que la población ya estaba comiendo mal antes de la crisis. Lo más probable es que la situación económica afecte también la severidad de las enfermedades infecciosas, intestinales y respiratorias, causando mayor mortalidad infantil por esas razones.

La disminución del empleo y el ingreso familiar ha significado, por un lado, una reducción en la capacidad de la población de pagar por los servicios y, por otro lado, una reducción en la cobertura de la Seguridad Social. Esta acrecentada demanda por servicios de salud se ha canalizado hacia el sector público, el que le ha debido hacer frente con una reducida cantidad de recursos. La consecuencia inmediata es una menor cantidad y deteriorada calidad de atención de salud de la población.

El mayor o menor impacto depende también de la forma en que las reducciones presupuestarias se hayan aplicado a los distintos ítems de gasto y del mayor o menor nivel de eficiencia de las instituciones públicas. A este respecto, hay diferencias significativas entre los diversos países.

(Fig. 1)



Fuente: La Crisis Económica y su Impacto en la Salud y la Atención de Salud en América Latina y el Caribe. Philip Musgrove. OPS, diciembre 1985, pág. 17.

En lo que se refiere al gasto per capita en salud, el Informe Anual del Director de la OPS, para 1984, muestra bastante heterogeneidad entre los países de la Región en los primeros años de la década de 1980, variando de EU\$2 per cápita en Bolivia a EU\$310.7 en Barbados (33).

Unos pocos países -Bahamas, Haití, Nicaragua, Panamá y Trinidad/Tobago- parecen haber mantenido, e incluso aumentado, los gastos de atención de salud, durante la recesión, a veces con alguna pequeña baja en alguno de los años. En todos los otros países, sobre los cuales hay suficiente información ha existido una declinación entre la cifra más alta alcanzada el año anterior a la crisis (1980 o 1981) y la más baja del año subsiguiente, por lo menos hasta 1984. Este descenso en el gasto real por persona fue de un 20% o menos en Colombia, Honduras, Jamaica y Uruguay; cerca de un cuarto, en Barbados, Chile, Ecuador y Venezuela; y más del 40 por ciento, en Argentina, Costa Rica, Guyana, la República Dominicana y Surinam (34).

El documento presentado por la OPS a su penúltimo Subcomité de Planificación y Programación, en diciembre de 1985 (35), plantea que en general podemos decir que la crisis ha afectado a los países de distinta manera:

- la crisis golpea a algunos países más fuerte que a otros, debido a una deuda externa más alta, mayor endeudamiento a corto plazo y tasas de interés variable, o términos de intercambio muy desfavorables para las principales exportaciones;
- el ajuste macro-económico fue más exitoso en algunos países que en otros, para preservar los estándares de vida nacionales y evitar el deterioro en la distribución del ingreso y el bienestar;
- los gastos totales en salud fueron reducidos más drásticamente en unos países que en otros, debido a mayores reducciones generales en el gasto público y/o diferencias en la distribución de la reducción entre la salud y otros sectores.



- la composición de los gastos de salud fue probablemente más adecuada en unos países que en otros, permitiendo que los resultados de los servicios reales se redujeran únicamente en la medida en que se redujeron los gastos, e incluso menos en algunos casos, mientras que en otros se han registrado desbalances en los suministros y reducciones en los servicios reales mayores que las proporcionales;
  
- algunos países ya tienen en operación programas distributivos y preventivos para controlar la desnutrición, la mortalidad infantil y otros posibles efectos de la crisis, mientras que otros países no los tienen; y
  
- algunos países claramente le han dado prioridad a tales medidas preventivas, dentro de los recursos totales reducidos de la atención de salud, mientras que otros han cortado tales programas en la misma proporción que los demás, o incluso los han discriminado en la reasignación de recursos.

A lo sumo parece posible concluir que la extensión en que la crisis afecta la salud del pueblo es determinada en gran medida por la forma en que el gobierno responde a la crisis, tratando de proteger la salud especialmente a aquellos grupos más vulnerables cuya capacidad de protegerse del impacto recesivo es casi nula.

3. ¿Qué Hacer?

Luego del análisis hecho en los capítulos anteriores, cabe ahora plantearse la pregunta sobre el qué hacer frente a la actual situación. El reto es aún más grande si pensamos que, de acuerdo al Cuadro 10, la proyección hecha en un estudio reciente prevé que para el año 2000 el número de pobres -personas que no podrán satisfacer sus necesidades básicas- se habrá expandido de 130 millones de personas en 1980 a 170 millones; es decir, el 30% de la población total de la Región. A nivel de los países existirán variaciones importantes, que van del 7% de pobres en Argentina al 64% en Honduras (36).

Esta población constituirá los grupos más vulnerables y tal como lo plantea el Banco Mundial "los efectos de la crisis en los estratos más pobres han sido extremadamente serios y sería poco inteligente esperar hasta que se resuma el crecimiento económico para reformar las agencias gubernamentales que tienen que ver con educación, salud, nutrición y otros servicios sociales". Expresa además que "el énfasis debe estar en solucionar los problemas de los grupos más vulnerables de la sociedad y en la reasignación de los servicios públicos en favor de los más pobres, en vez de las clases medias" (37).

A su vez, la 39a Asamblea Mundial de la Salud, reunida en mayo de 1986, planteó que los Estados Miembros debían identificar claramente a los grupos vulnerables en sus sociedades, a través de la confección de un perfil de las desigualdades existentes en salud entre esos grupos y la población en general. Además, debían identificar los factores socio-económicos condicionantes del mayor riesgo de salud de estos grupos. Expresó además en sus recomendaciones que la salud y otros sectores debían conjuntamente establecer metas para mejorar la salud y el bienestar de estos grupos (38).

En relación a la crisis, la Asamblea manifestó que los países miembros tenían que asegurar que en el diseño de las políticas de ajuste y macro-económicas en general se tomara en cuenta sus implicaciones para la salud y la nutrición de la población y se comprometieran a proteger niveles mínimos de salud y nutrición para la población en general y para los grupos más vulnerables, en particular (39).

Cuadro 10

América Latina: Pobreza Total

Número de personas (millones)

	<u>1970</u>	<u>1980</u>	<u>2000</u>
Argentina	1.9	2.2	2.3
Brasil	46.7	52.6	65.6
Colombia	9.4	11.1	15.6
Costa Rica	0.4	0.5	0.7
Chile	1.6	1.6	2.1
Honduras	1.7	2.4	4.5
México	17.4	20.2	24.3
Panamá	0.6	0.7	0.9
Perú	6.7	8.6	14.7
Venezuela	2.8	3.7	6.3
<u>Total América Latina</u>	<u>112</u>	<u>130</u>	<u>170</u>

Porcentajes de la población

Argentina	8	8	7
Brasil	49	43	35
Colombia	45	43	41
Costa Rica	24	22	19
Chile	17	16	14
Honduras	65	64	64
México	34	29	21
Panamá	39	37	32
Perú	50	49	48
Venezuela	25	24	23
<u>Total América Latina</u>	<u>40</u>	<u>35</u>	<u>30</u>

Fuente: Tomado de CEPAL/PNUD/UNICEF, La Superación de la Pobreza: Una Tarea Urgente y Posible, 1983, p. 33.

---

Con el objeto de asegurar que las políticas de ajuste no redunden en un deterioro de la salud y el bienestar de los grupos más pobres, será necesario que los países incorporen sistemas de monitoreo que permitan medir el impacto de sus decisiones sobre estos grupos y que además tomen medidas especiales para reducir el impacto negativo de las políticas de ajuste sobre el bienestar y la salud de los grupos de más alto riesgo. Deberán para este efecto diseñarse programas compensatorios y redistributivos, tales como programas de alimentos suplementarios, campañas de vacunación intensificadas, monitoreo de crecimiento, etc. Este tipo de programa puede hacer una diferencia significativa y moderar los efectos de la recesión económica sobre la salud.

Con el propósito de acrecentar la capacidad de respuesta a la crisis económica y a las necesidades de salud de la Región, los objetivos de salud deberán ser parte integral de las políticas sectoriales de otros sectores como agricultura, educación, agua, vivienda, etc.

Para desarrollar las metodologías y los mecanismos institucionales y operativos que permitan tomar en cuenta la dimensión intersectorial de la salud, será necesario promover el desarrollo de investigaciones multidisciplinarias orientada hacia la acción, que enfoquen en los determinantes socioeconómicos de la salud, de modo de identificar las acciones intersectoriales más eficientes para promover el bienestar y mejorar la salud de los grupos de mayor riesgo. El estudio sobre la Dimensión de Salud y su Articulación Intersectorial, en desarrollo bajo la coordinación de OPS e ILPES en Brasil, Venezuela y Perú pretende avanzar el estado de arte de la acción intersectorial y las posibilidades que ésta ofrece.

Por el hecho de examinar un tema actual de importancia estratégica para el proceso de desarrollo, se garantiza que estos tres estudios y sus conclusiones tengan una relevancia directa para la toma de decisiones actual y futura de estos tres gobiernos. Esto creemos que se logra al incorporar en la conducción del estudio, a instituciones claves de la planificación para el desarrollo y para la salud, como son el Ministerio de Salud y el Ministerio de Planificación. A la vez, el proyecto incorpora desde su comienzo un objetivo

de capacitación, al exponer a los sectores económicos y al sector salud, durante el desarrollo del proyecto, a las interrelaciones entre salud y otros sectores, particularmente en los actuales períodos de crisis económica y aplicación de políticas de ajuste. A medida que se vayan produciendo resultados del proyecto en esta área, estos se incorporarán en el currículo de los programas de estudio de los profesionales de salud pública y de los planificadores de la Región.

Los distintos estudios de casos son desarrollados bajo una concepción uniforme, que analiza las políticas públicas y su impacto en los grupos más vulnerables de la sociedad.

En el caso de Brasil, se examinan tres problemas: el proceso de urbanización y sus repercusiones en salud, el impacto en la salud de la estructura agrícola y de las políticas agrarias y de alimentación y, las políticas industriales y sus implicaciones para la disponibilidad de insumos críticos para la salud. Estos tres aspectos fueron elegidos en función de su directo impacto en las condiciones de vida de las poblaciones más pobres de Brasil.

En el caso de Perú, un grupo interdisciplinario estudia el problema del proceso de regionalización, descentralización y desconcentración y su relación con la dimensión intersectorial de salud, particularmente en pueblos jóvenes del cono sur de Lima Metropolitana, la micro región de Huarí-Antonio Raimondi y el departamento de Ancash.

En el caso de Venezuela, un equipo integrado por profesionales de los Ministerios de Planificación y de Salud investiga el impacto de las políticas públicas que afectan a la situación de salud de comunidades regionales y locales que son representativas del panorama local. El objetivo es construir indicadores y definir un sistema de información para monitorear las condiciones de bienestar de estos grupos y para facilitar el diseño y ejecución de un programa integrado de ataque a la pobreza en estas localidades.

Además del papel del sector salud en los programas integrales de ataque a la pobreza, serán necesarios cambios conceptuales, estructurales y programáticos dentro del mismo sector salud para que éste cumpla su rol en relación al proceso global de desarrollo nacional.

El primer paso se dió en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, llevada a cabo en Alma Ata en 1978, marcó el comienzo de un nuevo enfoque al plantear la meta de Salud para Todos en el Año 2000 (40), y la Estrategia de Atención Primaria de Salud. La consecución de esa meta reclama transformaciones sociales y económicas de gran significado, así como una revisión de la orientación, la organización y la administración de los sistemas nacionales de salud. Esto conduce a que cada gobierno efectúe una cuidadosa ponderación de los medios y de la secuencia de acciones necesarias para lograr esos cambios.

Los ejes fundamentales en torno a los cuales se pueden producir los avances necesarios para la transformación de los sistemas nacionales de salud han sido aprobados por los países de la Región y deben constituirse en prioridades programáticas durante el próximo período. Esas prioridades fueron discutidas por la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana en Washington, en septiembre de 1986 y se pueden clasificar en tres grandes categorías relacionadas: (41)

- 1) el desarrollo de la infraestructura de servicios de salud con énfasis en la atención primaria de salud;
- 2) la atención a los problemas prioritarios de salud presentes en grupos humanos vulnerables con programas específicos puestos en marcha a través del sistema de servicios de salud, y
- 3) el proceso de administración del conocimiento necesario para llevar a cabo los dos aspectos anteriores.

Las acciones para mejorar la salud se plantean como parte integrante del desarrollo para el bienestar, en un contexto participativo que contemple la atención a las necesidades básicas de la población. Esto conduce a un primer componente de la primera área prioritaria que es el fortalecimiento de los aspectos relacionados con salud en las políticas de desarrollo y la coordinación en las acciones con los demás sectores. En ellos los aspectos de salud deberán mantener una interacción con los demás componentes de los perfiles del bienestar.

En gran medida se puede considerar que la crisis ha reforzado la conciencia colectiva sobre la insuficiencia de las respuestas institucionales en los países ante el crecimiento y la evolución de los problemas que enfrenta el sector salud. Sin embargo, uno de los elementos más críticos de la actual situación está dado por la relación entre las necesidades que tienen que ser cubiertas para alcanzar la meta de salud para todos, el agravamiento de las condiciones de salud y las restricciones de recursos disponibles para el sector.

Esto lleva al planteamiento de un segundo componente del área prioritaria que consiste en la reorientación y reorganización de los sistemas nacionales de salud para el logro de equidad, eficiencia y eficacia en las acciones de salud, asegurando así la disponibilidad de servicios para toda la población, con amplio desarrollo de la estrategia de atención primaria de salud. Para ello es necesario la implantación de métodos más efectivos para planificar el desarrollo de los servicios y mejorar su gestión en función de los requerimientos de la programación local, objetos que se pueden realizar con la regionalización y la desconcentración.

En este sentido, es importante considerar la diversidad de formas de organización del sector salud en los países de la Región y la desigualdad de recursos, de cobertura y de acceso entre las instituciones que lo componen, todos ellos aspectos que constituyen limitaciones estructurales que dificultan el grado de integración intrasectorial, la obtención de las metas de equidad. Por ello deberá darse especial importancia al proceso de racionalizar el

financiamiento sectorial, buscar costos menores en las actividades de salud y asegurar gastos más eficientes de los recursos del sector, particularmente ante las restricciones generales del gasto social y las reducciones específicas del gasto en salud. De ahí se desprende el tercer componente del área prioritaria, el desarrollo de la capacidad de análisis financiero del sector, que deberá conducir a la formulación y puesta en marcha de alternativas que permitan efectuar reformas estructurales relacionados al financiamiento, gastos y costos en salud de alcance verdaderamente estratégico.

Se necesita, además, avanzar en la aplicación de las bases epidemiológicas de la planificación de programas de salud, sobre todo en los niveles intermedio y local, para poder consolidar una respuesta más eficaz de los servicios. En términos operativos se deberá revisar la selección y utilización de la información en salud, lo que implica un conocimiento más detallado de la situación del desarrollo en general, un análisis permanente de la situación de salud de la población que incluya los cambios en las necesidades y las demandas y una valoración de los resultados del desempeño de los servicios de salud. De aquí se deriva un cuarto componente del área prioritaria, el mejoramiento de los sistemas nacionales de información sectorial y su articulación con sistemas de información de otros sectores.

El avance en esa dirección permitirá mejorar el proceso de toma de decisiones que conduzca, entre otros aspectos, a la utilización más adecuada de la tecnología disponible y la orientación, adaptación e incorporación de nuevas tecnologías en la forma más apropiada para cada país y nivel de atención. Un quinto componente del área prioritaria deberá orientarse, por tanto, a la promoción de políticas de desarrollo, producción, incorporación y utilización de tecnología e insumos críticos para la prestación de servicios de salud. Con ello se propiciará el uso racional y eficiente de la capacidad instalada del sector, se buscará evitar las duplicaciones de instalaciones físicas y las distorsiones en la incorporación de tecnología, al mismo tiempo que se posibilitará la liberación de recursos para ampliar la cobertura de atención a la población.



Cabe señalar que los componentes mencionados comparten una restricción común que merece una respuesta prioritaria dentro de los esfuerzos encaminados al fortalecimiento de la infraestructura de servicios de salud. Dicha restricción se refiere al inadecuado desarrollo de recursos humanos para la gestión y operación de los servicios. Será necesario promover estudios y desarrollar procedimientos que posibiliten una formación, una composición y una utilización más racionales de estos recursos, que reduzcan las disparidades en la distribución geográfica y funcional del personal existente y que mejoren las condiciones de empleo y de trabajo asegurando la educación permanente de los recursos humanos ya incorporados a la fuerza de trabajo sectorial. Esto conforma el sexto componente del área prioritaria de desarrollo de la infraestructura de servicios de salud, consistente en la búsqueda de una revisión de la definición del papel del personal de salud, mejores esquemas de formación de recursos humanos y de una mayor eficiencia en la captación, orientación y utilización de los mismos, especialmente para la gestión de los servicios en los niveles intermedios y superiores.

Los componentes del área prioritaria de desarrollo de la infraestructura de servicios de salud responden a las necesidades de desarrollo de programas destinados a solucionar problemas específicos de salud de la población. Estos programas deberán ser formulados y ejecutados a través de la infraestructura de servicios para asegurar no solamente las bases de su ejecución, sino también para contribuir a la expansión y fortalecimiento de la misma.

A la vez, es necesario efectuar ajustes en los servicios para que los grupos humanos más vulnerables tengan una cobertura efectiva de atención de salud en función de la naturaleza e intensidad de los factores de riesgo a que están expuestos. En particular, los servicios deberán ampliar la atención a los niños, a las madres y a los marginados por la pobreza, los cuales constituyen una proporción significativa con dificultades de acceso.

Asimismo, deberá seguir apoyándose el desarrollo de programas dirigidos a problemas de salud que persisten en la Región, entre los que sobresalen las enfermedades transmisibles en general, las enfermedades transmitidas por

vectores (malaria, chagas, dengue y otros). Los problemas de salud como afecciones del período perinatal, las enfermedades crónico-degenerativas, los accidentes y violencias, los trastornos mentales y las dependencias diversas, cobran una importancia creciente, tanto entre las causas de morbilidad y mortalidad como por el alto costo de su tratamiento.

Para enfrentar los problemas mencionados, existen soluciones que deberán impulsarse durante el próximo período, tales como el incremento de la cobertura de vacunación entre los niños menores de un año, el mejoramiento de la atención perinatal y las acciones encaminadas hacia eliminar la transmisión del virus salvaje de la poliomielitis. A su vez, la prevención y control de la desnutrición, de las enfermedades diarreicas y de las infecciones respiratorias agudas, contribuirá a reducir las tasas de mortalidad y mejorar la esperanza de vida de la población.

El medio ambiente deberá ser considerado no sólo por su importancia sino también por su acción complementaria en el control de varios problemas de salud. A su vez, los Gobiernos han aprobado las metas del decenio internacional del agua potable y del saneamiento, a través de lo cual se tratará de dotar de agua potable y de servicios adecuados de saneamiento al mayor número posible de personas en el cuatrienio.

Las actividades específicas de control de los problemas prioritarios de salud deberán ejecutarse de acuerdo con la estrategia de atención primaria en salud, a todos los niveles de atención, extremando las medidas para evitar distorsiones en la incorporación de tecnologías o de esquemas terapéuticos de alto costo y baja eficacia. Resulta fundamental, por lo tanto, el desarrollo de normas de control y de eficiencia de los medios empleados en la protección y el control de las personas enfermas, de manera que pueda efectuarse, cuando esté justificado, una reorientación de recursos para otras actividades de mayor efecto.

Finalmente, cabe destacar el papel de apoyo que debe jugar la investigación, tanto para el desarrollo de los seis componentes prioritarios requeridos para lograr la transformación de los sistemas de salud, como para

encarar los problemas prioritarios de salud de los grupos humanos más vulnerables.

Como se ha visto en este último capítulo, las posibilidades existentes para atacar los problemas de pobreza crítica de los países y, en particular, los problemas de salud de los grupos más postergados, dependen de una identificación más clara de estos grupos y de sus condiciones de vida y del diseño de mecanismos y programas creativos para resolver sus problemas. Además, se requiere de una priorización de parte de los gobiernos que permita asignar los recursos necesarios para llevar a cabo a estos programas. A su vez, en el diseño de los planes y programas nacionales y de otros sectores económicos y sociales, debe incluirse el análisis serio del impacto de sus decisiones en los grupos más postergados. El sector salud, tal como se planteó anteriormente, tiene que sufrir una reestructuración de su sistema de servicios y una reorientación de sus programas para cumplir con la responsabilidad que le cabe en la solución de los problemas de pobreza. Finalmente, los indicadores de salud de estos grupos postergados servirán como la prueba más fehaciente del éxito o fracaso del Proyecto de Pobreza Crítica y de su impacto en las decisiones y acciones de los gobiernos participantes.



## NOTAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Publicación Científica No. 500. Organización Panamericana de la Salud. Vol. I, 1986.
- (2) Informe Cuadrienal del Director 1982-1985. OPS, pág. 10.
- (3) United Nations World Population Projects ST/ESA/SER A/98, New York, 1986.
- (4) Condiciones de Salud en las Américas, op.cit., pág. 38
- (5) Ver Anexo, cuadro III-9, Las Condiciones de Salud en las Américas.
- (6) Intersectoral Action for Health. Technical Discussions. Ginebra, mayo 1986, pág. 21
- (7) Condiciones de Salud en las Américas, op.cit., pág. 45
- (8) Informe Cuadrenial del Director 1982-1985, OPS, pág 62.
- (9) Plan de Prioridades de Salud de Centroamérica y Panamá. OPS, noviembre 1984, pág. 15.
- (10) Condiciones de Salud en las Américas, op.cit., pág. 74
- (11) Condiciones de Salud en las Américas, op.cit., pág. 95
- (12) United Nations World Population Prospects: Estimates and Projections as Assessed in 1984. New York, 1986. ST/ESA/SER.A/98.
- (13) Condiciones de Salud en las Américas, op.cit., pág. 162, cuadro 3-5.
- (14) Condiciones de Salud en las Américas, op.cit., pág. 158
- (15) Condiciones de Salud en las Américas, op.cit., pág. 162
- (16) Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Doc. Of. 118. Santiago, Chile, 2-9 octubre, 1972
- (17) Condiciones de Salud en las Américas, op.cit., pág. 147-148.
- (18) Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Doc. Of. 118. Santiago, Chile, 2-9 octubre, 1972
- (19) Costo Social de la Crisis Económica, el caso de Argentina. H. Dieguez, Buenos Aires, abril, 1986

- (20) La Dimensión Salud y su Relación Intersectorial en el Proceso Global de Descentralización, Desconcentración y Regionalización. Mayo 1986, Parte I.
- (21) Metropolización y Aspectos Intersectoriales de la Salud en la Región Metropolitana de Sao Paulo. P.R. Jacobi, marzo 1986, Brasil.
- (22) The Land Issue and Health in Contemporary Brazil. Marzo 1986. Figueredo, Barros, Pinto, Freitas.
- (23) Crisis, Ajuste Económico y Costo Social. Víctor Tokman. Octubre 1984, pág. 23.
- (24) Ibid., pág. 28.
- (25) Washington Post, 31 de agosto 1986, pág. A37.
- (26) Progreso Económico y Social en América Latina. Informe 1986. Banco Interamericano de Desarrollo.
- (27) Idem., págs. 1 y 2.
- (28) Brazilian Children and the Economic Crisis: Evidence from the State of Sao Paulo Revisited, UNICEF study, p. 50.
- (29) UNICEF, The Impact of World Recession on Children, p. 138.
- (30) Rolando Morales Anaya, La Crisis Económica en Bolivia y su Impacto en las Condiciones de Vida de los Niños. La Paz. 1980, p. 102-105.
- (31) Estado Mundial de la Infancia. UNICEF, 1986, pág. 73.
- (32) Intersectoral Action for Health. Op. cit., pág. 18.
- (33) Informe Anual del Director, 1984, OPS, págs. 150 y 153.
- (34) La Crisis Económica y su Impacto en la Salud y la Atención de Salud en América Latina y el Caribe. SPP6/4, 2 noviembre 1985, pág. 23.
- (35) Ibid.
- (36) CEPAL/PNUD/UNICEF, La Superación de la Pobreza: Una tarea urgente y posible. 1983.
- (37) Poverty in Latin America. The Impact of the Depression. Abstract World Bank. Septiembre 1986.
- (38) Report of the Technical Discussions on the Role of Intersectoral Cooperation in National Strategies for Health for All, mayo 1986, Asamblea Mundial de la Salud, pág. 5.

- (39) Ibid.
- (40) Atención Primaria de Salud, OMS, Ginebra, 1978, págs. 2-7.
- (41) Documento de Orientación y Prioridades Programáticas para la OPS en el Cuadrienio 1987-1990. CSP22/6, julio 1986. Pág. 5-10.

